



Berkley
Brasil Seguros

| a Berkley Company

Condições Gerais

Seguro Coletivo de Pessoas

Acidentes Pessoais

Produto

Entretenimento

Sumário

BEM-VINDO(A) AO SEGURO BERKLEY	5
INFORMAÇÕES IMPORTANTES	5
CONSULTAS.....	7
I – INTRODUÇÃO	9
1. APRESENTAÇÃO.....	9
2. ESTRUTURA DESTE CONTRATO DE SEGURO	9
3. DEFINIÇÕES GERAIS (GLOSSÁRIO).....	10
II - CONDIÇÕES GERAIS.....	24
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	24
2. DOCUMENTOS CONTRATUAIS E COMPLEMENTARES.....	24
3. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA	25
4. COBERTURAS DO SEGURO	25
5. RISCOS COBERTOS.....	25
6. RISCOS EXCLUÍDOS.....	26
7. FORMAS DE CONTRATAÇÃO.....	27
8. LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA (LMG) E DE INDENIZAÇÃO (LMI)	28
9. REDUÇÃO E REINTEGRAÇÃO DO LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO.....	30
10. CAPITAL SEGURADO.....	30
11. BENEFICIÁRIOS.....	31
12. FRANQUIA E/OU PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA DO SEGURADO.....	31
13. CARÊNCIA.....	31
14. ACEITAÇÃO OU RECUSA DA PROPOSTA DE SEGURO	31
15. APÓLICE E VIGÊNCIA DO SEGURO	34
16. CONCORRÊNCIA DE APÓLICES	36
17. AGRAVAMENTO DO RISCO.....	37
18. MEDIDAS DE SEGURANÇA.....	38
19. MODIFICAÇÃO E PRORROGAÇÃO DO SEGURO.....	39
20. INSPEÇÕES.....	40
21. PAGAMENTO DO PRÊMIO	40

22. AVISO DE SINISTRO E REGULAÇÃO DE SINISTRO E CARACTERIZAÇÃO	40
23. INDENIZAÇÃO	49
24. REINTEGRAÇÃO	52
25. PERDA DE DIREITOS	52
26. CANCELAMENTO E RESCISÃO	53
27. SUB-ROGAÇÃO	54
28. CESSÃO DE DIREITOS	55
29. PRESCRIÇÃO	55
30. FORO	55
III - CONDIÇÕES ESPECIAIS	56
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL	56
1. OBJETIVO	56
2. CONCEITO	56
3. RISCOS COBERTOS	56
4. RISCOS EXCLUÍDOS	57
5. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES	57
6. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE	57
7. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE	58
8. CARÊNCIA	58
9. RATIFICAÇÃO	58
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE	58
1. OBJETIVO	58
2. CONCEITOS	59
3. RISCOS COBERTOS	59
4. RISCOS EXCLUÍDOS	60
5. INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE – IPA	60
6. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES	64
7. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE	64
8. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE	64
9. JUNTA MÉDICA	65
10. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL	65
11. CARÊNCIA	65
12. RATIFICAÇÃO	65
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE POR QUALQUER CAUSA	66
1. OBJETIVO	66
2. RISCOS COBERTOS	66
3. RISCOS EXCLUÍDOS	67
4. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	67



5. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO	67
6. CARÊNCIA	68
7. RATIFICAÇÃO	68
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICO- HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS.....	68
1. OBJETIVO	68
2. RISCOS COBERTOS.....	68
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	68
4. DA REALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS	70
5. CAPITAL MÁXIMO SEGURADO	70
6. DA COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS	70
7. CLÁUSULA DE CONCORRÊNCIA.....	70
8. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL.....	70
9. CARÊNCIA	70
10. RATIFICAÇÃO	70
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA CAUSADAS POR ACIDENTE (DIT).....	71
1. OBJETIVO	71
2. RISCOS COBERTOS.....	71
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	72
4. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	72
5. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO	73
6. CARÊNCIA	73
7. FRANQUIA.....	73
8. RATIFICAÇÃO.....	73

BEM-VINDO(A) AO SEGURO BERKLEY

Prezado(a) Segurado(a),

Seja bem-vindo(a) à Berkley International do Brasil Seguros S.A. “Seguradora”. Este seguro foi cuidadosamente estruturado para oferecer proteção adequada, com base na proposta de seguro previamente enviada, dentro das coberturas contratadas e condições contratuais previstas em sua Apólice.

É FUNDAMENTAL LER ATENTAMENTE AS INFORMAÇÕES ABAIXO. RECOMENDAMOS, AINDA, QUE VOCÊ LEIA AS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DE ACORDO COM A SUA MODALIDADE E COBERTURAS CONTRATADAS, ESPECIALMENTE NO QUE SE REFERE A RISCOS EXCLUÍDOS, PERDA DE DIREITOS E EXTINÇÃO DAS GARANTIAS DO SEGURO.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Estas Condições aplicam-se a todas as coberturas contratadas pelo segurado, descritas na Proposta de Contratação e Apólice do Seguro. Ainda que determinada Cobertura conste destas Condições Contratuais, sua fruição pelo Segurado estará condicionada à expressa indicação de sua contratação na Especificação da Apólice.

Os contratos serão realizados conforme o interesse legítimo, por modalidade, não ocorrendo a sobreposição de modalidades e coberturas de seguros.

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

A aceitação da proposta de seguro está sujeita à análise do risco.

Este seguro é por prazo determinado, tendo a BERKLEY INTERNATIONAL DO BRASIL SEGUROS S.A. a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos.

Os interesses e riscos garantidos, assim como os valores segurados, os limites de garantia e indenização, são aqueles expressamente previstos nos documentos contratuais (Especificação da Apólice ou Condições Contratuais).

"As análises do risco e prêmio levaram em consideração os fatos, elementos e documentos apresentados pelo Proponente/Estipulante que declarou, por meio próprio, por meio do seu corretor de seguros e/ou representante legal, não ter omitido qualquer fato que pudesse ou possa interferir na aceitação do risco e definição do prêmio, sob pena de ter o seguro cancelado ou na ocorrência de um sinistro, o mesmo negado.

O Proponente/Estipulante declarou que, celebrado o contrato de seguro, expressamente concordou que toda e qualquer alteração ou modificação do objeto segurado e/ou do risco subscrito e aceito por esta Seguradora — tais como, mas não limitado aos dados, **informações** constantes da proposta de contratação — deverá ser comunicada à Seguradora imediatamente. A Berkley poderá, dentro dos prazos e regras contidos nas Condições Contratuais, aceitar a **(s)** alteração **(ões)**, com ou sem cobrança de prêmio adicional **e, não sendo possível permanecer no risco, comunicar ao Estipulante/ Segurado dentro dos prazos constantes nas Condições Contratuais.**

Pelos princípios da transparência e boa-fé entre as Partes Contratantes, o Estipulante, o Segurado e/ou o Corretor aqui nomeados estão cientes que a omissão do dever de informar poderá acarretar o cancelamento da Apólice e, na hipótese da ocorrência de um Sinistro, perda do direito à Indenização.

Sob pena de perder a garantia, o Segurado não deve agravar intencionalmente e de forma relevante o risco objeto do contrato de seguro.

O Estipulante e o Segurado declararam, por meio próprio ou do seu corretor de seguros ou representante legal, ter pleno conhecimento sobre os termos dispostos nas condições contratuais, incluindo, mas não limitando, todos os direitos, obrigações, coberturas, exclusões e

cláusulas restritivas de direitos; (2) bem como que, quando solicitado, por meio dos canais indicados, receberam todas as informações e esclarecimentos de suas dúvidas, com o que expressamente concordam e anuem.

Ao contratar o presente Seguro, o Estipulante e o(a) Segurado(a) declaram que:

Acessaram previamente os Termos e Condições Contratuais disponíveis em www.berkley.com.br;

- Estão cientes, sem dúvidas e manifestadamente de acordo com todos os Termos e Condições Contratuais anexos e disponibilizados pelo endereço eletrônico www.berkley.com.br, incluindo, mas não limitando, todos os direitos, obrigações, Coberturas, exclusões e cláusulas restritivas de direitos constantes nas Condições Contratuais.

CONSULTAS

O Segurado poderá consultar:


Consulte o Plano de Seguro (**nº do Processo Susep**):

15.414.900045/2017-48

<https://www2.susep.gov.br/safe/menumercado/REP2/Produto.aspx/Consultar>

FALE COM A BERKLEY | Canais de Atendimento

SAC

 0800 777 3123

 comercial@berkley.com.br


OUVIDORIA BERKLEY

 0800 797 3444

 ouvidoria@berkley.com.br

 www.consumidor.gov.br

PLANTÃO 24H | SINISTROS

 0800 770 0797

 sinistros@berkley.com.br

LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

 privacidade@berkley.com.br

Canal oficial de reclamações: www.consumidor.gov.br

I – INTRODUÇÃO

1. APRESENTAÇÃO

Apresentamos a seguir as Condições Gerais, Especiais e Particulares do seu Seguro Entretenimento que estabelecem as normas de funcionamento das garantias contratadas.

Para os devidos fins e efeitos, serão consideradas em cada caso somente as condições correspondentes às garantias aqui previstas e discriminadas na Especificação da Apólice, conforme tenha sido contratada pelo Estipulante e/ou pelo Segurado, desprezando-se quaisquer outras.

Mediante a contratação do seguro, o Segurado aceita explicitamente as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições.

Salientamos que para os casos não previstos nestas Condições serão aplicadas as leis que regulamentam os Seguros no Brasil.

O Estipulante e o Segurado, por meio próprio ou por seu corretor de seguros ou representante legal, ao assinar a proposta de seguro, declara o conhecimento e o acesso a presente condições, pelos canais disponíveis pela seguradora e constante na proposta de seguro.

2. ESTRUTURA DESTE CONTRATO DE SEGURO

Este contrato de Seguro está subdividido em partes, assim denominadas: Especificação, Condições Gerais, Condições Especiais e Condições Particulares.

A Especificação é o documento no qual estão particularizadas as características do Seguro contratado.

As Condições Gerais são as cláusulas comuns a todas as garantias e/ou modalidades desta apólice de Seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos do Estipulante, Segurado e da Seguradora.

Denominamos Condições Especiais o conjunto de cláusulas relativas às garantias deste plano de Seguro, onde são descritos, entre outros, quais são os riscos cobertos

e os riscos não cobertos.

Denominamos Condições Particulares Conjunto de cláusulas que alteram as Condições Gerais e/ou Especiais de um plano de seguro, modificando ou cancelando disposições já existentes, ou ainda, introduzindo novas disposições e eventualmente ampliando ou restringindo a cobertura.

As condições particulares do seguro prevalecem sobre as condições especiais, e estas, sobre as condições gerais. A Especificação prevalece sobre todas as demais Condições Contratuais.

3. DEFINIÇÕES GERAIS (GLOSSÁRIO)

Para facilitar a compreensão do vocabulário empregado nestas Condições Gerais, Especiais e Particulares, apresentamos a seguir, em ordem alfabética, as definições resumidas dos principais termos técnicos, os quais passam a fazer parte integrante e inseparável das condições contratuais, e estes termos técnicos prevalecem sobre qualquer outra definição que houver:

ACEITAÇÃO: Ato de aprovação, pela Seguradora, de proposta a ela submetida para a contratação de seguro;

ACIDENTE: acontecimento que deriva de causa súbita, imprevista e ocasional, que provoca danos físicos às coisas seguradas de modo a exigir que sejam reparadas, reconstruídas ou repostas. Ver “Evento”;

ACIDENTE DE CAUSA EXTERNA: Aquele em que o fato gerador do sinistro é externo ao bem atingido;

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

a) incluem-se nesse conceito:

a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de Indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;

a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

a.3) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

a.4) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e

a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.



b) excluem-se desse conceito:

b.1) 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.2) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

b.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

b.4) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o Evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, ora definido.

AGRAVAMENTO DE RISCO: é uma modificação, posterior à contratação do seguro, de circunstâncias inicialmente declaradas, que resulta no aumento da probabilidade de ocorrência e/ou da severidade de um Sinistro e deve se imediatamente comunicada à Seguradora pelo Segurado, ou seu representante Legal ou seu Corretor de Seguros;

AGRAVAMENTO INTENCIONAL DE RISCO: é uma circunstância que resulta no aumento da probabilidade de ocorrência e/ou da severidade de um Sinistro, conhecida pelo Segurado, seu representante legal, seu corretor de seguros e/ou seu preposto, que por omissão, negligência ou imperícia deixa de ser comunicada à Seguradora, seja no momento da contratação ou durante a vigência do contrato de seguro;

AGRAVAMENTO RELEVANTE DE RISCO: é o **agravamento** que resulta em aumento significativo e continuado da probabilidade de ocorrência e/ou da severidade do risco assumido pela Seguradora, conforme pactuado no contrato de seguro. Nessa ocasião, o Segurado, ou seu representante Legal ou Corretor de Seguros deve comunicar a Seguradora que poderá deliberar pela continuidade do contrato, com eventual cobrança de prêmio adicional, nos casos em que o risco alterado ainda for passível de aceitação. Caso as alterações tornem o risco inaceitável, o contrato poderá ser rescindido no prazo previsto em lei. A não comunicação pelo Segurado, seu representante Legal ou Corretor de Seguros acarretará o cancelamento do seguro e havendo sinistro, negativa ao pagamento da indenização;

ALAGAMENTO: invasão do local de risco por água de chuva, de tubulações próprias ou de cursos de água não navegáveis;

ÂMBITO GEOGRÁFICO: Local para a abrangência da cobertura da apólice;

APÓLICE: Documento emitido pela sociedade seguradora que formaliza a aceitação das coberturas solicitadas pelo proponente, nos planos individuais (apólice individual), ou pelo estipulante, nos planos coletivos (apólice coletiva);

APÓLICE DE AVERBAÇÃO OU ABERTA: aquela em que o segurado comunica à sociedade seguradora as movimentações relativas a seu negócio, vinculadas às coberturas contratadas e ocorridas ao longo de sua vigência, em datas incertas, imprevisíveis ou previamente acordadas, com importâncias seguradas variáveis limitadas ao valor do limite máximo de garantia contratado;

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

ATO DOLOSO: É o ato intencional praticado no intuito de prejudicar a outrem;

ATO ILÍCITO: É toda ação ou omissão voluntária, ou decorrente de negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem;

