

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS CLUBES E AGREMIÇÕES

Condições Gerais

Versão 3.4

CNPJ 61.074.175/0001-38
Processo SUSEP N° 15414.004098/2006-83

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS	5
Cláusula 1 - OBJETIVO DO SEGURO.....	5
Cláusula 2 - DEFINIÇÕES	5
Cláusula 3 - COBERTURAS DO SEGURO	7
Cláusula 4 - EXCLUSÕES GERAIS.....	8
Cláusula 5 – GRUPO SEGURÁVEL.....	9
Cláusula 6 – ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	10
Cláusula 7 – VIGÊNCIA DO SEGURO.....	10
Cláusula 8 – CONTRATAÇÃO DO SEGURO.....	11
Cláusula 9 – RENOVAÇÃO.....	12
Cláusula 10 – OBRIGAÇÕES DO SEGURADO/ ESTIPULANTE.....	12
Cláusula 11 – OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE.....	13
Cláusula 12 – PAGAMENTO DO PRÊMIO	14
Cláusula 13 – CAPITAL SEGURADO GLOBAL E CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL	17
Cláusula 14 - REINTEGRAÇÃO.....	18
Cláusula 15 - FRANQUIA.....	18
Cláusula 16 – DOCUMENTOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO	18
Cláusula 17 - COMPROVAÇÃO DO SINISTRO	19
Cláusula 18 - PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	19
Cláusula 19 - RECUSA DE SINISTRO.....	20
Cláusula 20 - BENEFICIÁRIOS.....	20
Cláusula 21 – CESSAÇÃO DA COBERTURA	21
Cláusula 22 – CANCELAMENTO DO SEGURO.....	21
Cláusula 23 - PERDA DE DIREITOS	22
Cláusula 24 - PRESCRIÇÃO.....	23
Cláusula 25 – FORO	23
Cláusula 26 – ATUALIZAÇÃO DE VALORES	23
CONDIÇÕES ESPECÍFICAS DAS COBERTURAS DO SEGURO.....	25
Cláusula 27 – COBERTURA DE MORTE POR ACIDENTE.....	25

Cláusula 28 – COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE.....	25
Cláusula 29 – COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE – DMH.....	29
REGULAMENTO DO DEFENSOR DO SEGURADO	31
Artigo 1º – Da Constituição	31
Artigo 2º – Da Competência	31
Artigo 3º – Das Alçadas	31
Artigo 4º – Sobre o DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS	32
Artigo 5º – Do Mandato	32
Artigo 6º – Do Funcionamento	33
Artigo 7º – Das Obrigações das Empresas	34
Artigo 8º – Dos Recursos para o DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS	35

CONDIÇÕES GERAIS - SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS – CLUBES – VERSÃO 3.4

A ACEITAÇÃO DO SEGURO ESTARÁ SUJEITA À ANÁLISE DO RISCO. O REGISTRO DESTES PLANOS NA SUSEP NÃO IMPLICA, POR PARTE DA AUTARQUIA, INCENTIVO OU RECOMENDAÇÃO À SUA COMERCIALIZAÇÃO. O SEGURADO PODERÁ CONSULTAR A SITUAÇÃO CADASTRAL DO SEU CORRETOR DE SEGUROS NO SITE WWW.SUSEP.GOV.BR POR MEIO DO NÚMERO DE SEU REGISTRO NA SUSEP, NOME COMPLETO, CNPJ OU CPF.

CLÁUSULA 1 - OBJETIVO DO SEGURO

1. O presente contrato de seguro tem por objetivo garantir ao Segurado ou aos seus Beneficiários o pagamento de uma indenização, caso ocorra algum dos eventos cobertos pelas coberturas contratadas e indicadas na proposta de contratação e na Apólice, desde que o evento não se enquadre como Riscos Excluídos ou Não Cobertos pela legislação vigente.

CLÁUSULA 2 - DEFINIÇÕES

ACIDENTE PESSOAL

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:

- I Incluem-se neste conceito:
 - a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
 - b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
 - c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
 - d) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e
 - e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.
- II **Excluem-se desse conceito:**
 - a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados

- septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: 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 conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido acima.

APÓLICE

Documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente.

BENEFICIÁRIO

Pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos Capitais Segurados, na ocorrência de sinistro coberto.

CAPITAL SEGURADO GLOBAL

É o valor máximo estipulado na Proposta de Contratação para cada uma das coberturas previstas nestas Condições Gerais vigentes na data do Sinistro e que servirá de base para o cálculo do Capital Segurado Individual.

CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

É o resultado da divisão do Capital Segurado global em partes iguais entre todos os Segurados na data do Sinistro e que será utilizado como base para o pagamento da Indenização, em função dos valores estabelecidos para a garantia constante na Apólice de Seguro. O Capital Segurado Individual pode variar em função da inclusão ou exclusão de Segurados durante o período de Vigência do Seguro.

ESTABELECIMENTO SEGURADO

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

ESTIPULANTE

Pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo de seguro, ficando investida de poderes de representação do Segurado, perante a Seguradora, nos termos da legislação e regulação em vigor.