BENEFICIÁRIO: Pessoa física ou jurídica a quem o Segurado reconhece o direito de receber a totalidade ou parte da Indenização/Capital Segurado, devidos pela Seguradora em razão de sinistro coberto. Os beneficiários podem ser certos (determinados) quando constituídos nominalmente na apólice, ou incertos (indeterminados) quando desconhecidos no momento da contratação do seguro;

BOA – FÉ: No contrato de seguro, é o procedimento absolutamente honesto que têm o Segurado e a Seguradora, agindo ambos com total transparência, isentos de vícios, e convictos de que agem de acordo com a lei;

CANCELAMENTO DA APÓLICE: Dissolução antecipada do contrato de seguro, em sua totalidade, por determinação legal, por acordo, por inadimplemento do Segurado, ou parcialmente, em relação a uma determinada cobertura, por acordo ou exaurimento do limite máximo de indenização. O cancelamento do seguro, total ou parcial, por acordo entre as partes, denomina-se RESCISÃO;

CAPITAL SEGURADO: É o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência de evento coberto, conforme estabelecido na Especificação ou no Certificado Individual;

CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL: É o valor máximo por segurado e por cobertura contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência de evento coberto, conforme estabelecido na Especificação ou no Certificado Individual;

CARÊNCIA: Período contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento de Limite Máximo de Garantia, de Limite Máximo de Indenização ou da recondução da vigência do seguro, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do evento coberto, o segurado ou os beneficiários não terão direito à

percepção das importâncias contratados;

CERTIFICADO INDIVIDUAL: Documento contratual destinado ao segurado, emitido pela seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores segurados ou prêmio, no qual estarão indicadas as coberturas efetivamente contratadas;

CLÁUSULA PARTICULAR: Conjunto de cláusulas que alteram as Condições Gerais e/ou Especiais deste seguro, modificando ou cancelando disposições já existentes, ou, ainda, introduzindo novas disposições e eventualmente ampliando ou restringindo a cobertura;

CLIENTE: o proponente, o segurado, o garantido ou o estipulante, o beneficiário, o assistido, o titular ou subscritor de título de capitalização ou o participante de plano de previdência complementar aberta;

COBERTURA: Compromisso da seguradora no pagamento de até o valor total da importância contratada, caso ocorra um dos riscos definidos nas condições contratuais, desde que o evento causador não seja excluído dessa cobertura;

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

CONDIÇÃO PREEXISTENTE: É a condição de conhecimento prévio do segurado, que pode ser caracterizada pela existência de eventos antecedentes e não declarados na proposta de contratação ou adesão;

CONDIÇÕES CONTRATUAIS: Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais da apólice, condições particulares, especificações e endossos e, quando for o caso de plano coletivo, além dos relacionados, considera-se o contrato empresarial, da proposta de adesão e do certificado individual;

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

CONDIÇÕES PARTICULARES: Conjunto de cláusulas que alteram as Condições Gerais e/ou Especiais de um plano de seguro, modificando ou cancelando disposições já existentes, ou ainda, introduzindo novas disposições e eventualmente ampliando ou restringindo a cobertura;

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

CONTRATO DE RESSEGURO: é o documento físico ou eletrônico que representa uma operação de transferência de riscos de uma Seguradora Cedente para um ressegurador;

CONVULSÕES DA NATUREZA: fenômeno da natureza de caráter catastrófico, tais

como, mas não se limitando, a tempestade, vendaval, inundação de grande proporção, terremoto, tremor de terra, maremoto, ressaca do mar, erupção vulcânica, meteoro, meteorito, enchente por água de chuvas, transbordamento de rio, de riacho, de represa ou ainda, qualquer outro fato da natureza imprevisível que não possa ser evitado ou impedido pelo Segurado.

CORRETOR DE SEGUROS: Pessoa física ou jurídica habilitada pela SUSEP a angariar e promover contratos de seguros. Cabe ao Corretor intermediar o seguro pretendido, bem como orientar e esclarecer o Segurado sobre os direitos, obrigações, limites e penalidades previstas neste contrato, respondendo legalmente;

COSSEGURO: As operações de cosseguro serão livremente pactuadas por duas ou mais sociedades seguradoras, garantindo o mesmo interesse contra o mesmo risco, ao mesmo tempo, cada uma delas assumindo uma cota de garantia, não existindo responsabilidade solidária entre as sociedades seguradoras;

COTAÇÃO: Processo pelo qual são solicitadas e analisadas propostas de preços, condições e coberturas de seguros junto a diferentes seguradoras, podendo ser denominada como Orçamento, com o objetivo obter uma prévia e poder comparar e escolher a melhor opção disponível para contratação. A cotação envolve o levantamento de informações sobre o bem ou interesse a ser segurado, avaliação dos riscos e definição dos valores dos prêmios, franquias e demais condições contratuais. **A cotação não configura concessão de cobertura pela Seguradora;**

CULPA GRAVE: Termo utilizado para expressar a forma de culpa que mais se aproxima do dolo, motivada pela falta extrema do agente, que não prevê fato previsível aos homens comuns e, embora sem a intenção, assume o resultado de produzi-lo;

DANO CORPORAL: Toda lesão exclusivamente física causada ao corpo da pessoa, inclusive morte ou invalidez permanente;

DANO ESTÉTICO: Qualquer dano físico / corporal causado à pessoa que, embora não acarrete sequelas que interfiram no funcionamento do organismo e/ou membro, implique redução ou eliminação dos padrões de beleza ou de estética de forma permanente.

DANO MATERIAL: Qualquer dano físico à propriedade tangível, causador de diminuição patrimonial, inclusive todas as perdas materiais relacionadas com o uso desta mesma propriedade;

DESPESAS ADICIONAIS: Quaisquer despesas extraordinárias necessariamente incorridas pelo segurado no caso de adiamento ou interrupção de um evento, ou os custos adicionais necessariamente incorridos para reduzir ou prevenir o cancelamento, a interrupção ou adiamento. Despesas adicionais não incluem perda de ganhos ou de lucro;

DESPESAS DE CONTENÇÃO DE SINISTRO: São aquelas despendidas pelo segurado com medidas imediatas e/ou ações emergenciais com a finalidade de

evitar o evento iminente e que seria passível de cobertura pelo presente contrato de seguro, a partir de um incidente ou perturbação no local do risco, sem as quais os eventos cobertos e descritos na presente apólice seriam inevitáveis ou ocorreriam de fato;

DESPESAS DE MITIGAÇÃO (SALVAMENTO E CONTENÇÃO): São as taxas, custos e despesas diretos, razoáveis e necessários, incorridos por um Segurado, com o consentimento prévio por escrito da Seguradora, após a primeira descoberta de um Ato Danoso durante o Período de Vigência, a fim de mitigar, minimizar, prevenir ou evitar as Perdas Indenizáveis que, de outra forma, estariam cobertos pela Apólice se a Reclamação for apresentada em decorrência de tal Ato Danoso.

Custos de Mitigação não incluem:

1. Uma Perda Indenizável;
2. Custos relacionados a qualquer responsabilidade que de outra forma não estaria coberta pela Apólice;
3. Qualquer agravamento na responsabilidade do Segurado ou de uma Perda Indenizável decorrente da realização de tais Despesas de Mitigação;
4. A remuneração a ser paga a qualquer Segurado ou a qualquer Empregado de qualquer Sociedade, bem como os custos ou despesas de qualquer Sociedade; ou
5. Qualquer pagamento que não seria incluído na cobertura fornecida na Apólice se a Reclamação tivesse sido efetivamente apresentada contra o Segurado pelo Terceiro.

DESPESAS LÍQUIDAS APURADAS: Resultado da soma de todos os custos e encargos incorridos pelo Segurado na organização, realização e prestação de serviços para o(s) evento(s) segurado(s), inclusive o custo de publicidade, menos a receita bruta recebida ou a receber e menos quaisquer economias que o segurado possa efetuar para diminuir tais perdas em caso de cancelamento, interrupção ou adiamento do evento, ou, ainda, no caso de não comparecimento da pessoa designada na apólice;

DOCUMENTOS CONTRATUAIS: todos os instrumentos legais que formalizam o contrato entre seguradora e segurado, estabelecendo direitos, obrigações, garantias e condições do seguro. Entre esses documentos estão a proposta, a apólice, condições gerais, especiais, particulares, especificação da apólice, o certificado individual, o endosso, averbações, detalhando as características, coberturas, exclusões e limites do contrato conforme regulamento vigente;

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

EDITAL: ato indicado no Objeto, por intermédio do qual o Segurado faz público seu propósito de licitar um objeto determinado, estabelece os requisitos exigidos dos

proponentes e das propostas, regula os termos segundo os quais os avaliará e fixa as cláusulas do eventual contrato a ser firmado, contemplando o instrumento de sua publicação, seus anexos, manuais, resumos, projetos e demais informações disponibilizadas pelo Segurado para elaboração de propostas pelos licitantes;

EMOLUMENTOS: É o conjunto de despesas adicionais que o segurador cobra ao segurado, correspondente às parcelas de impostos e outros encargos a que está sujeito o seguro, tal como o custo de apólice;

ENDOSSO: Documento, emitido pela seguradora, por meio do qual são formalizadas alterações do seguro contratado, de comum acordo entre as partes envolvidas;

ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE: Documento que faz parte integrante da apólice, no qual estão particularizadas as características do seguro contratado;

ESTIPULANTE: Pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado nos termos da legislação e regulação em vigor. O estipulante de seguro coletivo representa os segurados e os beneficiários durante a formação e a execução do contrato e responde perante eles e a seguradora por seus atos e omissões;

EVENTO: É toda e qualquer ocorrência ou acontecimento, decorrente de uma mesma causa, passível de ser garantido por uma apólice de seguro;

EVENTO COBERTO: É o acontecimento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevisível, previsto nas coberturas desta apólice e ocorrido na vigência do seguro;

EVENTO DE CAUSA EXTERNA: É todo e qualquer dano material causado ao bem segurado que não tenha se originado deste mesmo bem, mas sim de algum agente externo a ele. É o mesmo que “Danos de Causa Externa”;

EVENTO SEGURADO: acontecimento, apresentação ou ato descrito nas especificações da apólice com características específicas e tendo como finalidade principal propiciar encontro de pessoas. Desta forma, são definidos como Eventos: palestras, cursos, feiras, exposições de arte, shows musicais, 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 e rodeios;

FORÇA MAIOR: Acontecimento inevitável e irresistível, ou seja, evento que poderia ser previsto, porém, não controlado ou evitado;

FORO: Refere-se à localização do Órgão do Poder Judiciário a ser acionado em caso de litígios oriundos deste contrato;

FRANQUIA: Entende-se por franquia o valor expressamente definido no contrato de seguro, para cada cobertura que for prevista a sua existência, representando a participação do Segurado nos prejuízos consequentes de cada sinistro. Deste modo,



a responsabilidade da Seguradora começa apenas e tão somente depois de alcançado o seu limite. Ver também “Participação Obrigatória do Segurado”;

FRANQUIA DEDUTÍVEL: valor consignado na apólice, que torna suscetíveis de indenização apenas os prejuízos indenizáveis que o excederem;

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

FURTO QUALIFICADO: Subtração, para si ou para outrem, de coisa alheia móvel, praticada com destruição ou rompimento de obstáculo, com abuso de confiança, ou mediante fraude, escalada ou destreza, com emprego de chave falsa e/ou mediante concurso de duas ou mais pessoas. Entende-se por obstáculo o meio material que visa impedir o acesso ao bem segurado, não podendo esse meio ser inerente ou instalado no próprio bem segurado;

GRUPO SEGURADO: É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceito e incluído na Apólice coletiva;

GRUPO SEGURÁVEL: É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na Apólice coletiva;

INDENIZAÇÃO: valor a que a Seguradora está contratualmente obrigada a pagar a quem possuir interesse legítimo, em caso de sinistros amparados pela apólice;

INDENIZAÇÃO INTEGRAL: Será caracterizada a indenização integral, quando resultantes de um mesmo sinistro, os danos materiais causados ao bem segurado, atingirem ou ultrapassarem a quantia apurada a partir da aplicação de percentual determinado sobre o valor atual do bem sinistrado. A indenização integral também se denomina como “perda total”;

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

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

INSPEÇÃO DE RISCO: Inspeção efetuada por profissionais habilitados, para avaliar as condições do risco a ser segurado;

INTERESSE LEGÍTIMO: Entende-se por interesse legítimo aquele que o segurado ou beneficiário possui sobre o bem, pessoa ou direito objeto do seguro, sendo condição essencial para a validade do contrato de seguro. Ou seja, para que haja cobertura, é necessário que o segurado demonstre um vínculo jurídico ou econômico, direto ou indireto, reconhecido pela legislação, que possa ser afetado pelo evento segurado. O interesse legítimo não se limita à propriedade, podendo abranger, por exemplo, posse, usufruto ou outro direito real ou pessoal, desde que

haja possibilidade de prejuízo em decorrência do sinistro. A ausência de interesse legítimo pode ensejar a nulidade do contrato de seguro;

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

INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE: É a perda, redução ou impotência funcional definitiva, parcial ou total, de um dos membros ou órgãos previstos na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente, em virtude de lesões físicas exclusivamente decorrentes de Acidente Pessoal coberto, desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

I.O.F.: Imposto sobre operações financeiras;

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

LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS: É o processo para pagamento de indenizações ao Segurado, com base no Relatório de Regulação de sinistros;

LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO POR COBERTURA (LMI): No caso de contratação de várias coberturas numa mesma apólice, é comum o contrato estabelecer, para cada uma delas, um distinto limite máximo de responsabilidade por parte da seguradora. Cada um deles é denominado o Limite Máximo de Indenização (ou a Importância Segurada), de cada cobertura contratada. Ressalte-se que estes limites são independentes, não se somando nem se comunicando;

LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA (LMG): valor máximo de responsabilidade da Seguradora, por sinistro ou série de sinistro, levando-se em conta a totalidade de sinistros ocorridos durante a vigência da apólice;

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

MEIOS REMOTOS: aqueles que permitam a troca de e/ou o acesso a informações e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes de comunicação envolvendo o uso de tecnologias tais como rede mundial de computadores, telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras;

MODALIDADE: Conjunto de cláusulas que estabelecem as disposições específicas do Seguro Garantia de acordo com as características, dispositivos e legislação da obrigação garantida;



OBJETIVO DO SEGURO: É a designação genérica de qualquer interesse segurado, sejam coisas, pessoas, bens, responsabilidades, obrigações, direitos ou garantias;

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

ORÇAMENTAÇÃO: Mesma definição de cotação;

PANDEMIA – epidemia e/ou surto generalizado de uma doença infecciosa humana, ou seja, a propagação de um vírus que afete um grande número de pessoas (por exemplo, influenza, SARS-CoV-2) em pelo menos três países em dois continentes diferentes.

PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA DO SEGURADO (POS): Valor pelo qual o Segurado será responsável, na indenização que lhe for devida pela Seguradora, em função de um sinistro reclamado, em geral, indicada por um percentual dos prejuízos apurados e limitada por um montante mínimo;

PERDA TOTAL: Dá-se a perda total do objeto segurado, quando o mesmo perece completamente ou quando se torna, de forma definitiva, impróprio ao fim a que era destinado;

PERÍODO DE INDENIZAÇÃO: É o período durante o qual o Segurador reembolsará determinadas despesas cobertas pelo seguro. Geralmente estas despesas estão relacionadas a aluguéis ou as conseqüentes de interrupção de atividade profissional;

PERÍODO INTERMITENTE DE COBERTURA: período de cobertura fixado de forma descontinuada, a partir de critérios determinados nas condições contratuais, que estabelecem sua interrupção e reinício, bem como inclusão ou exclusão de cobertura dos riscos;

PERÍODO DE VIGÊNCIA: É o período de validade devidamente discriminado na apólice;

PREJUÍZO: Valor que representa as perdas sofridas pelos bens ou interesses segurados em consequência de evento previsto e coberto na apólice;

PRÊMIO: Importância devida pelo estipulante/segurado à seguradora, em função da cobertura do seguro, e que deverá constar da apólice ou endosso;

PRÊMIO DEPÓSITO: é um valor de estipulação facultativa, previamente acordado entre as partes, devido pelo segurado à seguradora por ocasião da emissão de uma apólice de averbação, correspondente a uma estimativa do prêmio total, calculado com base em uma previsão das movimentações dos negócios do segurado vinculadas à apólice de averbação, durante todo o período de sua vigência;

PRÊMIO INICIAL: é um valor de estipulação facultativa, previamente acordado entre as partes, devido pelo segurado à seguradora por ocasião da emissão de uma apólice de averbação, e que não corresponde a uma estimativa do prêmio total associado às movimentações dos negócios do segurado durante a vigência da apólice;

PRÊMIO MÍNIMO: a parcela do prêmio não reembolsável e devido à Seguradora a título de remuneração mínima a partir do momento da emissão do seguro, em razão do consumo de capacidade e seu custo de oportunidade, bem como pela própria garantia securitária prestada desde o momento da emissão da Apólice;

PRÊMIO PERIÓDICO: valor a ser pago para a garantia do risco, com qualquer periodicidade compatível com as suas características e com a vigência da cobertura, conforme opção especificada na proposta ou no bilhete;

PRÊMIO ÚNICO: valor a ser pago para a garantia do risco calculado para a vigência integral da apólice, podendo ser pago à vista ou parcelado;

PRESCRIÇÃO: Perda do direito de propor uma ação depois de ultrapassado o prazo que a lei determina para reclamação de um interesse;

PRIMEIRO RISCO ABSOLUTO: Termo utilizado para definir forma de contratação de cobertura em que a Seguradora responde integralmente pelos prejuízos, até o montante do Limite Máxima de Garantia (LMG), não se aplicando, em qualquer hipótese, cláusula de rateio;

PRIMEIRO RISCO RELATIVO: Forma de contratação na qual o prêmio da cobertura contratada é ajustado em função da relação entre Limite Máximo de Indenização (LMI) /Valor em Risco Declarado (VRD). Além disso, quando da ocorrência de sinistro amparado pela cobertura contratada, a respectiva indenização é ajustada em função da relação entre Valor em Risco Declarado e Valor em Risco Apurado. Não obstante, em quaisquer situações, a responsabilidade máxima da Seguradora não ultrapassará o Limite Máximo de Indenização contratado;

PROPONENTE: O interessado em contratar as coberturas, ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva;

PROPOSTA DE ADESÃO: Documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco. Nela, o proponente manifesta o pleno conhecimento das condições contratuais e expressa a intenção de aderir ao seguro, e deverão ser prestadas todas as informações que permitirão a seguradora avaliar os riscos e manifestar a aceitação ou recusa do seguro;

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

"PRO RATA TEMPORIS": Referência a um tipo de cálculo cujos resultados são proporcionais ao tempo decorrido. Nos contratos de seguro, diz-se do prêmio quando é calculado proporcionalmente aos dias já decorridos do contrato;

REGULAÇÃO DE SINISTRO: É o exame, na ocorrência de um sinistro, das causas e circunstâncias para caracterização do risco ocorrido e, em face dessas verificações, se concluir sobre a sua cobertura, bem como se o segurado cumpriu todas as suas

obrigações legais e contratuais;

REINTEGRAÇÃO: Recomposição do valor reduzido do Limite Máximo de Indenização, relativo a uma ou mais das coberturas contratadas e Limite Máximo de Garantia da apólice, na mesma proporção em que foi reduzido em razão de indenização paga;

RELATÓRIO FINAL DE REGULAÇÃO: Documento emitido pela seguradora no qual se transmite o posicionamento acerca da caracterização ou não do sinistro reclamado, bem como os possíveis valores a serem indenizados;

RENOVAÇÃO: Ao término da vigência de um contrato de 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;

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. O representante de seguros é um agente autorizado da sociedade seguradora, não possui poderes de representação dos segurados e é considerado intermediário dos produtos da sociedade seguradora;

RESCISÃO: É o rompimento do contrato do seguro ou do resseguro antes do seu término de vigência;

RESSARCIMENTO: É o valor pago pela seguradora ao segurado ou beneficiário do seguro, destinado a reparar prejuízos decorrentes de eventos cobertos pelo contrato, respeitados os limites e condições estabelecidos na apólice. O ressarcimento ocorre quando há a comprovação do dano e do direito à indenização, conforme previsto nas normas vigentes;

RESSEGURO: é a operação de transferência de riscos de uma Seguradora Cedente, com vistas a sua própria proteção, para um ou mais resseguradores, através de contratos automáticos ou facultativos;

RESSEGURADOR: é a pessoa jurídica autorizada a operar no mercado brasileiro de resseguros, responsável por assumir parte dos riscos transferidos pelas seguradoras, em contratos automáticos ou facultativos, e sua atuação é fundamental para fortalecer a capacidade de cobertura e segurança das operações de seguro;

RISCO: Fato ou acontecimento possível, futuro, incerto e independente da vontade das partes contratantes de um seguro, cuja indenização é garantida pela Seguradora;

RISCOS EXCLUÍDOS: São aqueles riscos previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo Seguro.

SEGURADO: É a pessoa física e/ou jurídica sobre a qual se procederá a avaliação do risco proposto e se estabelecerá o Seguro;

SEGURADORA: ou Ente Supervisionado, sendo a BERKLEY INTERNATIONAL do BRASIL SEGUROS S.A., Sociedade Seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros, que assume os riscos inerentes à(s) cobertura(s) contratada(s), nos termos da legislação vigente e do estabelecido nas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais;

SEGURADORA LÍDER: é a sociedade seguradora que administra a operação de cosseguro perante o segurado;

SEGURO: Operação que toma forma jurídica de um contrato, em que uma das partes (Seguradora) se obriga para com a outra, mediante o recebimento de uma importância (prêmio), a indenizá-la de um prejuízo (sinistro), resultante de um evento futuro, possível e incerto (risco) indicado nas condições contratuais ratificadas na apólice;

SINISTRO: é concretização de um risco coberto; caso não esteja amparado pelo contrato de seguro, é denominado risco ou evento não coberto.

“STAFF”: Pessoa física contratada, direta ou indiretamente, por meio de empresa prestadora de serviços ou como profissional autônomo, para atuar em atividades relacionadas à organização, montagem, operação, apoio técnico, segurança, atendimento, produção ou demais funções necessárias à realização e promoção do evento, ainda que sem vínculo empregatício com o Segurado;

SUB-ROGAÇÃO: Transferência para a Seguradora, dos direitos e ações do segurado ou do beneficiário do seguro contra o causador das perdas e danos, até o limite do valor por ela indenizado;

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

TERCEIROS: Qualquer pessoa física ou jurídica que não seja:

- a) o próprio segurado;
- b) o causador do sinistro;
- c) funcionários, aprendizes ou contratados do Segurado, enquanto a seu serviço; ou
- d) sócios, controladores, diretores ou administradores da empresa segurada.

VALOR EM RISCO (VR): É o valor integral do bem ou interesse segurado;

VIGÊNCIA: Intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o contrato de seguro, podendo ser fixada em anos, meses, dias, horas, minutos, jornada, viagem ou trecho, ou outros critérios, conforme estabelecido no plano de seguro;

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

VISTORIA DE SINISTRO: Avaliação, por pessoa autorizada pela Seguradora, do estado dos imóveis e objetos atingidos pelo sinistro, com vistas a qualificar a quantificar os danos sofridos.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Este glossário foi elaborado com base na Lei de Seguros e nas definições das normas atuais do setor.

Você também pode consultar estes e outros termos do mercado de seguros diretamente no site da SUSEP, no Glossário da Superintendência de Seguros Privados.

(Glossário — SUSEP - Superintendência de Seguros Privados)

II - CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O presente seguro tem por objetivo garantir o pagamento da Indenização ao Segurado e/ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), identificado(s) na apólice, até o Limite Máximo de Garantia da Apólice, Limite Máximo de Garantia por COBERTURA ou CAPITAL SEGURADO, o interesse legítimo do Segurado e/ou Beneficiário constante na especificação da apólice e condições contratuais, caso venha a ocorrer um dos Eventos cobertos durante a vigência da Apólice, e desde que previstos nas Condições Contratuais e de acordo com as Coberturas contratadas pelo Estipulante e/ou Segurado, enquanto permanecerem inalterados os dados constantes da proposta de seguro, da ficha de informações, o contrato de instalação e montagem e outros documentos juntados, dados esses que serviram de base à emissão da Apólice, da qual os documentos antes citados passam a fazer parte integrante.

1.2. A eficácia do contrato de seguro depende da existência de interesse legítimo;

1.2.1. A superveniência de interesse legítimo torna eficaz o contrato desde então, ou seja, se durante a vigência do contrato de seguro surgir um interesse legítimo por parte do segurado (ou seja, se ele passar a ter um motivo válido para estar protegido pelo seguro, mesmo que esse motivo não existisse no momento da contratação), o contrato de seguro passa a ser válido e eficaz a partir desse momento em que o interesse legítimo concretiza. Se for parcial o interesse legítimo, a ineficácia não atingirá a parte útil;

1.2.2. Se for parcial o interesse legítimo, a ineficácia não atingirá a parte útil;

1.2.3. Se for impossível a existência do interesse, o contrato será nulo.

2. DOCUMENTOS CONTRATUAIS E COMPLEMENTARES

2.1. São documentos contratuais deste seguro a proposta assinada pelo proponente, seu representante legal ou seu corretor de seguros, apólice, os seus endossos, aditivos, as condições contratuais, e os documentos complementares, são a ficha de informações, questionários contrato de instalação e montagem, e descrição dos serviços contratados e todos os demais documentos a ela anexados que deram origem à contratação do seguro.

2.1.1. Qualquer alteração no conteúdo dos documentos referidos nesta cláusula só será válida se for e se houver concordância prévia sobre ela entre as partes.

2.2. Os documentos e demais instrumentos mencionados no subitem 2.1 da presente cláusula, não alteram o âmbito de cobertura deste contrato de seguro, especificado na cláusula – “Objetivo do Seguro” destas condições gerais.

2.3. Não é válida, em nenhuma hipótese, a presunção de que a Seguradora

tenha conhecimento de fato ou circunstância que não conste dos documentos fornecidos, nem daqueles que não tenham sido comunicados posteriormente, na forma estabelecida nestas condições gerais.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

3.1. Considera-se como âmbito geográfico das coberturas todo o território nacional, salvo disposição em contrário, que deverá constar das condições contratuais.

4. COBERTURAS DO SEGURO

4.1. Para fins deste seguro, consideram-se as coberturas passíveis de contratação para este seguro, respeitadas as conjugações oferecidas pela BERKLEY INTERNATIONAL DO BRASIL SEGUROS S.A. e os riscos excluídos das Condições Contratuais aplicáveis às coberturas efetivamente contratadas de acordo com proposta assinada e aceita, e, expressamente ratificadas na apólice, especificação, certificado ou bilhete, e nos respectivos endossos de seguro, e para as quais o Segurado tenha pago o respectivo prêmio, respeitados todos os termos, que fazem parte integrante e inseparável do contrato de seguro.

4.2. São previstas as seguintes Coberturas:

4.2.1. Coberturas Básicas:

- a) Morte Acidental;
- b) Invalidez Permanente total ou parcial por acidente;
- c) Morte por qualquer causa.

4.2.2. Coberturas Adicionais

- a) Despesas Médico-hospitalares e Odontológicas decorrentes de acidentes;
- b) Diárias por Incapacidade Temporária Causadas por Acidente (DIT).

4.3. As Coberturas Básicas poderão ser contratadas isoladamente ou em conjunto com quaisquer outras Coberturas previstas. As Coberturas Adicionais somente poderão ser contratadas em conjunto com uma ou mais coberturas básicas. As coberturas contratadas estarão expressamente ratificadas na Apólice.

5. RISCOS COBERTOS

5.1. Para fins deste Seguro, consideram-se riscos cobertos àqueles expressamente convencionados nas cláusulas das Coberturas devidamente ratificadas na Apólice, que dela fazem parte integrante e inseparável, e que, salvo expressa menção em contrário, ocorram em todo o globo terrestre.