FRANQUIA

Representa a participação obrigatória do Segurado em todo e qualquer sinistro indenizável, podendo ser expressa em percentual ou valor.

PRÊMIO

É o valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro efetuados pelo Segurado/Estipulante e constantes da Apólice.

PROPONENTE

É a pessoa jurídica interessada em contratar o Seguro e que passará a condição de Segurado somente após a aceitação de sua Proposta de Contratação pela Seguradora.

PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

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

SEGURADO

Pessoa física que está exposta aos eventos cobertos previstos nas coberturas contratadas indicadas na Apólice.

SEGURADORA

É a entidade emissora da Apólice que, mediante a cobrança de prêmio, assume a cobertura contratada pelo Estipulante de acordo com as Condições Gerais do seguro.

SEGURO COM CAPITAL GLOBAL

Modalidade de contratação coletiva da cobertura de risco, respeitados os critérios técnico-operacionais, forma e limites fixados pela SUSEP, segundo a qual o valor do Capital Segurado referente a cada componente sofrerá variações decorrentes de mudanças na composição do grupo segurado.

SINISTRO

Ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do plano de seguro.

CLÁUSULA 3 - COBERTURAS DO SEGURO

1. As coberturas contratadas somente serão válidas quando estiverem expressamente indicadas na Apólice e respeitadas todas as condições estabelecidas nestas Condições Gerais.

2. Este seguro é composto da Cobertura Básica, de contratação obrigatória, e de Coberturas Adicionais, de contratação opcional.

2.1. Cobertura Básica

- Morte por Acidente

2.2. Coberturas Adicionais

- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente
- Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente – DMH

CLÁUSULA 4 - EXCLUSÕES GERAIS

1. Além dos eventos que não se incluem no conceito de “acidente pessoal”, conforme definido na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES, estarão excluídos do seguro os eventos ocorridos em consequência de:
- a) quaisquer doenças desencadeadas ou agravadas pelo acidente, bem como as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
 - b) acidentes médicos;
 - c) tratamento de exame clínico, cirúrgico ou medicamentoso não exigido diretamente pelo acidente;
 - d) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por atos de humanidade auxílio a outrem, exceto a prestação de serviço militar, a prática de esportes e a utilização de meio de transporte mais arriscado;
 - e) qualquer tipo de hérnia e suas consequências;
 - f) parto ou aborto e suas consequências;
 - g) perturbações mentais, nervosas e emocionais;
 - h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médicos;
 - i) envenenamentos por absorção de substância tóxica, exceto escapamento de gases e vapores;
 - j) epidemias e pandemias oficialmente declaradas, incluindo gripe aviária, febre aftosa, malária, dengue, meningite, dentre outras, mas não se limitando a elas;
 - k) alterações mentais conseqüentes da ação do álcool, de drogas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas, de forma direta ou indireta;
 - l) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - m) suicídio ou a tentativa de suicídio, quando o evento ocorrer nos primeiros 2 (dois) anos de vigência da apólice;
 - n) danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelos beneficiários ou pelo representante de um ou de outro, bem como os

praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários e pelos respectivos representantes, em caso de contratação por pessoas jurídicas, conforme previsto no Código Civil vigente;

o) choque anafilático e suas conseqüências;

p) atos ou operações de guerra, declarada ou não, guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se resultantes da prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio a outrem; e

q) viagens em aeronaves ou embarcações:

- que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para vôo ou navegação;

- dirigidas por pilotos não legalmente habilitados;

- que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar.

r) danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente; e

s) tratamentos ou despesas médicas que não tenham sido causadas por acidente pessoal originado no estabelecimento segurado ou em competições externas, respeitadas as condições estabelecidas no item 2 da Cláusula 5 – GRUPO SEGURÁVEL.

CLÁUSULA 5 – GRUPO SEGURÁVEL

1. Para fins deste seguro serão considerados Segurados os associados e/ou alunos do estabelecimento segurado.
2. Será concedida a extensão das coberturas contratadas para atividades fora do estabelecimento segurado, mas para tal, ficam estabelecidas as seguintes condições obrigatórias:
 - a) serão considerados Segurados somente os componentes do grupo que estiverem representando o Estipulante em atividades/competições, ou seja os competidores amadores (atletas amadores) e comissão técnica (exceto se funcionários);
 - b) o grupo deverá ter autorização prévia do Estipulante, por escrito, para participar da atividade/competição;
 - c) o grupo que estiver representando o Estipulante na atividade deverá sair do estabelecimento segurado, ir até o local da atividade/competição e retornar ao

estabelecimento segurado, não podendo haver desvio de rota. O participante que não fizer este percurso só terá a cobertura durante o evento, estando descoberto durante o percurso;

d) as atividades/competições deverão ser organizadas pelo estabelecimento segurado, ou ainda, desde que o Estipulante venha a ser convidado oficialmente por outro estabelecimento esportivo. As atividades não poderão ser de caráter profissional;

e) o transporte coletivo do grupo que estiver representando o Estipulante na atividade/competições deverá ser efetuado em veículo apropriado, cedido ou contratado pelo estabelecimento segurado e dirigido por profissionais devidamente habilitados.

2.1. Não sendo verificadas quaisquer das condições descritas no item 2 desta cláusula, o Segurado/Estipulante não terá direito à extensão de cobertura para atividades fora do estabelecimento segurado.

CLÁUSULA 6 – ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

1. As disposições deste contrato de seguro aplicam-se, exclusivamente, aos acidentes ocorridos dentro das dependências do estabelecimento segurado, entendendo-se como tal, todos os locais integrantes do estabelecimento segurado e que se encontrem identificados na Proposta de Contratação e Apólice.

1.1. O âmbito geográfico poderá ser estendido para dependências de terceiros, em todo o Território Brasileiro, e durante o percurso entre o estabelecimento segurado, o local da competição externa e de volta ao estabelecimento segurado, quando forem respeitadas todas as condições determinadas em cada cobertura contratada.

CLÁUSULA 7 – VIGÊNCIA DO SEGURO

1. O início e o término de vigência das Apólices e endossos se darão às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

1.1. Apenas os acidentes ocorridos dentro do prazo de vigência da apólice, estarão cobertos.

2. Nos contratos de seguros cujas Propostas de Seguro tenham sido recebidas, sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da Proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordado entre as partes. Nestes casos não haverá cobertura até a data da aceitação da proposta.

3. Os contratos de seguro cujas Propostas de Seguro tenham sido recebidas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência, a partir da data de recepção da Proposta pela Seguradora.

3.1. Em caso de recusa da Proposta de Contratação dentro dos prazos previstos na Cláusula 8 – CONTRATAÇÃO DO SEGURO, a cobertura de seguro prevalecerá por mais 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data em que o Segurado/Estipulante, seu representante legal ou o corretor de seguros tiver conhecimento formal da recusa.

CLÁUSULA 8 – CONTRATAÇÃO DO SEGURO

1. Em atendimento à legislação em vigor, o Estipulante deverá, obrigatoriamente na contratação do seguro, fornecer à Seguradora as seguintes informações cadastrais:
 - 1.1. Se pessoa física – Segurado e/ou Beneficiários e/ou representantes de um ou de outro:**
 - a) nome completo;**
 - b) número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF);**
 - c) natureza e número do documento de identificação, nome do órgão expedidor e data de expedição; e**
 - d) endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código de DDD.**
 - 1.2. Se pessoa jurídica – Estipulante:**
 - a) a denominação ou razão social;**
 - b) atividade principal desenvolvida;**
 - c) número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ); e**
 - d) endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código de DDD;**
2. Com base nas declarações prestadas pelo Estipulante na Proposta de Contratação, devidamente assinada por este ou seu representante legal ou corretor de seguros habilitado, a Seguradora, dentro do prazo máximo de 15 (quinze) dias contados da data do seu recebimento, se decidirá pela aceitação ou recusa do seguro, seja em alterações ou em novos seguros.
 - 2.1. Deverão constar da Proposta os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco.
 - 2.2. A Seguradora fornecerá ao proponente do seguro, protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.
3. A Seguradora, dentro do prazo estabelecido no item 2 desta cláusula, poderá solicitar uma vez apenas documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração da proposta.

4. No caso de solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, conforme descrito no item 3 desta cláusula, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação solicitada.
5. A Seguradora poderá recusar o fornecimento de protocolo para a proposta que não satisfaça a todos os requisitos formais estabelecido para seu recebimento, previamente à sua análise, devolvendo-a para o atendimento das exigências.
6. A Seguradora formalizará a recusa por meio de correspondência ao Estipulante, seu representante legal ou corretor de seguros, especificando o motivo da recusa.
6.2. O valor do prêmio pago deverá ser restituído ao Estipulante no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, contados da data da formalização da recusa, deduzida a parcela correspondente ao período “pro rata temporis” em que tiver prevalecido a cobertura.
7. A ausência de manifestação por escrito por parte da Seguradora, no prazo previsto no item 2 desta cláusula, caracterizará a aceitação tácita da Proposta.
8. Se houver algum erro nos dados e/ou informações constantes na Apólice, o Estipulante deverá solicitar à Seguradora, por escrito e dentro do prazo de 30 (trinta) dias a contar da data de emissão da mesma, a correção da divergência existente. Decorrido esse prazo, considerar-se-á válido o disposto na Apólice.
9. Não é permitida a presunção de que a Seguradora possa ter conhecimento de circunstâncias que não constem da Proposta, e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente, na forma estipulada na Cláusula 10 – OBRIGAÇÕES DO SEGURADO/ ESTIPULANTE.

CLÁUSULA 9 – RENOVAÇÃO

1. Por ser este um seguro por prazo determinado, não haverá renovação automática.
1.1. Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar a Apólice, comunicará aos Segurados e ao Estipulante a não renovação com antecedência de 60 (sessenta) dias antes do final de vigência da Apólice.
2. O Estipulante, antes do final de vigência da Apólice, deverá preencher nova Proposta de Contratação, e havendo alterações que impliquem em ônus ou dever para os Segurados ou redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ do grupo segurado.