6. RISCOS EXCLUÍDOS

6.1. Esta apólice não garante perdas e danos e quaisquer custos ou despesas relacionadas direta ou indiretamente de:

- a) Atos de autoridade pública, salvo os destinados a evitar a propagação de danos físicos cobertos; ...**
- b) Não se presume na garantia do seguro a obrigação de indenizar o vício não aparente e não declarado no momento da contratação do seguro, nem seus efeitos exclusivos.**
- c) Salvo disposição em contrário, se houver cobertura para o vício, a garantia compreende tanto os danos ao bem no qual se manifestou o vício quanto aqueles decorrentes do vício.**

São nulas as garantias, sem prejuízo de outras vedadas em lei:

- i. de interesses patrimoniais relativos aos valores das multas e outras penalidades aplicadas em virtude de atos cometidos pessoalmente pelo segurado que caracterizem ilícito criminal; e**
- ii. contra risco de ato doloso do segurado, do beneficiário ou de representante de um ou de outro, salvo o dolo do representante do segurado ou do beneficiário em prejuízo desses.**
- iii. O contrato é nulo quando qualquer das partes souber, no momento de sua conclusão, que o risco é impossível ou já se realizou.**

A parte que tiver conhecimento da impossibilidade ou da prévia realização do risco e, não obstante, celebrar o contrato pagará à outra o dobro do valor do prêmio.

Desaparecido o risco, resolve-se o contrato com a redução do prêmio pelo valor equivalente ao risco a decorrer, ressalvado, na mesma proporção, o direito da seguradora às despesas incorridas com a contratação.

- d) 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;**
- e) 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, terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e deles decorrentes;**
- f) danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro;**



- g) danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelos sócios controladores do Estipulante, seus dirigentes e/ou administradores, pelos Beneficiários, e pelos respectivos representantes;**
- h) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- i) Danos causados pela utilização de armas de quaisquer espécies no local do evento, incluindo, mas não limitado a, armas de fogo, armas brancas, objetos pontiagudos, objetos perfurantes ou cortantes;**
- j) Danos causados por tentativas de homicídio, decorrente ou não de furtos qualificados ou roubos;**
- k) Ataques físicos e assassinatos, bem como suas tentativas.**

6.2. EMBARGOS E SANÇÕES

6.2.1. Estão excluídos da cobertura dessa Apólice todos e quaisquer riscos cuja cobertura e/ou eventual pagamento da respectiva indenização securitária, implicaria na obrigação da Seguradora de atuar de forma a atrair, em razão de embargos e sanções comerciais e econômicos, ações punitivas para a Seguradora, seu grupo econômico e administradores, por parte dos Estados Unidos da América, do Reino Unido, da União Europeia conforme descrito nas listas de embargos e sanções a seguir:

a) Reino Unido e União Europeia:
<https://www.consilium.europa.eu/pt/policies/sanctions/>

b) *Office of Foreign Assets Control* – OFAC (Agência de Controle de Ativos Estrangeiros dos EUA): <https://sanctionssearch.ofac.treas.gov/>

6.2.2. Estão, ainda, excluídos da cobertura desse seguro, todos e quaisquer riscos cujo imediato pagamento da respectiva indenização securitária esteja vedado, por embargos e sanções comerciais e econômicos internacionais impostos por entidades multilaterais integradas pelo Brasil, tais como, mas não se limitando, o GAFI (Grupo de Ação Financeira contra a Lavagem de Dinheiro e o Financiamento do Terrorismo) e a Organização das Nações Unidas (ONU).

6.2.3. As situações de perda de direitos por efeito da política de imposição de embargos e sanções por organismos internacionais estão disciplinadas na Cláusula – “Perda de Direitos” destas condições.

7. FORMAS DE CONTRATAÇÃO

7.1. As coberturas deste seguro, poderão ser contratadas nas seguintes formas, conforme disposto nas Condições Especiais de cada cobertura:



7.1.1. **Risco Absoluto:** nesta forma de contratação, a Seguradora responde integralmente pelos prejuízos decorrentes de riscos cobertos até os respectivos Limites Máximos de Indenização (LMI), ou seja, os prejuízos que excedam a franquia estabelecida e/ou participação obrigatória do segurado, se houver.

8. LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA (LMG) E DE INDENIZAÇÃO (LMI)

8.1. Para os fins deste seguro, consideram-se limites máximos de garantia aqueles expressamente mencionados e contratados nos documentos contratuais.

8.2. Os limites de Responsabilidade da Seguradora representam o valor ou limite máximo que ela indenizará.

8.3. Limite Máximo da Garantia – LMG

8.3.1. Para fins deste seguro, considera-se Limite Máximo de Garantia (LMG) aquele expressamente previsto na apólice. O LMG da apólice é fixado com o valor menor ou igual à soma dos limites máximos de indenizações estabelecidos individualmente para cada uma das coberturas contratadas, ou no caso de verba única, o valor determinado como limite máximo de indenização compartilhado entre mais de uma cobertura.

8.3.2. A soma das indenizações individuais abrangida por uma ou mais coberturas contratadas, não poderá exceder, em hipótese alguma, o LMG expresso na apólice. Esgotado o valor expressamente previsto como LMG, a apólice será cancelada de pleno direito, não estando coberto pelo seguro qualquer montante excedente ao valor previsto como LMG da apólice.

8.3.3. O LMG previsto na apólice não representa, em qualquer hipótese, pré-avaliação dos bens / interesses garantidos, ficando entendido e acordado que o valor da indenização a que o Segurado terá direito, com base nestas condições, sempre estará restrito ao valor do bem / interesse garantido no momento do sinistro, independentemente de qualquer disposição constante neste seguro, no entanto, não poderá ultrapassar o valor previsto como LMG.

8.3.4. O Limite Máximo de Garantia da apólice é o valor máximo de responsabilidade da Seguradora, por sinistro ou série de sinistros, levando-se em conta a totalidade dos sinistros ocorridos durante a vigência da apólice. Tal limite é representado pela soma dos valores declarados para a cobertura básica mais as coberturas adicionais de despesas com desentulho, despesas extraordinárias, afretamento de aeronaves, honorários de peritos, propriedades circunvizinhas, equipamentos móveis e estacionários,



equipamentos de escritório, despesas de salvamento e contenção de sinistros, recomposição de documentos, pesquisa de vazamento na colocação de tubulações, e Responsabilidade Civil Geral e Cruzada – Riscos de Engenharia, **de acordo com as coberturas contratadas descritas nos documentos contratuais.**

8.3.5. O Limite Máximo de Garantia da apólice será ajustado durante a vigência, sempre que ocorrer pagamento de indenização ou reposição das coisas seguradas, não havendo reintegração automática desse limite.

8.3.6. A reintegração do Limite Máximo de Garantia para as coberturas adicionais e despesas de contenção e salvamento de sinistros será facultativo.

8.4. Limite Máximo de Indenização – LMI por Cobertura

8.4.1. O limite máximo de indenização é o respectivo valor fixado para a cobertura contratada pelo Segurado, e representa o valor máximo a ser pago pela Seguradora em decorrência de um sinistro ou série de sinistros garantidos por aquela cobertura, respeitado o Limite Máximo de Garantia da apólice.

8.4.2. Os limites máximos de indenização fixados são específicos de cada cobertura, não sendo admissível, durante todo o prazo de vigência deste seguro, a transferência de valores de uma para outra.

8.4.3. Na hipótese de o segurado vir a solicitar durante a vigência da apólice, elevação dos limites máximos de indenização da cobertura, fica desde já acordado que:

- a) A importância segurada ficará ampliada a partir da data de início de vigência do endosso;
- b) As indenizações por danos ocorridos no período anterior ao início de vigência do endosso ficarão limitadas ao valor máximo de indenização vigente na época desses danos, mesmo que as reclamações respectivas venham a ser apresentada posteriormente;
- c) O pagamento de qualquer indenização determinará redução do limite máximo de indenização de ambos os períodos de cobertura;
- d) Quando a redução acarretar o esgotamento do limite máximo de indenização contratado para a respectiva cobertura, a mesma ficará automaticamente cancelada, podendo, entretanto, ser objeto de reintegração mediante pagamento de prêmio adicional e desde que aceito pela Seguradora.

8.5. Os valores segurados e devidamente contratados por cada garantia contratada, podem estar sujeitos a cessão de importância, pela contratação de acordos de resseguro ou o contrato de seguro pode estar pulverizado entre outras seguradoras mediante acordo de cosseguro.



8.6. As operações de cosseguro serão livremente pactuadas por duas ou mais sociedades seguradoras, com anuência do segurado, seu representante legal ou intermediário, garantindo o mesmo interesse contra o mesmo risco, ao mesmo tempo, cada uma delas assumindo uma cota de garantia, não existindo responsabilidade solidária entre as sociedades seguradoras.

9. REDUÇÃO E REINTEGRAÇÃO DO LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO

9.1. Durante o prazo de vigência deste seguro, o Limite Máximo de Garantia e o Limite Máximo de Indenização serão sempre automaticamente reduzidos, a partir da data da ocorrência do sinistro do valor de toda e qualquer indenização que vier a ser efetuada, passando a limitar-se ao valor remanescente, não tendo o Segurado direito a restituição do prêmio correspondente àquela redução;

9.2. Em caso de sinistro, a reintegração do Limite Máximo de Garantia e do Limite Máximo de Indenização poderá ser efetuada, a pedido do Segurado, e terá validade caso a Seguradora manifeste sua aceitação no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data do recebimento do pedido pela mesma. A ausência de manifestação da Seguradora neste prazo implicará sua aceitação tácita.

9.2.1. Em caso de aceitação, o prêmio adicional referente à Reintegração será calculado a partir da data de ocorrência do sinistro até o término da vigência da apólice.

10. CAPITAL SEGURADO

10.1. O Capital Segurado Global corresponderá a uma verba única estabelecida para o total de Segurados participantes da Apólice e representa o valor máximo a ser pago ou reembolsado pela Seguradora, no caso de ocorrência de Sinistro coberto pela Apólice.

10.2. O total de Segurados corresponderá inicialmente àquele indicado na Proposta, observado a quantidade de Segurados efetivamente existente no momento da ocorrência dos Sinistros, conforme indicado pelo Estipulante no momento da contratação e/ou apurado pela quantidade de prestadores indicadas na Guia de Recolhimento do FGTS.

10.3. O Capital Segurado individual será então determinado pelo valor indicado na Especificação da Apólice ou pelo rateio entre o Capital Segurado Global e a quantidade de Segurados efetivamente existentes no momento da ocorrência do Sinistro.

10.4. Considera-se como data do Sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado quando da liquidação dos Sinistros, a data de ocorrência do Sinistro.

11. BENEFICIÁRIOS

11.1 – Quando aplicável, o Beneficiário do Segurado, em caso de Morte do Segurado, será a pessoa ou entidade indicadas para receber a indenização e, na falta deste, o identificado por lei ou pela titularidade do interesse garantido.

11.2 – É lícito ao Segurado identificar o Beneficiário por ato de vontade anterior à ocorrência do sinistro.

12. FRANQUIA E/OU PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA DO SEGURADO

12.1. No caso de sinistro coberto, e de acordo com as Condições Contratuais deste seguro, o Segurado participará, dos primeiros prejuízos indenizáveis relativos a cada sinistro, conforme os percentuais ou valores estabelecidos na ocasião da contratação do seguro e especificados para as respectivas franquias expressas na apólice.

12.2. É prevista a aplicação de Franquia temporal para a Cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária causadas por Acidente.

12.2.1. Para cálculo da franquia e/ou participação do segurado no sinistro, o valor eventualmente utilizado para as Despesas de Salvamento se somará aos prejuízos das Coberturas na dedução da franquia cabível.

13. CARÊNCIA

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

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

14. ACEITAÇÃO OU RECUSA DA PROPOSTA DE SEGURO

14.1. A contratação e aceitação do seguro só ocorrem após a negociação, a cotação e a apresentação formal da proposta assinada, garantindo assim o legítimo interesse das partes envolvidas.



14.1.1. **Apenas a apresentação de cotação não configura concessão de cobertura. Apenas com a emissão da apólice as Partes estarão vinculadas as negociações, direitos e obrigações.**

14.1.2. O simples pedido de cotação à seguradora não equivale à proposta, mas as informações prestadas pelas partes e por terceiros intervenientes integram o contrato que vier a ser celebrado.

14.2. A contratação do seguro poderá ser realizada mediante o preenchimento e a assinatura da Proposta de Contratação ao Seguro e documentos contratuais disponibilizados pela seguradora, por meios físico ou remoto, pelo Proponente ou seus Representantes. Sendo os meios remotos aceitos pelas partes como válido, necessariamente de forma autenticada e passível de comprovação da autoria e integridade, sendo que serão encaminhados à BERKLEY INTERNATIONAL DO BRASIL SEGUROS S.A. para análise do risco proposto.

14.3. Sendo os meios remotos aceitos pelas partes como válido, necessariamente de forma autenticada e passível de comprovação da autoria e integridade, sendo que serão encaminhados à Seguradora para análise do risco proposto.

14.3.1. O corretor de seguro poderá representar o proponente na formação do contrato, na forma da lei.

14.3.2. A proposta escrita deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco.

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

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

14.5.1. O Proponente é obrigado a fornecer as informações necessárias à aceitação da proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio, de acordo com o questionário que lhe submeta a seguradora.

14.5.2. As partes e os terceiros intervenientes no contrato, ao responderem ao questionário, devem informar tudo de relevante que souberem ou que



deveriam saber a respeito do interesse e do risco a serem garantidos, de acordo com as regras ordinárias de conhecimento.

14.5.3. A análise do risco e prêmio do seguro levaram em consideração os fatos, elementos e documentos apresentados pelo propenso segurado / estipulante que declara, por meio próprio, do seu corretor de seguros ou representante legal, não ter omitido qualquer fato que pudesse ou possa interferir na aceitação do risco e definição do prêmio, sob pena de ter o seguro cancelado ou na ocorrência de um sinistro, o mesmo negado.

14.5.3.1. O propenso segurado / estipulante declara que celebrado o contrato de seguro, expressamente concorda que toda e qualquer modificação do objeto segurado ou vinculado ao objeto segurado e que possa interferir nas premissas originalmente adotadas no momento da aceitação do seguro contratado, deverá ser imediatamente comunicada a seguradora que poderá continuar no risco ou não sendo possível, cancelar o seguro dentro do prazo estabelecido pela legislação aplicável.

14.5.4. Se, diante dos fatos não revelados, a garantia for tecnicamente impossível, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja normalmente subscrito pela seguradora, o contrato será extinto, sem prejuízo da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

14.5.5. O segurado, beneficiário, estipulante e terceiro devem prestar todas as informações inerentes e necessárias para a análise e aceitação do risco. A omissão sobre os fatos conhecidos ou que o segurado devesse saber, mas não informados a seguradora acarretará o cancelamento do seguro e havendo um sinistro, perda de direitos. As partes estão cientes e concordam que após celebrado o contrato, devem manter a seguradora imediatamente informada sobre qualquer alteração ou modificação do risco originalmente subscrito. A seguradora poderá aceitar a continuidade da apólice ou não sendo possível, cancelar o seguro na forma prevista na legislação .