CLÁUSULA 10 – OBRIGAÇÕES DO SEGURADO/ ESTIPULANTE

1. **O Segurado/Estipulante e/ou beneficiário, independente de outras estipulações deste seguro, obriga-se à:**

- a) comunicar à Seguradora, por si ou por seu representante ou preposto, pelo meio mais rápido possível, qualquer evento que possa vir a caracterizar um sinistro, indenizável ou não, nos termos deste contrato;
 - b) fornecer à Seguradora ou facilitar o acesso a toda espécie de informações sobre as circunstâncias e conseqüências do sinistro, a assistência médica inicialmente recebida e a evolução das lesões do Segurado, além de informações complementares solicitadas pela mesma;
 - c) empregar os meios ao seu alcance para diminuir as conseqüências do sinistro, cuidando para não agravar o sinistro; e
 - d) submeter-se ao exame dos médicos designados pela Seguradora, se esta considerar necessário para completar as informações fornecidas, bem como comparecer por conta da Seguradora ao local por ela julgado mais adequado para efetuar os exames.
2. Além das obrigações desta cláusula, o Segurado/Estipulante, em caso de sinistro, deverá cumprir as instruções determinadas nas condições de cada cobertura.

CLÁUSULA 11 – OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

1. O Estipulante deverá fornecer à Seguradora as informações cadastrais dos Segurados, inclusive dos Beneficiários e seus representantes, constantes na Cláusula 8 – CONTRATAÇÃO DO SEGURO, conforme legislação vigente e sempre que solicitado.
 - 1.2. No ato do pagamento de sinistro ou de devolução de prêmio, deverá ser apresentada cópia dos documentos que comprovem os dados acima informados.
2. Constituem obrigações do Estipulante:
 - a) fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
 - b) manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
 - c) fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
 - d) efetuar o pagamento dos prêmios à Seguradora nos prazos estabelecidos contratualmente;
 - e) repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

- f) discriminar a razão social ou o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o Segurado;
 - g) comunicar de imediato à Seguradora a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa assim que deles tiver conhecimento, quando isto estiver sob sua responsabilidade;
 - h) dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
 - i) comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
 - j) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas dentro do prazo por ela estabelecido; e
 - k) informar a razão social ou o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior que o do Estipulante ou igual ao do mesmo.
3. A Seguradora deverá informar ao Segurado a situação de adimplência do Estipulante ou Sub-Estipulante sempre que solicitado.
4. É expressamente vedado ao Estipulante rescindir ou efetuar qualquer modificação na Apólice vigente que implicar em ônus ou dever para os Segurados ou a redução dos seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem no mínimo, três quartos do grupo segurado.

CLÁUSULA 12 – PAGAMENTO DO PRÊMIO

1. O prêmio deste seguro deverá ser pago, obrigatoriamente, através da rede bancária, ou outras formas admitidas em lei, até as datas de vencimento estabelecidas na Apólice ou no documento de cobrança emitido pela Seguradora, o qual será encaminhado por ser um seguro não contributivo diretamente ao Estipulante ou seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor de seguros, até 5 (cinco) dias úteis antes da data de seu vencimento.
- 1.1. Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.
2. Este seguro poderá ser pago a vista ou custeado através do fracionamento do prêmio, conforme o número de parcelas descrito na Apólice.
- 2.1. Não é permitida a cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento.

2.2. Nos prêmios fracionados com incidência de juros, é facultado ao Estipulante antecipar o pagamento do prêmio fracionado, total ou parcialmente, mediante redução proporcional dos juros pactuados.

2.3. A data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da Apólice.

3. A falta de pagamento do prêmio à vista, ou da primeira parcela, nas datas indicadas, implicará no cancelamento automático da Apólice, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.
4. No caso de fracionamento do prêmio e configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subseqüentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada, no mínimo, a fração prevista na tabela de prazo curto a seguir:

4.1. TABELA DE PRAZO CURTO

Quantidade de Dias de Vigência da Apólice	% do Prêmio	Quantidade de Dias de Vigência de Apólice	% do Prêmio	Quantidade de Dias de Vigência de Apólice	% do Prêmio
15	13%	380	113%	745	213%
30	20%	395	120%	760	220%
45	27%	410	127%	775	227%
60	30%	425	130%	790	230%
75	37%	440	137%	805	237%
90	40%	455	140%	820	240%
105	46%	470	146%	835	246%
120	50%	485	150%	850	250%
135	56%	500	156%	865	256%
150	60%	515	160%	880	260%
165	66%	530	166%	895	266%
180	70%	545	170%	910	270%
195	73%	560	173%	925	273%
210	75%	575	175%	940	275%
225	78%	590	178%	955	278%
240	80%	605	180%	970	280%
255	83%	620	183%	985	283%
270	85%	635	185%	1000	285%
285	88%	650	188%	1015	288%
300	90%	665	190%	1030	290%
315	93%	680	193%	1045	293%
330	95%	695	195%	1060	295%
345	98%	710	198%	1075	298%
365	100%	730	200%	1095	300%

4.1.1. Para percentuais não previstos na tabela de Prazo Curto do item 4.1 acima, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

- 4.2. A Seguradora informará ao Estipulante ou ao seu representante legal, através de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, nos termos do item 4.1 acima.
- 4.3. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência da cobertura referida no item 4 desta cláusula, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da Apólice.
- 4.4. Findo o novo prazo de vigência ajustada da cobertura referido no item 4 desta cláusula sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, operará de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro.
- 4.5. No caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de prazo curto não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura, a Seguradora cancelará o contrato.
5. Iniciada a vigência da cobertura, se ocorrer um sinistro dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou de qualquer de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado até a data limite estipulada, o direito à indenização não ficará prejudicado.
- 5.1. Quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do contrato de seguro, as parcelas vincendas do prêmio deverão ser deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento.
- 6. Para quitação da parcela correspondente ao fracionamento do prêmio na opção de débito automático, a quitação estará vinculada à confirmação de quitação da parcela, sendo que se não houver saldo suficiente ou o débito não for efetuado pelo banco, a parcela será considerada pendente.**

CLÁUSULA 13 – CAPITAL SEGURADO GLOBAL E CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago ou reembolsado pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela Apólice, vigente na data do evento.
- 1.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, quando da liquidação dos sinistros a data do acidente.
2. O Estipulante definirá, no ato da contratação do seguro, o valor do Capital Segurado Global para as coberturas contratadas, os quais ficarão indicados na Apólice e representarão o máximo de responsabilidade da Seguradora em caso de sinistro coberto, obedecendo-se os critérios de cálculo da indenização indicados nestas Condições Gerais.
3. O Capital Segurado Individual, igual para todos os Segurados, será apurado na data do evento, sendo equivalente ao Capital Segurado Global contratado, discriminado na Apólice, dividido pelo número total de Segurados.

3.1. O número de Segurados será apurado tomando por base o número de atletas e/ou associados que possuem vínculo com o Estipulante no mês anterior a ocorrência do sinistro, respeitando o disposto nos itens 1 e 2 alíneas “a”, “b”, “c” da Cláusula 5 – GRUPO SEGURÁVEL.

CLÁUSULA 14 - REINTEGRAÇÃO

1. Em caso de Invalidez Parcial por Acidente o Capital Segurado Global será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

CLÁUSULA 15 - FRANQUIA

1. **Para a cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente, o Segurado/Estipulante participará obrigatoriamente de parte dos prejuízos advindos de cada sinistro, em percentual ou valor, conforme especificado na Proposta de Contratação e Apólice de Seguro.**

CLÁUSULA 16 – DOCUMENTOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO

1. O Segurado, seu Beneficiário, ou o Estipulante deverá apresentar à Seguradora os seguintes documentos básicos necessários para a liquidação do sinistro:
 - a) Comunicação do sinistro através do Formulário de Aviso de Sinistro (caso não seja fonado), contendo os detalhes sobre a causa e conseqüências do evento; e
 - b) Cédula de Identidade e CPF do Segurado;
 - c) Comprovante de Residência em nome do segurado;
 - 1.1. Além dos documentos mencionados no item 1 acima, o Segurado/Estipulante deverá apresentar, ainda, de acordo com a cobertura afetada, os seguintes documentos:

1.1.1. Morte por Acidente:

- a) Certidão de óbito (original ou xerox autenticada);
- b) Boletim de ocorrência policial/laudo pericial;
- c) Laudo de exame cadavérico do Instituto Médico Legal (IML), quando existir;
- d) Habilitação Carteira Nacional de Habilitação do Segurado (em caso de acidente automobilístico com o Segurado sendo o condutor do veículo);
- e) Documentos para habilitação dos beneficiários – pais (certidão de nascimento do sócio)/filhos (certidão de nascimento) / cônjuge ou companheiro(a) (certidão de casamento ou declaração oficial que ateste a condição de companheiro(a))

1.1.2. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:

- a) Boletim de ocorrência policial/Laudo pericial;
- b) Laudo médico ou registro de atendimento;

- c) Comprovante de reconhecimento do estado de Invalidez Permanente Total ou laudo médico definitivo constatando o caráter permanente, com descrição da lesão e o respectivo grau da invalidez por acidente; e
- d) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado (em caso de acidente com veículo).

1.1.3. Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente:

- a) Boletim de ocorrência policial/laudo pericial
 - b) Laudo médico ou registro de atendimento; e
 - c) Comprovantes originais das Despesas Médico-Hospitalares e/ou Odontológica, devidamente discriminadas. As despesas com medicamentos adquiridos após a alta hospitalar serão comprovadas com a apresentação dos respectivos recibos, acompanhados do receituário médico.
2. O Estipulante deverá, obrigatoriamente, apresentar também cópia da documentação enumerada na Cláusula 8 - CONTRATAÇÃO DO SEGURO, sempre que solicitado pela Seguradora.