14.5.6. O descumprimento do dever de informar previsto na cláusula 14.5 e seus subitens, importará em perda da garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

14.6. A seguradora fornecerá, obrigatoriamente, ao proponente, protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com a indicação da data e da hora de seu recebimento.

14.7. A seguradora terá o prazo de até 25 (vinte e cinco) dias para se manifestar sobre a aceitação ou não da proposta, contados da data de seu recebimento, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

14.7.1. A solicitação de documentos complementares, esclarecimentos e/ou produção de exames periciais, poderá ocorrer mais de uma vez, durante o prazo previsto no Cláusula 14.7, e o prazo terá novo início, partir do atendimento da solicitação ou da conclusão do exame pericial.

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

14.9. Caso a aceitação da proposta dependa de contratação ou alteração de resseguro facultativo, o prazo aludido no Cláusula 14.7 será suspenso até que o ressegurador se manifeste formalmente, comunicando a seguradora, por escrito, ao proponente, tal eventualidade, ressaltando a consequente inexistência de cobertura enquanto perdurar a suspensão.

14.10. A ausência de manifestação, por escrito, da Seguradora, no prazo fixado no subitem 14.7, caracterizará a aceitação tácita do seguro.

15. APÓLICE E VIGÊNCIA DO SEGURO

15.1. A Seguradora emitirá a APÓLICE em até 30 (trinta) dias após a data de aceitação da proposta, respeitando o disposto no Cláusula 14 e seus subitens destas condições. Em caso de utilização de meios remotos na emissão de documentos contratuais, será garantido a possibilidade de impressão ou download dos documentos pelo Segurado, Estipulante, Corretor e Representantes.

15.1.1. O Corretor de seguro é responsável pela efetiva entrega ao destinatário dos documentos e outros dados que lhe forem confiados, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis. O corretor de seguro poderá representar o proponente na formação do contrato, na forma da lei.

15.2. A apólice e endossos terão seu início de vigência às 24:00 (vinte e quatro) horas do dia inicial e término de vigência às 24:00 (vinte e quatro) horas do último dia



conforme previsto no frontispício da apólice, ou com data distinta desde que previamente acordada, por escrito, entre as partes.

15.3. A cobrança total ou parcial de prêmio antes da aceitação da proposta somente será admitida em caso de oferecimento de cobertura provisória ao proponente, para sinistros ocorridos no período de análise da proposta, e **desde que expressamente prevista nas condições contratuais e solicitada pelo proponente na proposta.**

15.4. No caso de aceitação da proposta, a seguradora poderá considerar o período de cobertura provisória como de efetiva vigência, desde que haja tal previsão nos documentos contratuais.

15.4.1. Em caso de recusa do risco, em que tenha havido cobertura provisória, a restituição será realizada no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, a contar da data de formalização da recusa da proposta, deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

15.4.2. Se a restituição for feita posteriormente ao prazo máximo estabelecido no item 15.4.1 acima, a restituição estará sujeita a atualização, pela variação positiva do IPCA/IBGE, na base “pro-rata die” ou, caso este seja extinto, pela variação positiva do índice que vier a substituí-lo, contatos a partir do prazo máximo até o dia anterior a efetiva restituição.

15.5. Se for verificado o recebimento indevido de prêmio, a Seguradora deverá restituir o segurado o valor do pagamento efetuado, atualizado a partir da data do crédito até o dia útil imediatamente anterior à data da devolução, pela variação positiva do IPCA/IBGE, na base “pro-rata die” ou, caso este seja extinto, pela variação positiva do índice que vier a substituí-lo.

15.6. Fará prova do seguro a exibição da apólice e, na falta desta, a apresentação de documento comprobatório do pagamento do respectivo prêmio, mesmo quando parcial, observado o que dispõem nas Cláusulas 14 - ACEITAÇÃO OU RECUSA DA PROPOSTA DE SEGURO destas condições gerais.

15.7. Qualquer alteração na apólice, inclusive da prorrogação do término de vigência, deverá ser feita por meio de endosso, obedecendo às disposições da Cláusula 20 -

MODIFICAÇÃO E PRORROGAÇÃO DO SEGURO destas condições gerais.

15.8. Nos seguros de danos garantidos por apólices coletivas e naqueles sujeitos a averbação, o início e o término da cobertura dar-se-ão de acordo com as condições específicas de cada modalidade, devendo o risco iniciar-se dentro do prazo de vigência da respectiva apólice.



16. CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

16.1. O Segurado que, na vigência deste contrato, pretender obter um novo seguro sobre os mesmos bens segurados e/ou contra os mesmos riscos cobertos, nesta ou em outra Seguradora, deverá comunicar previamente, por escrito, a sua intenção a todas as Seguradoras envolvidas, **sob pena de perda de direito.**

16.2. **O prejuízo total relativo a qualquer sinistro amparado pelas coberturas de responsabilidade civil, cuja indenização esteja às disposições deste seguro, será constituído pela soma das seguintes parcelas:**

- a) As despesas comprovadamente efetuadas pelo segurado durante e/ou após a ocorrência dos danos a terceiros, com o objetivo de reduzir a sua responsabilidade;
- b) Valores das reparações estabelecidas em sentença judicial transitada em julgado e/ou por acordo entre as partes, nesta última hipótese com a anuência expressa das Seguradoras envolvidas.

16.3. De maneira análoga, o prejuízo total relativo a qualquer sinistro amparado pelas demais coberturas será constituído pela soma das seguintes parcelas:

- c) Despesas de salvamento **comprovadamente** efetuadas pelo segurado durante e/ou após a ocorrência do sinistro;
- d) Valor referente aos danos materiais **comprovadamente** causados pelo segurado e/ou por terceiros na tentativa de minorar o dano ou salvar a coisa;
- e) Danos sofridos pelos bens cobertos.

16.4. A indenização relativa a qualquer sinistro não poderá exceder, em hipótese alguma, o valor do prejuízo vinculado à cobertura considerada.

16.5. Na ocorrência de sinistro contemplando coberturas concorrentes, ou seja, que cobrem os mesmos interesses contra os mesmos riscos, em apólices distintas, a distribuição de responsabilidade entre as Seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:

16.5.1. Será calculada a indenização individual de cada garantia como se o respectivo seguro fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do segurado, limites máximos de garantia das coberturas e cláusulas de rateio;

16.5.2. Será calculada a indenização individual ajustada de cada cobertura na forma abaixo indicada:

- a) Se, para uma determinada apólice, for verificado que a soma das indenizações correspondentes às diversas coberturas abrangidas pelo sinistro é maior que seu respectivo limite máximo de garantia, a indenização individual de cada cobertura será recalculada, determinando-se, assim, a



respectiva indenização individual ajustada. Para efeito deste recálculo, as indenizações individuais ajustadas relativas às coberturas que não apresentem concorrência com outras apólices serão as maiores possíveis, observados os respectivos prejuízos e limites máximos de garantia. O valor restante do limite máximo de garantia da apólice será distribuído entre as coberturas concorrentes, observados os prejuízos e os limites máximos de garantia destas coberturas;

b) Caso contrário, a indenização individual ajustada será a indenização individual, calculada de acordo com o subitem 16.5.1.

16.5.3. Será definida a soma das indenizações individuais ajustadas das coberturas concorrentes de diferentes apólices, relativas aos prejuízos comuns, calculadas de acordo com o subitem 16.5.2.

16.5.3.1. Se a quantia a que se refere o subitem 16.5.3 for igual ou inferior ao prejuízo vinculado à cobertura concorrente, cada Seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual ajustada, assumindo o Segurado a responsabilidade pela diferença, se houver;

16.5.3.2. Se a quantia estabelecida no subitem 16.5.3 for maior que o prejuízo vinculado à cobertura concorrente, cada Seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual ajustada e a quantia estabelecida na forma do subitem 16.5.3.

16.6. A sub-rogação de que trata a Cláusula 27 – “Sub-rogação”, destas condições gerais operar-se-á na mesma proporção da cota de participação de cada Seguradora na indenização paga.

16.7. Salvo disposição em contrário, a Seguradora que tiver participado com a maior parte da indenização ficará encarregada de negociar os salvados e repassar a quota-parte, relativa ao produto desta negociação, às demais participantes.

17. AGRAVAMENTO DO RISCO

17.1. O segurado deve comunicar à seguradora qualquer agravamento do risco tão logo dele tome conhecimento.

17.2. Há a obrigação contínua do segurado, beneficiário, Estipulante e terceiro prestarem todas as informações que saibam sobre o risco, bem como consequências da omissão.

17.2.1. O segurado é obrigado a comunicar qualquer fato ou alteração cadastral tão logo o saiba.

17.3. Será relevante o agravamento que conduza ao aumento significativo e continuado da probabilidade de realização do risco descrito no questionário de avaliação de risco ou da severidade dos efeitos de tal realização.

17.3.1. É uma circunstância do risco conhecida pelo Segurado e/ou seu representante legal e/ou seu corretor de seguros e/ou seu preposto, que por omissão, negligência ou imperícia deixa de comunicar a Seguradora, seja no momento da contratação do seguro ou na vigência do contrato, aumentando a probabilidade e/ou severidade de ocorrência de Sinistro, que pode ou não derivar da vontade do Segurado, acarretando o cancelamento do seguro ou perda do direito a indenização na ocorrência de um sinistro.

17.4. Ciente do agravamento, a seguradora poderá, no prazo de 20 (vinte) dias, cobrar a diferença de prêmio ou, se não for tecnicamente possível garantir o novo risco, resolver o contrato, hipótese em que este perderá efeito em 30 (trinta) dias contados do recebimento da notificação de resolução.

17.5. Sob pena de perder a garantia, o segurado não deve agravar intencionalmente e de forma relevante o risco objeto do contrato de seguro.

17.6. Se a seguradora, comunicada, anuir com a continuidade da garantia, cobrando ou não prêmio adicional, será afastada a consequência estabelecida no caput deste artigo.

17.6.1. Estado de insanidade mental, a embriaguez e o uso de substâncias tóxicas pelo segurado podem ser considerados como causas de agravamento de risco suscetível de levar à perda da cobertura, desde que a sociedade seguradora demonstre no caso concreto que tais situações tenham sido determinantes para a ocorrência do sinistro

17.7. O segurado que descumprir o dever previsto no caput deste artigo perde a garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela seguradora.

17.8. Sobrevindo o sinistro, a seguradora somente poderá recusar-se a indenizar caso prove o nexo causal entre o relevante agravamento do risco e o sinistro caracterizado.

18. MEDIDAS DE SEGURANÇA

18.1. Além das obrigações constantes nas Condições Gerais desta apólice, deverá o Segurado observar todas as determinações das autoridades competentes, no que se refere às medidas de segurança e prevenção de acidentes, bem como aquelas que, embora não prescritas por tais autoridades, sejam consentâneas com o tipo de evento realizado, inclusive as a seguir relacionadas:

- a) Não utilização de recipientes metálicos ou de vidro para acondicionamento de bebidas, nas áreas destinadas aos espectadores do evento;

- b) Proteção adequada de todas as instalações elétricas, inclusive mantendo vigilância permanente próxima a área dos transformadores de energia e torres de som, estas existentes nas áreas mencionadas na alínea anterior;
- c) Indicação das rotas de fuga e saídas de emergência, para evacuação do local, através de sinalização cuja leitura seja possível mesmo no caso de paralisação do fornecimento de energia pela empresa concessionária;
- d) Controle do fluxo de pessoas nos pontos de estrangulamento (entradas e saídas) de modo a não permitir acúmulo excessivo de pessoas nesses pontos;
- e) Vigiar e controlar as saídas de modo a não permitir a colocação de obstáculos, tais como veículos estacionados e vendedores ambulantes, como também o fechamento indevido de portas e/ou de portões.
- f) Existência de brigada de incêndio, mantida e/ou contratada pelo Segurado;
- g) Existência de local e de pessoal qualificado para atendimento médico emergencial durante a realização dos eventos;
- h) Existência de ambulância, mantida e/ou contratada pelo Segurado, durante a realização dos eventos;
- i) Manutenção e /ou utilização adequada dos dutos de ar e dos pontos de ventilação para evitar, entre outros, o superaquecimento do local.

18.2. A inobservância das medidas acima invalidará a cobertura concedida pela presente apólice.

19. MODIFICAÇÃO E PRORROGAÇÃO DO SEGURO

19.1. O segurado mediante entrega de proposta à Seguradora poderá prorrogar o término de vigência, ou propor alterações nas condições de cobertura da apólice, durante a sua vigência, sujeitas, no entanto, às disposições estipuladas nestas condições gerais.

19.2. O segurado deverá solicitar a prorrogação da apólice, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias antes do término da vigência, a qual poderá ou não ser concedida.

19.3. A concessão da prorrogação dependerá do exame das justificativas para sua solicitação, da atualização dos dados constantes da ficha de informações e outros documentos que deram origem ao seguro contratado e demais documentos necessários à análise do pedido. Se concedida à prorrogação, será estipulado o

pagamento de um prêmio adicional a ser estabelecido de acordo com o estado do risco segurado na época do pedido. Termos e condições originais da apólice poderão ser revisados pela Seguradora, em função do exame que ela realizará. Se a necessidade de prorrogação ocorrer por motivo de sinistro, o prêmio adicional a ser cobrado não poderá, em nenhuma circunstância, ser recuperado pelo segurado como prejuízo indenizável.

20. INSPEÇÕES

20.1. É facultado à Seguradora, previamente à contratação do seguro, ou a qualquer tempo durante o período de vigência da apólice, realizar inspeções, vistorias e verificações no local do risco e/ou canteiro de obras, por conta própria ou por terceiros nomeados por ela, obrigando-se o segurado a:

- a) Fornecer os esclarecimentos, documentos e provas que lhe forem pedidos, devendo facilitar o desempenho das tarefas dos inspetores da Seguradora;
- b) Acompanhar pessoalmente, ou através de preposto devidamente credenciado, as inspeções realizadas pela Seguradora, que poderá remeter possíveis recomendações ao segurado, estipulando prazos para que sejam cumpridas;
- c) Implementar as recomendações apresentadas, nos prazos que forem estipulados.

20.2. Para fins de aceitação, a Seguradora poderá requerer ao segurado, adequações nos sistemas de detecção, proteção e combate aos eventos cobertos pelo seguro, como também dos processos que estejam relacionados com as coberturas oferecidas, o que será feito por escrito, estipulando-se prazo hábil para execução de tais medidas.

20.3. No caso de não atendimento das providências solicitadas até a data-limite fixada para esse fim, fica facultado a Seguradora o direito de prorrogar esse prazo, de restringir ou cancelar a cobertura, restituindo-se, nas duas últimas hipóteses, o prêmio na forma estabelecida na Cláusula 13 – “Modificações e Prorrogação do seguro”, destas condições gerais.

20.4. A faculdade conferida à Seguradora, nos termos do subitem 20.1 não exime o Segurado e/ou seu Beneficiário dos deveres inerentes a sua atividade empresarial e a boa-fé, noticiando à Seguradora sobre qualquer indício que possa interferir na aceitação da proposta ou que venha alterar, no curso de vigência da apólice, as condições inicialmente estabelecidas.

21. PAGAMENTO DO PRÊMIO

21.1. A definição do prêmio do seguro considera os fatos, elementos e documentos apresentados para cotação e elaboração da proposta inicial, que integram as



condições contratuais deste seguro, conforme estabelecido na Cláusula 12 – CONTRATAÇÃO E ACEITAÇÃO DO SEGURO e seus subitens.

21.1.1. O valor do prêmio poderá ser revisto caso haja comunicação de circunstâncias que resultem em aumento ou diminuição do risco durante a vigência do contrato, sendo tal alteração formalizada por meio de endosso contratual.

21.2. O prêmio da apólice ou endosso poderá ser pago à vista ou em parcelas sucessivas, mediante acordo entre as partes, e pelos meios de pagamento disponíveis pela Seguradora, sendo facultada a cobrança de juros pela Seguradora, conforme previsto e celebrado nas condições contratuais.

21.2.1. Fica vedada a cobrança de qualquer valor adicional do segurado, a título de custo administrativo de fracionamento.

21.3. O prêmio do seguro, valor a ser pago pelo Segurado para a garantia do risco coberto, será de acordo com o período contratado e tipo de seguro informado na apólice e demais condições contratuais, admitindo-se os tipos abaixo, devendo ser obrigatoriamente observada a data-limite (data do vencimento) prevista no referido documento de cobrança do prêmio:

21.3.1. Prêmio ou Prêmio Único: Valor a ser pago para a garantia do risco, calculado para a vigência integral da apólice, podendo ser pago à vista ou parcelado (prêmio fracionado).

21.3.2. O prazo limite para o pagamento do prêmio é o dia de vencimento estipulado na Apólice, ou nos casos em que haja mais de uma data prevista, a última data, sendo que a data do vencimento prevista na apólice cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio deverá ser efetuado no primeiro dia útil seguinte à data do vencimento.

21.4. Nos contratos de seguro cujos prêmios sejam pagos em uma única parcela, qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado, o que deve ser feito, no máximo, até a data-limite prevista para este fim. 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.

21.5. A Seguradora encaminhará os documentos de cobrança diretamente ao segurado, de acordo com os meios idôneos disponíveis de comunicação, a seu representante ou ao corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento, ressaltado que:

- a) Não poderá ser estabelecido prazo superior a 30 (trinta) dias, contado da data de emissão da apólice ou endosso, para pagamento do prêmio em parcela única, ou de sua primeira parcela, quando fracionado;



b) A data-limite para pagamento do prêmio, em parcela única, ou de qualquer uma de suas parcelas, quando fracionado, não poderá ultrapassar ao 30º (trigésimo) dia que antecede o término de vigência da apólice.

21.6. Se o Segurado, seu Representante, ou o Corretor de seguros, não receberem os documentos de cobrança no prazo aludido no subitem 21.2.1, deverão ser solicitadas, por escrito, à Seguradora, instruções de como proceder para efetuar o pagamento antes da data-limite.

21.7. Na hipótese do subitem anterior, se as instruções solicitadas não forem recebidas em tempo hábil, à data de vencimento será renegociada pelas partes, sem ônus para o segurado.

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

21.9. Fica, ainda, entendido e concordado que, se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio sem que ele se ache efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.

21.10. O não-pagamento do prêmio do seguro dentro do prazo limite estipulado, implicará:

21.10.1. A mora relativa à “prêmio único”, com uma só parcela ou fracionado com a primeira parcela não paga, **resolve (cancela) de pleno direito o contrato do seguro** e será considerado desde o início de vigência da apólice, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

21.10.2. A mora para o caso do “prêmio único” **com fracionamento** do prêmio e configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, será adotado pela Berkley **prazo de tolerância**, sem prejuízo do crédito da Seguradora ao prêmio, após a notificação do segurado concedendo-lhe prazo de 30 (trinta) dias, sendo este acrescido de multa e juros moratórios nos termos da legislação específica e conforme estabelecido na Cláusula **Erro! Fonte de referência não encontrada.** das presentes Condições Gerais contado do recebimento da notificação, para a purgação da mora.

21.10.3. A nova data de vencimento para a parcela em mora, a fim de regularizar o pagamento do prêmio sem que ocorra o cancelamento da apólice, e/ou endossos, bilhete e certificado, condicionada à realização de vistoria prévia, quando necessária.

21.10.4. O não pagamento da parcela disponibilizada com a nova data de vencimento, **cancelará a garantia e de que, não sendo purgada a mora, a seguradora não**



efetuará pagamento algum relativo a sinistros ocorridos a partir do vencimento da parcela original.

21.10.5. Se o prêmio for pago por averbação, o não pagamento de uma averbação poderá acarretar a proibição de novas averbações, porém os bens referentes aos prêmios já pagos continuam com cobertura até o fim da vigência prevista na apólice.

21.10.6. O direito ao pagamento da indenização não ficará prejudicado se o sinistro ocorrer dentro do prazo estipulado para pagamento do prêmio em parcela única, ou de qualquer uma de suas parcelas, quando fracionado.

21.10.7. Quando o pagamento de indenização acarretar o cancelamento da apólice, as parcelas vincendas do prêmio serão deduzidas do valor a indenizar, excluído o adicional de fracionamento.

21.10.8. A resolução (cancelamento da apólice) libera integralmente a seguradora por sinistros e despesas de salvamento ocorridos a partir da nova data de fim de vigência previsto nestas condições gerais.

21.11. Configurada a inadimplência do segurado em relação ao pagamento do prêmio de qualquer parcela subsequente à primeira, quando fracionado, o prazo de vigência da apólice ou endosso será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, tomando-se por base a tabela a seguir descrita:

<i>Relação entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total da apólice</i>	<i>Fração a ser aplicada sobre a vigência original</i>
13	15/365
20	30/365
27	45/365
30	60/365
37	75/365
40	90/365
46	105/365
50	120/365
56	135/365
60	150/365
66	165/365
70	180/365
73	195/365
75	210/365
78	225/365
80	240/365



<i>Relação entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total da apólice</i>	<i>Fração a ser aplicada sobre a vigência original</i>
83	255/365
85	270/365
88	285/365
90	300/365
93	315/365
95	330/365
98	345/365
100	365/365

21.11.1. Para percentuais não previstos nesta tabela deverão ser aplicadas as percentagens relativas aos prazos imediatamente superiores.

21.11.2. A Seguradora notificará ao segurado ou a seu representante, por meio idôneo, o novo prazo de vigência da apólice ou endosso, ajustado nos termos da tabela indicada no subitem 19.11.

21.12. O prazo de vigência original da apólice ou endosso poderá ser restabelecido, desde que o segurado retome o pagamento das parcelas vencidas dentro do prazo de vigência ajustada conforme subitem 19.11 corrigidas monetariamente de acordo com a legislação em vigor.

21.12.1. O pagamento dos 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 das parcelas pendentes.

21.12.2. Se o período de vigência ajustado já houver expirado, ou, quando findo aquele prazo, sem que tenham sido retomados os pagamentos, a apólice e/ou seus endossos ficarão automaticamente e de pleno direito cancelados, não tendo o segurado direito a qualquer restituição de prêmio já pago.

21.12.3. A Seguradora enviará comunicado ao segurado, por meio idôneo disponível e especificados na apólice, advertindo quanto à necessidade de quitação da parcela(s) do Prêmio(s) em atraso, sob pena de cancelamento da Apólice.

21.12.4. **Caberá execução para a cobrança do prêmio, se infrutífera a notificação realizada pela seguradora, e sempre que esta houver suportado o risco que recai sobre o interesse garantido.**



22. AVISO DE SINISTRO E REGULAÇÃO DE SINISTRO E CARACTERIZAÇÃO

Aviso de Sinistro:

22.1. Ao tomar ciência do sinistro ou da iminência de seu acontecimento, com o objetivo de evitar prejuízos à seguradora, o segurado por meio próprio ou por seu representante legal ou corretor de seguros é obrigado a:

- a) tomar as providências necessárias e úteis para evitar ou minorar seus efeitos;**
- b) avisar prontamente a seguradora, por qualquer meio idôneo, e seguir suas instruções para a contenção ou o salvamento;**
- c) prestar todas as informações de que disponha sobre o sinistro, suas causas e consequências, sempre que questionado a respeito pela seguradora.**

22.2. O descumprimento doloso dos deveres previstos neste artigo implica a perda do direito à indenização ou ao capital Segurado, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

22.3. O descumprimento culposo dos deveres previstos nesta Cláusula implica a perda do direito à indenização do valor equivalente aos danos decorrentes da omissão.

22.4. A publicidade por outros meios sobre a ocorrência de um sinistro que não aquele comunicado pelo Segurado, não gera presunção de conhecimento por parte da Seguradora por todas as nuances e particularidades que uma ocorrência ou pluralidade de segurados pode trazer.

22.5. A comunicação prevista no item 22.1 acima deverá ser encaminhada para os meios idôneos disponibilizados pela Seguradora. e-mail da seguradora: xxxxxxxx@berkley.com.br ou para o endereço físico constante do sítio eletrônico da Seguradora (<https://www.berkley.com.br/>).

22.6. Qualquer pagamento de indenização ou direito à indenização com base na apólice e demais documentos contratuais será concretizado, somente, após terem sido adequadamente relatadas, pelo Segurado, as características da ocorrência do evento reclamado, sua possível causa, a natureza e extensão, comprovando os valores de prejuízo informados à Seguradora e seu direito sobre estes. Caberá ao próprio Segurado prestar toda a assistência e entregar todos os documentos e informações necessárias para que tais requisitos sejam plenamente satisfeitos.

22.7. As despesas efetuadas com a comprovação do evento reclamado e com os documentos de habilitação efetivamente necessários a esta comprovação correrão por conta do Segurado, salvo se diretamente realizadas pela Seguradora e/ou por



ela expressamente autorizadas, por escrito.

22.7.1. No caso de despesas efetuadas no exterior, serão aceitos para liquidação de sinistro, os documentos na língua do país de origem do gasto.

22.7.2. A Seguradora poderá exigir atestados ou certidões de autoridades competentes, bem como o andamento de inquéritos ou processos instaurados em virtude do fato que produziu o evento reclamado. Alternativamente, poderá solicitar cópia da certidão de abertura de inquérito, e a cópia do referido inquérito, que porventura tiver sido instaurado.

22.7.3. Os atos e providências praticados pela Seguradora após a ocorrência do evento reclamado não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar a indenização reclamada.

22.7.4. No caso de bens roubados/furtados ou destruídos que não possam ser identificados fisicamente após a ocorrência do evento reclamado, caberá ao Segurado comprovar a preexistência de tais bens, por meio da apresentação da nota fiscal de aquisição, mesmo quando esses bens tenham sido relacionados na Proposta.

Regulação de Sinistro:

22.8. Para ser iniciada a Regulação de Sinistro será necessária a apresentação dos seguintes documentos essenciais:

22.8.1. Cobertura Morte Acidental:

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido com assinatura e CRM do médico atendente;
- b) Certidão de Óbito;
- c) Laudo Cadavérico – IML, se houver;
- d) Boletim de Ocorrência Policial;
- e) Peças do inquérito policial;
- f) Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado o motorista na ocasião do acidente);
- g) Certidão de Nascimento ou Casamento do segurado;
- h) RG e CPF do segurado e beneficiário.

22.8.2. Cobertura Invalidez Permanente por Acidente:

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido com assinatura e CRM do médico atendente;



- b) Laudo médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez;
- c) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- d) CPF e RG do segurado;
- e) Relatório e Prontuário Médico, contendo o Aviso de Alta Médica.

22.8.3. Cobertura Morte por Qualquer causa

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido com assinatura e CRM do médico atendente;
- b) Certidão de Óbito;
- c) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- d) Peças do inquérito policial, se houver;
- e) Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado o motorista na ocasião do acidente);
- f) Certidão de Nascimento ou Casamento do segurado;
- g) RG e CPF do segurado e beneficiário.

22.8.4. Cobertura Despesas Médico – Hospitalares e Odontológicas

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido com assinatura e CRM do médico atendente;
- b) Laudo Médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez;
- c) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- d) CPF e RG do segurado;
- e) Relatório e Prontuário Médico, contendo o Aviso de Alta Médica;
- f) Comprovantes das despesas efetuadas.

22.8.5. Cobertura Diárias de Incapacidade Temporária

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido com assinatura e CRM do médico atendente;
- b) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, detalhando a natureza da lesão, a extensão das lesões e período de afastamento das atividades para tratamento médico;



- c) Cópia de todos os exames médicos realizados, com a descrição das lesões;
- d) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- e) CPF e RG do segurado.

22.8.6. Para todos as Coberturas:

22.8.6.1. O Estipulante se obriga a entregar, juntamente com os documentos relacionados ao Sinistro, a relação do pessoal segurado com a descrição dos dados pessoais, período em que esteve sob seus serviços, tipo de serviço prestado e cópia da Guia de Recolhimento do FGTS relativo aos serviços prestados pelos mesmos.

22.9. Ressalva-se que o prazo de 30 (trinta) dias para que a Seguradora se manifestasse acerca da Cobertura do Sinistro, previsto no Artigo 86 da Lei nº 15.040/2025, somente teria início após o recebimento integral de todos os documentos essenciais exigidos para cada Cobertura, conforme elencado na Cláusula 22.8 e seguintes.