CLÁUSULA 17 - COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

1. Qualquer pagamento de indenização ou direito à indenização com base nesta Apólice, somente será concretizado após terem sido adequadamente relatadas, pelo Segurado/Estipulante, as características da ocorrência do sinistro, apurada a sua causa, natureza e extensão e comprovados os valores a indenizar e o direito de recebê-los, cabendo ao próprio Segurado/Estipulante prestar toda a assistência para que tais requisitos sejam plenamente satisfeitos.
2. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os documentos de habilitação efetivamente necessários a esta comprovação correrão por conta do Segurado/Estipulante, salvo se diretamente realizadas pela Seguradora e/ou por ela expressamente autorizadas.
3. Os atos e providências praticados pela Seguradora após a ocorrência do sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar a indenização reclamada.
4. A Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente deverá ser comprovada através de declaração médica.
 - 4.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência ou semelhantes, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente previsto nas coberturas deste seguro.

CLÁUSULA 18 - PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

1. A Seguradora efetuará a análise dos documentos e o pagamento da importância a que estiver obrigada no prazo de 30 (trinta) dias contados a partir da apresentação dos documentos básicos necessários pelo Segurado/

Estipulante descritos na Cláusula 16 – DOCUMENTOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO.

1.1. No caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar outros documentos e/ou informações complementares. Neste caso, o prazo acima será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

1.2. O pagamento da indenização será realizado sob forma de parcela única.

1.3. O não cumprimento do prazo estipulado no item 1 desta cláusula, acarretará na aplicação do disposto nos itens 3 e 4 da Cláusula 26 – ATUALIZAÇÃO DE VALORES.

2. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, ou quanto ao valor da indenização, a Seguradora irá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

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

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

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

CLÁUSULA 19 - RECUSA DE SINISTRO

1. Quando a Seguradora recusar um sinistro, deverá comunicar os motivos da recusa, ao Segurado/Estipulante por escrito, dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da entrega da documentação solicitada.

2. Se, após o pagamento da indenização, a Seguradora tomar conhecimento de qualquer fato que descaracterize o direito ao seu recebimento, esta poderá requerer do Segurado ou seus herdeiros legais os valores pagos indevidamente e demais gastos incorridos no sinistro.

CLÁUSULA 20 - BENEFICIÁRIOS

1. Na falta de indicação expressa de Beneficiários, a indenização será paga aos herdeiros legais, conforme disposto nos artigos n.º 791, 792, 793 do Código Civil Brasileiro.

2. Na ocorrência de invalidez do Segurado, caso tenha sido contratada a garantia que contemple a Invalidez permanente, o Beneficiário do seguro será o próprio Segurado.

CLÁUSULA 21 – CESSAÇÃO DA COBERTURA

- 1. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada.**
- 2. Na hipótese do Segurado, seus prepostos ou Beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização, dá-se automaticamente a caducidade do seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.**
 - 2.1. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, o disposto no item 2, desta cláusula, aplica-se aos seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, aos Beneficiários e aos seus respectivos representantes.**
- 3. Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa, ainda:**
 - a) com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante;**
 - b) quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice.**

CLÁUSULA 22 – CANCELAMENTO DO SEGURO

- 1. O seguro poderá ser cancelado a qualquer momento, mediante acordo entre o Segurado/Estipulante e a Seguradora, desde que tal intenção seja comunicada por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data de vencimento da próxima parcela do seguro, a fim de evitar que tal parcela seja cobrada/debitada, contendo, ainda, a anuência prévia e expressa de, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado. Caso a(o) cobrança/débito tenha sido efetuada(o), a Seguradora providenciará a devolução do valor, se devido, devendo ser observado o cumprimento do disposto abaixo:**
 - 1.1. Na hipótese de cancelamento a pedido do Segurado, a Seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a Tabela de Prazo Curto do item 4 da Cláusula 12 – PAGAMENTO DO PRÊMIO.**
 - 1.1.1. Para os prazos não previstos na tabela, deverá ser utilizado o percentual correspondente ao prazo imediatamente inferior.**
 - 1.2. Na hipótese de cancelamento a pedido da Seguradora, esta reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido entre o início de vigência e a data de cancelamento.**
- 2. Este seguro ficará automaticamente cancelado, sem qualquer restituição de prêmio e emolumentos, quando:**

- a) decorrer o prazo para pagamento do prêmio de qualquer uma das parcelas, na data indicada na Apólice ou no documento de cobrança, sem que o mesmo tenha sido efetuado, e observado o disposto na Cláusula 12 – PAGAMENTO DO PRÊMIO;
- b) houver fraude ou tentativa de fraude; e
- c) ocorrer o pagamento total do Capital Segurado Global.

CLÁUSULA 23 - PERDA DE DIREITOS

1. Se o Segurado, seu representante legal, ou seu corretor de seguros, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta de Contratação ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Estipulante obrigado ao pagamento do prêmio vencido.
2. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:
 - I – Na hipótese de não ocorrência do sinistro:
 - a) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
 - b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.
 - II – Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:
 - a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
 - b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado/Estipulante ou ao seu beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.
 - III – Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.
3. O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.
4. O Segurado será obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura do seguro, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

4.1. A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

4.2. O cancelamento do contrato só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculado proporcionalmente ao período a decorrer.

CLÁUSULA 24 - PRESCRIÇÃO

1. Os prazos prescricionais serão aqueles determinados em lei.

CLÁUSULA 25 – FORO

1. O foro competente para dirimir eventuais dúvidas, questões referentes a este contrato ou questões judiciais entre o Segurado ou Beneficiário e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

CLÁUSULA 26 – ATUALIZAÇÃO DE VALORES

1. Os valores devidos em caso de cancelamento da Apólice serão atualizados monetariamente, sendo a data de obrigação de restituição a data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.
2. No caso de recebimento indevido de prêmio pela Seguradora, este será atualizado monetariamente, sendo a data de obrigação de restituição a data de recebimento do respectivo prêmio.
3. Para os casos de pagamento da indenização, devolução do prêmio quando da recusa da Proposta, e demais obrigações pecuniárias, o não pagamento do valor devido dentro do prazo estipulado, respeitando-se a faculdade de suspensão da respectiva contagem, quando for o caso, acarretará em:
 - a) atualização monetária, sendo a data de obrigação de pagamento e/ou restituição a data de ocorrência do evento ou a data de formalização da recusa; e
 - b) incidência de juros moratórios de **6% a.a.** (seis por cento ao ano), calculados “pro rata temporis” e contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado.
4. O índice utilizado para atualização monetária será o **IPCA/IBGE** – Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou o índice que vier a substituí-lo, sendo calculado com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de obrigação de pagamento ou restituição e aquele publicado imediatamente antes da data de sua efetiva liquidação.

-
5. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.
 6. Não existe a possibilidade de reavaliação das taxas e/ou prêmios durante o período de vigência da Apólice coletiva.

CONDIÇÕES ESPECÍFICAS DAS COBERTURAS DO SEGURO

CLÁUSULA 27 – COBERTURA DE MORTE POR ACIDENTE

1. Riscos cobertos

1.1. Garante aos Beneficiários do seguro o pagamento de uma indenização equivalente ao Capital Segurado Individual apurado na data do evento, de acordo com a Cláusula 13 – CAPITAL SEGURADO GLOBAL E CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL, em caso de falecimento do Segurado durante a vigência do seguro, em decorrência de acidente pessoal coberto.

2. Riscos Excluídos

2.1. Esta cobertura não indenizará os eventos de Morte causados direta ou indiretamente pelas ocorrências determinadas na Cláusula 4 – EXCLUSÕES GERAIS.

CLÁUSULA 28 – COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. Riscos Cobertos

1.1. Garante ao Segurado o pagamento de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual apurado na data do evento, de acordo com a Cláusula 13 – CAPITAL SEGURADO GLOBAL E CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL, relativo 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, de acordo com a TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE a seguir:

1.1.1. TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

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

PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total de 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 e um dos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	-	

PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbios-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do primeiro dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo; indenização equivalente a ½, dos demais, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	-
	Encurtamento de um dos membros inferiores: 5cm ou mais	15
	Encurtamento de um dos membros inferiores: 4cm	10
	Encurtamento de um dos membros inferiores: 3cm	06
Encurtamento de um dos membros inferiores: menos de 3cm = sem indenização	-	

2. Riscos não cobertos

2.1. Esta cobertura não indenizará os eventos de Invalidez Permanente causados direta ou indiretamente pelas ocorrências determinadas na Cláusula 4 – EXCLUSÕES GERAIS.

3. Normas para pagamento da indenização

- 3.1. Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela do item 1.1.1, desta cláusula.
- 3.2. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada aplicando-se ao percentual de redução funcional conseqüente do acidente pessoal coberto, o percentual previsto na tabela do item 1.1.1 desta cláusula, para a sua perda total.
- 3.3. 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 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.
- 3.4. Nos casos não especificados no plano, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.
- 3.4.1. É vedado o pagamento da indenização que esteja condicionado à impossibilidade do exercício, pelo Segurado, de toda e qualquer atividade laborativa.
- 3.5. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as respectivas percentagens, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).
- 3.6. Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não poderá exceder a indenização prevista para a sua perda total.
- 3.7. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser reduzida do grau de invalidez definitiva.
- 3.8. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização de invalidez permanente.
- 3.9. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do Segurado em conseqüência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deverá ser deduzida do valor do Capital Segurado por morte.

CLÁUSULA 29 – COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE – DMH

1. Riscos Cobertos

- 1.1. Garante ao Segurado, até o limite do Capital Segurado Individual apurada na data do evento, de acordo com a Cláusula 13 – CAPITAL SEGURADO

GLOBAL E CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL, conforme especificado na Apólice, o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30(trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto.