22.10. Com base em dúvida fundada e justificável, a seguradora poderá solicitar documentação e/ou informações complementares.

22.10.1. Solicitados documentos complementares dentro do prazo estabelecido de 30 (trinta) dias ou 120 (cento e vinte) dias- em se tratando de seguros complexos, o prazo para a manifestação sobre a cobertura suspende-se por até 2 (duas) vezes, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for atendida a solicitação.

22.10.2. A regulação pela Seguradora somente acontecerá com a entrega de todos os documentos constantes nas condições contratuais da apólice.

22.11. Incumbe também ao beneficiário do seguro, no que couber, o cumprimento das disposições deste artigo, sujeitando-se às mesmas sanções.

22.12. É vedado ao segurado e ao beneficiário promover modificações no local do sinistro, bem como destruir ou alterar elementos relacionados ao sinistro ou quando o segurado ou o beneficiário tiver prévia ciência da prática delituosa e não tentar evitá-la. O descumprimento culposo pelo Segurado, beneficiário e/ou representante desse dever, implica na obrigação para o mesmo de suportar as despesas acrescidas para a regulação e a liquidação do sinistro, exonerando a Seguradora do dever de indenizar ou pagar o capital segurado. Neste caso, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela Seguradora.

22.13. A fraude cometida por ocasião da reclamação de sinistro leva à perda pelo infrator do direito à garantia, liberando a seguradora do dever de prestar o capital segurado ou a indenização.

22.14. Caracterização do sinistro:

22.14.1. Cabe exclusivamente à seguradora a regulação e a liquidação do sinistro, podendo contratar regulador e liquidante de sinistro para desenvolverem a prestação dos serviços em seu lugar, sempre reservando para si a decisão sobre a cobertura do fato comunicado pelo interessado e o valor devido ao segurado.

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

22.16. A seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias, ou sendo risco complexo, 120 (cento e vinte) dias para manifestar-se sobre a caracterização da cobertura.

22.17. A seguradora não responde pelos efeitos manifestados durante a vigência do contrato quando decorrentes de sinistro anterior ao início de vigência da apólice.

22.18. A Seguradora se reserva o direito de inspecionar o local do evento, podendo, inclusive, tomar providências para proteção das coisas seguradas ou dos salvados, sem que tais medidas, por si só, a obriguem a indenizar os danos ocorridos.

22.19. O pagamento de qualquer indenização, com base nesta apólice, somente poderá ser efetuado após terem sido relatadas, pelo segurado, as circunstâncias da ocorrência do sinistro, apuradas as suas causas, provados os valores a indenizar e o direito de recebê-los, cabendo ao segurado, ou quem o representar, prestar toda a assistência para que isto seja concretizado.

22.20. A Seguradora poderá disponibilizar ao segurado, se houver solicitação neste sentido, cópia do relatório definitivo da regulação, depois de concluídas e esgotadas todas as análises referentes ao evento ocorrido e reclamado.

23. INDENIZAÇÃO

23.1.1. Reconhecida a cobertura, o pagamento da indenização ocorrerá dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias, ou se tratando de risco complexo, 120 (cento e vinte) dias, contados da data reconhecimento da cobertura do processo de regulação do sinistro.

23.1.2. Apurando a existência de sinistro e de quantias parciais a pagar, a seguradora deverá adequar suas provisões e efetuar, em favor do Segurado ou do Beneficiário, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, adiantamentos por conta do pagamento final.



23.1.3. O pagamento mencionado na presente Cláusula somente será efetivado após a apresentação dos documentos imprescindíveis abaixo listados:

Lista de documentos para pagamento ao Segurado:

- a) Recibo de quitação devidamente preenchido e assinado pelo representante legal;
- b) Formulário PEP – Pessoa Exposta Politicamente devidamente preenchido e assinado pelo representante legal;
- c) Termo de quitação emitido pelo Terceiro em favor do Segurado, sendo o modelo a ser disponibilizado pela Seguradora.
- d) Documentos da Circular SUSEP do Segurado – contrato social, cartão CNPJ, comprovante de endereço, balanço patrimonial e cópia dos documentos pessoais do representante legal;
- e) Documentos da Circular SUSEP do Terceiro - contrato social, cartão CNPJ, comprovante de endereço, balanço patrimonial e cópia dos documentos pessoais do representante legal;
- f) Declaração de inexistência de outros seguros.
- g) Em sinistros com pagamento acima de R\$ 100.000,00 (cem mil reais): carta de titularidade de conta bancária.

Lista de documentos para pagamento ao Terceiro (PESSOA JURÍDICA), caso aplicável:

- a) Recibo de quitação devidamente preenchido e assinado pelo representante legal;
- b) Formulário PEP – Pessoa Exposta Politicamente devidamente preenchido e assinado pelo representante legal;
- c) Termo de acordo devidamente assinado pelo Segurado e pelo Terceiro;
- d) Documentos da Circular SUSEP do Segurado – contrato social, cartão CNPJ, comprovante de endereço, balanço patrimonial e cópia dos documentos pessoais do representante legal;
- e) Documentos da Circular SUSEP do Terceiro - contrato social, cartão CNPJ, comprovante de endereço, balanço patrimonial e cópia dos documentos pessoais do representante legal;
- f) Comprovante de pagamento da franquia pelo segurado ao terceiro;
- g) Em sinistros com pagamento acima de R\$ 100.000,00 (cem mil reais): carta de titularidade de conta bancária.

Lista de documentos para pagamento ao Terceiro (PESSOA FÍSICA), caso aplicável:

- a) Recibo de quitação devidamente preenchido e assinado;



- b) Termo de acordo devidamente assinado pelo Segurado e pelo Terceiro;
- c) Comprovante de pagamento da franquia pelo Segurado ao Terceiro;
- d) Formulário PEP – Pessoa Exposta Politicamente devidamente preenchido e assinado;
- e) Comprovante de residência;
- f) Documento pessoal (CNH ou RG ou CPF);
- g) Em sinistros com pagamento acima de R\$ 100.000,00 (cem mil reais): carta de titularidade de conta bancária.

23.2. Despesas de Mitigação

23.2.1. As Despesas de Mitigação (Contenção ou Salvamento), efetuadas com o objetivo de evitar o Sinistro iminente ou atenuar seus efeitos, mesmo que realizadas por terceiros, correm por conta da Seguradora, até o Limite Máximo de Indenização estabelecido na Especificação ou, na sua eventual ausência, equivalente a 20% (vinte por cento) do Limite Máximo de Indenização aplicável à(s) Cobertura(s) a que essas Despesas de Mitigação se referirem, observando-se a Franquia prevista na Especificação ou, na sua ausência, a Franquia prevista para a(s) Cobertura(s) a que essas Despesas de Mitigação se referirem.

23.2.2. O Tomador poderá contratar um Limite Máximo de Indenização superior ao mínimo oferecido pela e por conta da Seguradora na forma da Cláusula 8.4., acima.

23.2.3. A obrigação prevista na Cláusula 22 subsistirá ainda que as Perdas Indenizáveis não superem o valor da Franquia contratada ou que as medidas de contenção ou de salvamento adotadas pela Sociedade e/ou pelo Segurado tenham sido ineficazes.

23.2.4. Não constituem Despesas de Mitigação as realizadas com prevenção ordinária.

23.2.5. A Seguradora não estará obrigada ao pagamento de Despesas de Mitigação com medidas notoriamente inadequadas, observada a Cobertura contratada para o tipo de Sinistro iminente ou verificado.

23.2.6. A Seguradora suportará a totalidade das Despesas de Mitigação efetuadas com a adoção de medidas de contenção ou de salvamento que expressamente recomendar para o caso específico, ainda que excedam o Limite Máximo de Indenização pactuado.

23.3. O valor devido apurado será apresentado de forma fundamentada ao interessado, não podendo a seguradora inovar posteriormente, salvo quando vier a tomar conhecimento de fatos que anteriormente desconhecia.

23.4. Se a Seguradora não efetuar o pagamento da indenização dentro do prazo previsto, os valores devidos, exceto para os seguros em moeda estrangeira, estarão sujeitos à atualização monetária pela variação positiva dos índices estabelecidos na cláusula “Atualização Monetária” das condições especiais de cada cobertura contratada, a partir da data da ocorrência do sinistro.

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

23.5. Nos seguros em moeda estrangeira, a conversão para moeda nacional ou conversão da moeda nacional para moeda estrangeira será feita tomando-se como referência a data do dia útil imediatamente anterior à data do efetivo pagamento da indenização

23.6. Em hipótese alguma o valor indenizável poderá ultrapassar o Limite Máximo de Indenização da cobertura contratada determinada na Apólice.

23.7. Na hipótese de um sinistro estar abrangido por mais de uma cobertura contratada, prevalecerá àquela que tiver o maior Limite Máximo de Indenização ou a maior Franquia, sendo que em caso de existir mais de uma cobertura que se enquadre neste critério, será escolhida aquela mais favorável ao segurado, ficando compreendido que, em nenhuma circunstância, será admitida a acumulação de coberturas e/ou de Limite Máximo de Indenização.

24. REINTEGRAÇÃO

24.1. Quando do pagamento de qualquer indenização, o limite máximo de garantia da apólice e o limite máximo de indenização de cada cobertura contratada, indicada na apólice, ficarão reduzidos do valor pago. Não haverá reintegração automática. O segurado se tiver interesse, poderá solicitar a reintegração desses limites, cabendo à Seguradora, caso concorde com o pedido, cobrar o prêmio adicional correspondente, que poderá ser agravado.

24.2. Caso não ocorra a reintegração, os limites máximos de indenização de cada cobertura e o limite máximo de garantia da apólice ficarão reduzidos do valor da indenização paga, mas não ocorrerá aplicação de rateio em sinistros seguintes, desde que o valor em risco declarado seja igual ou superior ao valor em risco apurado na data do sinistro.

25. PERDA DE DIREITOS

25.1. Sob pena de perder a garantia, o segurado não deve agravar

intencionalmente e de forma relevante o risco objeto do contrato de seguro.

25.2. Além dos casos previstos em lei, nestas Condições Gerais, nas Condições Particulares, Especiais e Adicionais, a Seguradora ficará isenta de qualquer obrigação decorrente deste seguro se:

- a) O segurado ou os beneficiários, agirem de má-fé, ou procurarem, por qualquer meio, obter benefícios ilícitos das coberturas a que se refere esse contrato;
- b) O segurado deixar de cumprir as obrigações convencionadas neste contrato;

25.3. Quando o contrato de seguro for nulo ou ineficaz, o segurado ou o estipulante terá direito à devolução do prêmio, deduzidas as despesas realizadas, salvo se provado que o vício decorreu de sua má-fé.

25.4. O Segurado perderá o direito à indenização se por efeito da política de imposição de embargos e sanções por organismos internacionais houver ato doloso do segurado ou de seu representante legal e nexos causal com o evento gerador do sinistro.

26. CANCELAMENTO E RESCISÃO

26.1. O cancelamento deste seguro, total ou parcial, somente poderá ser efetuado nas hipóteses previstas nas Cláusulas – “Perda de Direitos”, “Inspeções”, “Pagamento do Prêmio” e “Agravamento do Risco”, destas condições gerais.

26.2. Respeitado o que determina o subitem anterior, a rescisão deste seguro poderá ser procedida por acordo entre as partes, observado que:

26.2.1. Se a rescisão for por iniciativa do segurado, a Seguradora, além dos emolumentos, poderá reter o prêmio de acordo com o número de dias em que vigoraram a cobertura da apólice e/ou endosso, calculado com base na tabela a seguir descrita:

% Prêmio Anual	Prazo
13%	15 dias
20%	30 dias
27%	45 dias
30%	60 dias
37%	75 dias
40%	90 dias
46%	105 dias
50%	120 dias
56%	135 dias



% Prêmio Anual	Prazo
60%	150 dias
66%	165 dias
70%	180 dias
73%	195 dias
75%	210 dias
78%	225 dias
80%	240 dias
83%	255 dias
85%	270 dias
88%	285 dias
90%	300 dias
93%	315 dias
95%	330 dias
98%	345 dias
100%	365 dias

26.2.1.1. Para os prazos não previstos nesta tabela, serão aplicadas as percentagens relativas aos prazos imediatamente inferiores.

26.2.1.2. Se o seguro tiver sido contratado por prazo diferente de 1 (um) ano, aplicam-se as mesmas disposições, mas a primeira coluna da tabela deve ser adaptada proporcionalmente ao período pactuado.

26.2.2. Se a rescisão for por iniciativa da Seguradora, esta poderá reter, além dos emolumentos, o prêmio correspondente à quantidade de dias em que vigoraram a cobertura da apólice e/ou endosso, calculado na base “*pro-rata die*”.

26.3. O valor a ser restituído ao segurado deverá ser atualizado a partir da data do recebimento da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora, até o dia útil imediatamente anterior à data da efetiva devolução, pela variação positiva do IPCA / IBGE, na base “*pro-rata die*” ou, caso este seja extinto, pela variação positiva do índice que vier a substituí-lo.

27. SUB-ROGAÇÃO

27.1. A Seguradora, paga a indenização de sinistro, ficará sub-rogada, até a concorrência desta indenização, nos direitos e ações do segurado e/ou dos beneficiários contra terceiros, cujos atos ou fatos tenham dado causa ao dano indenizado, podendo exigir do segurado e/ou dos beneficiários, em qualquer tempo, o instrumento de cessão e os documentos hábeis para o exercício desses direitos.

27.2. O segurado e/ou os beneficiários não poderão praticar qualquer ato que venha a prejudicar o direito de sub-rogação da Seguradora, **sob pena de perda do direito**

à **indenização**, nem fazer acordo ou transação com terceiros responsáveis pelo sinistro, salvo com prévia e expressa autorização da Seguradora.

28. CESSÃO DE DIREITOS

28.1. Nenhuma disposição desta apólice dará quaisquer direitos contra os Seguradores a qualquer pessoa ou pessoas que não o Segurado. A Seguradora não ficará obrigada por qualquer transferência ou cessão de direitos feita pelo Segurado, a menos e a te que a Seguradora, por meio de endosso, declare o seguro válido para o benefício de outra pessoa.

29. PRESCRIÇÃO

29.1. Sendo o presente contrato regido pelo Código Civil, pela Lei nº 15.040/2024 e pelas normas específicas de cada seguro, aplica-se os prazos prescricionais determinados em lei.

30. FORO

30.1. Para todas as questões resultantes deste contrato, é competente o foro do domicílio do Segurado;

30.2. Na hipótese de inexistência da hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.



III - CONDIÇÕES ESPECIAIS

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO

1.1. Mediante contratação desta Cobertura será garantido, ao(s) Beneficiário(s) do Segurado, o pagamento do Capital Segurado indicado na Apólice, caso o Segurado venha a falecer em consequência de Acidente coberto.

2. CONCEITO

2.1. Acidente pessoal é o Evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a Morte, ou a Invalidez Permanente, total ou parcial, do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se o disposto nos riscos cobertos, descritos no subitem 3 posterior.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Além dos riscos conceituados no item 2 acima, estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de Indenização, a Acidente Pessoal;**
- b) os Acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de Acidente coberto;**
- c) os Acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;**
- d) os Acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;**
- e) os Acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;**
- f) ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
- g) choque elétrico e raio;**
- h) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;**
- i) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;**



- j) infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;**
- e**
- k) queda d'água, alagamento e/ou afogamento.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos excluídos constantes da Cláusula 6ª - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a) doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) as intercorrências ou complicações consequentes de atendimentos médicos ocorridos no Local do Evento Segurado, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) acidente vascular cerebral, quando não decorrentes de acidentes cobertos;**
- d) acidentes decorrentes direta ou indireta de quaisquer alterações mentais consequentes do uso do álcool, de drogas ilícitas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas ilícitas;**
- e) 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; e**
- f) Tentativas de ataques físicos e assassinatos;**

5. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

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

5.2. Se depois de paga a Indenização por Invalidez Permanente por Acidente, verificar-se a Morte do Segurado, em consequência do mesmo Acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente deve ser deduzida do valor do Capital Segurado por Morte Acidental, se contratada esta Cobertura.

6. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

6.1. Ocorrendo um Acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ele comunicado pelo Segurado/Estipulante ou



seu representante, tão logo se tenha conhecimento, por meio de Aviso de Sinistro nos canais de atendimento da Seguradora.

6.2. Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

6.2.1. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o Acidente.

7. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

7.1. O Beneficiário, para recebimento do Capital Segurado, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do Acidente, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do Sinistro.

7.2. As despesas efetuadas com a comprovação do Sinistro e documentos de habilitação correrão por conta dos Beneficiários, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

7.3. A Seguradora poderá também exigir a apresentação de documentos médicos, atestados de autoridades administrativas e policiais e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o Acidente.

7.4. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o Acidente, não implicam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar o Capital Segurado.

8. CARÊNCIA

8.1. Não haverá carência para a respectiva cobertura.

9. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

1.1. Mediante contratação desta Cobertura fica garantido ao Segurado o pagamento da Indenização, limitada ao Capital Segurado contratado, caso ele venha a ficar parcial ou totalmente inválido, em caráter permanente, em consequência de acidente coberto.



2. CONCEITOS

2.1. Acidente Pessoal é o Evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a Morte, ou a Invalidez Permanente, total ou parcial, do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se o disposto nos riscos cobertos, descritos no subitem 3 posterior.

2.2. A cobertura de Invalidez Permanente por Acidente garante o pagamento de uma Indenização relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por Acidente Pessoal Coberto.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Além dos riscos conceituados no item 2 acima, estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- a) da tentativa de suicídio, que será equiparado, para fins de Indenização, a Acidente Pessoal**
- b) os Acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de Acidente coberto;**
- c) os Acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;**
- d) os Acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;**
- e) os Acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;**
- f) ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
- g) choque elétrico e raio;**
- h) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;**
- i) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;**
- j) infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;**
- e**
- k) queda d'água, alagamento e/ou afogamento.**



4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos excluídos constantes da Cláusula 6ª - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais de Acidentes Pessoais Coletivo, não estão garantidos pela presente Cobertura:

- a) doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por Acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**
- d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária ou invalidez profissional", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de incapacidade temporária por acidente pessoal, descrito no item 1 das Condições Especiais da presente cobertura;**
- e) de qualquer tipo de Hérnia e suas consequências;**
- f) Acidentes decorrentes direta ou indireta de quaisquer alterações mentais consequentes do uso do álcool, de drogas ilícitas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas ilícitas;**
- g) 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; e**
- l) Tentativas de ataques físicos e assassinatos.**

5. INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE – IPA

5.1. No caso de Invalidez Permanente, verificada dentro de 1 (um) ano, a contar da data do acidente, após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e



constatada e avaliada, por meio de Laudo Médico, a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a sociedade seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela a seguir.

Invalidez Permanente Total	
Discriminação	% Sobre o limite máximo de garantia da apólice
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total incurável	100

Invalidez Permanente Parcial - Diversas	
Discriminação	% Sobre o limite máximo de garantia da apólice
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não-consolidada no maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento torácico-lombo-sacro da coluna vertebral	25



Invalidez Permanente Parcial - Membros Superiores	
Discriminação	% Sobre o limite máximo de garantia da apólice
Perda total do uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não-consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não-consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	09
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
Perda total do uso de qualquer falange; excluídas as do polegar: pagamento equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	---

Invalidez Permanente Parcial - Membros Inferiores	
Discriminação	% Sobre o limite máximo de garantia da apólice
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não-consolidada de um fêmur	50
Fratura não-consolidada de um dos segmentos tibioperoneiros (perna)	25



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

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

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

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

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

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



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

6. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

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

6.2. Se depois de paga Indenização por Invalidez Permanente por Acidente, verificar-se a Morte do Segurado, em consequência do mesmo Acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do Capital Segurado por Morte Acidental, se contratada esta cobertura.

7. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

7.1. Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, este deverá ser comunicado pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário Aviso de Sinistro, nos canais de atendimento da Seguradora indicados nas Condições Gerais.

7.2. Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

Condição contratual.

7.2.1. A comunicação na forma deste item não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o acidente.

7.3. O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, à sua custa, a serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

8. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

8.1. O Segurado ou Beneficiário, para recebimento do pagamento da Indenização, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do Acidente, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

8.2. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

8.3. A Seguradora poderá também exigir a apresentação de documentos médicos, atestados de autoridades administrativas e



policiais e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o Acidente.

8.4. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o Acidente, não implicam, por si só, o reconhecimento da obrigação de pagar o Capital Segurado.

8.5. O Segurado se compromete a submeter-se a exames e/ou perícia médica solicitadas pela Seguradora, para comprovação e avaliação de seu grau de invalidez, quando julgados necessários.

9. JUNTA MÉDICA

9.1. É facultado ao Segurado que discordar da negativa de sinistro requerer à Seguradora o procedimento de junta médica. A junta médica tem por finalidade avaliar possíveis divergências sobre a causa, a natureza e a extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou sobre matéria médica não prevista expressamente na Apólice. A junta médica é constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo componente e pela Seguradora.

9.2. Seguradora e Segurado abstêm-se de qualquer procedimento judicial, antes de conhecido o Laudo Médico da junta médica.

10. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

10.1. No caso de Invalidez Parcial o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

10.2. A reintegração não se dá para o mesmo Acidente e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do Capital Original.

11. CARÊNCIA

11.1. Para a presente cobertura não é prevista carência.

12. RATIFICAÇÃO

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



CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE POR QUALQUER CAUSA

1. OBJETIVO

1.1. Mediante contratação desta Cobertura será garantido, ao(s) Beneficiário(s) do Segurado, o pagamento do Capital Segurado individual apurado por ocasião do Sinistro na forma estabelecida na Cláusula 7ª das Condições Gerais, caso o Segurado venha a falecer em consequência qualquer causa.

2. RISCOS COBERTOS

2.1. Incluem-se na Cobertura descrita no item 1 acima, as ocorrências decorrentes de:

- a) suicídio;**
- b) escapamento acidental de gases e vapores;**
- c) sequestros e tentativas de sequestros;**
- d) choque elétrico e raio;**
- e) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;**
- f) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;**
- g) infecções, estados septicêmicos e embolias;**
- h) queda d'água, alagamento ou afogamento.**



3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos constantes da Cláusula 6ª - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura as consequências decorrentes de:

- a) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- b) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei.**
- c) Tentativas de ataques físicos e assassinatos.**

4. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

4.1 - Ocorrendo um Sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ele comunicado pelo Estipulante ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário de Aviso de Sinistro, nos canais de atendimento da Seguradora indicados nas Condições Gerais.

4.2. Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

4.2.1. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

5. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

5.1 O Beneficiário, para recebimento do Capital Segurado individual, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do Sinistro, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do mesmo.

5.2. As despesas efetuadas com a comprovação do Sinistro e documentos de habilitação correrão por conta dos Beneficiários, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

5.3. A Seguradora poderá também exigir a apresentação de documentos médicos, atestados de autoridades administrativas e policiais e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o sinistro.

5.4. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o Sinistro, não implicam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar o Capital Segurado.



6. CARÊNCIA

6.1. Não haverá Carência para a respectiva Cobertura.

7. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS

1. OBJETIVO

1.1. Mediante contratação desta Cobertura fica garantido o reembolso, limitado ao Capital Segurado, de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do Acidente Pessoal coberto.

2. RISCOS COBERTOS

2.1. Despesas médico-hospitalares para Eventos diretamente ligados a causas acidentais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. São riscos excluídos da cobertura de DMH – Despesas Médico hospitalares, além daqueles previstos na Cláusula 6ª - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais de Acidentes Pessoais Coletivo, as despesas decorrentes de:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;**
- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;**
- c) despesas extraordinárias de internação, não relacionadas com o tratamento do Segurado e enfermagem de caráter particular;**
- d) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos, ilegais ou não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Medicina e Farmácia e medicamentos também não reconhecidos por aquele Serviço;**
- e) cirurgia plástica estética, exceto aquelas de caráter reparador para reconstituição de funções, danificadas em função de acidente coberto, e cuja finalidade não seja meramente estética;**
- f) estadas em estâncias hidrominerais ou climáticas, mesmo por indicação médica;**
- g) tratamentos relacionados a doenças;**



- h) 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;**
- i) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**
- j) 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 inciso I deste artigo;**
- k) acidentes decorrentes de competições em veículos, inclusive treinos preparatórios;**
- l) de qualquer tipo de Hérnia e suas consequências.**
- m) de parto ou aborto e suas consequências, mesmo quando decorrentes de acidente coberto.**
- n) acidentes decorrentes direta ou indireta de quaisquer alterações mentais consequentes do uso do álcool, de drogas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas;**
- o) 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;**
- p) Tentativas de ataques físicos e assassinatos.**

3.2. A seguradora não se eximirá ao pagamento do Capital Segurado, ainda que da Apólice quando a Morte ou a incapacidade do Segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esportes ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

3.2.1. A omissão do Segurado quanto a informação da prática de esportes violentos, quando do preenchimento da Proposta individual de adesão, se esta lhe foi exigida, é causa ensejadora de perda do direito ao Capital Segurado por esta Cobertura.



4. DA REALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

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

5. CAPITAL MÁXIMO SEGURADO

5.1. Conforme definido na Apólice.

6. DA COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS

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

7. CLÁUSULA DE CONCORRÊNCIA

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

7.2. Pelo mesmo Acidente, o reembolso não poderá superar o limite máximo contratado para a Cobertura de DMH.

8. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

8.1. No caso de utilização do reembolso por esta Cobertura, o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro, observando-se que a soma de utilizações em um mesmo período contratual, ainda que por diferentes sinistros, não poderá exceder ao capital segurado contratado na cobertura básica.

8.2. A reintegração não se dá para o mesmo Acidente e não importa em cobrança de qualquer Prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do Capital Segurado original.

9. CARÊNCIA

9.1. Para a presente Cobertura não é prevista Carência.

10. RATIFICAÇÃO

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



CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA CAUSADAS POR ACIDENTE (DIT)

1. OBJETIVO

1.1. Mediante contratação desta Cobertura será garantido, ao próprio Segurado, o pagamento das diárias a que tiver direito, caso este venha a ficar impossibilitado, por consequência de Acidente Pessoal coberto, contínua e ininterruptamente de exercer qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação durante o período em que se encontrar sob tratamento, por determinação médica, observado o limite máximo de diárias estabelecidos na Apólice.

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

A Cobertura de Diárias por Incapacidade é devida a partir do primeiro dia após o período de Franquia do Seguro, de no máximo 15 (quinze) dias, observado o limite contratual máximo por evento fixado nas Condições Gerais e Especiais.

2. RISCOS COBERTOS

2.1. Além dos riscos conceituados no item 1 acima, estará expressamente coberta a incapacidade temporária decorrente de:

- a) os Acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de Acidente coberto;**
- b) os Acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;**
- c) os Acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;**
- d) os Acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;**
- e) ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
- f) choque elétrico e raio;**
- g) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;**
- h) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;**



- i) infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;**
- e**
- j) queda d'água, alagamento e/ou afogamento.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos constantes da Cláusula 6ª - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a) doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) acidente vascular cerebral;**
- d) acidentes decorrentes direta ou indireta de quaisquer alterações mentais consequentes do uso do álcool, de drogas ilícitas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas ilícitas; e**
- e) 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;**
- p) Tentativas de ataques físicos e assassinatos.**

4. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

4.1 - Ocorrendo um Sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ele comunicado pelo Estipulante ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de Aviso de Sinistro, nos canais de atendimento da Seguradora indicados na Cláusula 22 RECLAMAÇÕES das Condições Gerais.

4.2. Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

4.2.1. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.



5. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

5.1 O Beneficiário, para recebimento do Capital Segurado individual, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do Sinistro, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes a sua elucidação.

5.2. As despesas efetuadas com a comprovação do Sinistro e documentos de habilitação correrão por conta dos Beneficiários, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

5.3. A Seguradora poderá também exigir a apresentação de documentos médicos, atestados de autoridades administrativas e policiais e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o Sinistro.

5.4. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o Sinistro, não implicam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar o Capital Segurado.

6. CARÊNCIA

6.1. Não haverá carência para a respectiva cobertura.

7. FRANQUIA

7.1. Para a presente Cobertura fica estabelecida uma Franquia temporária correspondente aos primeiros 15 dias contados da data do afastamento do Segurado de suas atividades profissionais.

8. RATIFICAÇÃO

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