1.2. Estarão cobertas apenas as despesas realizadas e restritas aos seguintes procedimentos:

- a) Pronto Socorro;
- b) Diárias Hospitalares;
- c) Serviços de enfermagem;
- d) Radiografias;
- e) Medicamentos (mediante receita) até a alta médica;
- f) Sala de cirurgia;
- g) Anestesia;
- h) Fisioterapia;
- i) Laboratório;
- j) Uso de aparelhos durante o período de internação;
- k) Prótese pela perda de dentes naturais; e
- l) Honorários de médicos e dentistas.

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

1.4. As despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverão ser devidamente comprovadas, nos termos desta Condição Geral.

2. Franquia

2.1. Esta garantia está sujeita a aplicação de franquia, por evento coberto, conforme especificado na Proposta de Contratação e Apólice de Seguro.

3. Riscos não cobertos

3.1. Esta cobertura não indenizará as despesas médico-hospitalares e/ou odontológicas decorrentes dos eventos descritos na Cláusula 4 – EXCLUSÕES GERAIS.

3.2. Não estarão abrangidas nesta cobertura 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 prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.**

REGULAMENTO DO DEFENSOR DO SEGURADO

ARTIGO 1º – DA CONSTITUIÇÃO

Por decisão do Conselho de Administração da **MAPFRE VERA CRUZ Seguradora S.A.**, foi constituído o **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**.

§ 1º– O objetivo da constituição do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** é proteger os direitos dos **Segurados** e participantes pessoas físicas e garantir a equidade de suas relações com a **MAPFRE VERA CRUZ Seguradora S.A.** e a **MAPFRE VERA CRUZ Vida e Previdência S.A.** – doravante denominadas “Empresas” – mediante a apreciação e o julgamento dos eventuais conflitos de interesses que surjam na execução dos respectivos contratos de seguros ou previdência privada.

§ 2º– O recurso ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** é de caráter gratuito e só será acatado para as reclamações que não entraram na área contenciosa e que não superem o limite de alçada previsto neste Regulamento.

§ 3º– A atuação do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** estende-se aos participantes de planos de previdência e suas decisões são vinculantes à **MAPFRE VERA CRUZ Vida e Previdência S.A.**, pela anuência de seus acionistas.

ARTIGO 2º – DA COMPETÊNCIA

Para o desenvolvimento de suas funções, compete ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**:

- a) Conhecer e resolver as reclamações que, dentro dos respectivos contratos, sejam formuladas por **Segurados** ou participantes, pessoas físicas, ou pelos que os sucedam neste direito específico, com exclusão das reclamações de terceiros. As resoluções deste item possuem caráter vinculante às Empresas.
- b) Analisar as cláusulas contratuais e recomendar aos respectivos Conselhos de Administração das Empresas os ajustes técnicos das coberturas e/ou introdução no contrato ou nos regulamentos operacionais de cláusulas ou regras que aperfeiçoem o relacionamento entre as partes. Tais recomendações não têm caráter vinculante; porém, sua viabilidade de implementação deve ser considerada.

ARTIGO 3º – DAS ALÇADAS

As resoluções do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** serão adotadas com base no critério de equidade e, possuindo caráter vinculante às

Empresas – se aceitas pelos **Segurados** ou participantes e se a quantia do direito que se reconhece não exceder R\$ 75.000,00 (setenta e cinco mil), devem ser de cumprimento obrigatório pelas Empresas num prazo máximo de 8 (oito) dias corridos.

§ 1º– O reclamante poderá aceitar tais resoluções ou recorrer às ações que legalmente lhe correspondam para a defesa de seus direitos.

ARTIGO 4º – SOBRE O DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS

O Cargo de **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** será exercido por pessoa devidamente habilitada, designada pelos respectivos Conselhos de Administração das Empresas. A escolha deverá recair em juristas de reconhecido prestígio ou em catedráticos das Faculdades de Direito, com preferência os que tenham experiência em entidades relacionadas ao seguro e aos planos de previdência.

§ 1º– Entende-se por pessoa devidamente habilitada aquela que atenda aos seguintes quesitos:

a) Isenção – A inexistência de vínculo empregatício com as **Empresas** lhe confere a imparcialidade necessária que a função requer.

b) Conhecimento – Uma área tão específica requer um profissional cujo profundo domínio da instituição do seguro seja uma referência no mercado.

c) Autonomia – Uma vez analisada a reclamação relativa a contratos de seguros ou previdência privada, sua resolução será reconhecida e acatada pela **Empresa**.

d) Moral – Sua ilibada reputação é credencial para que suas resoluções sejam irrefutáveis e assumidas pelas partes como equilibradas, justas e éticas.

§ 2º– Não poderá ser considerado para o cargo aquele que esteja exercendo função de conselheiro, executivo ou funcionário das Empresas, nem pessoas que tenham parentesco com eles até o segundo grau, inclusive por afinidade.

§ 3º– **O DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** não será considerado eticamente habilitado a resolver eventuais reclamações oriundas de segurados ou participantes com quem tenha vínculo de parentesco até 2º grau, ascendentes ou descendentes, ou ainda em causa própria.

ARTIGO 5º – DO MANDATO

A duração do cargo de **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** será de 3 (três) anos. Por decisão dos respectivos Conselhos de Administração das Empresas, será admitida a recondução do titular ao cargo sucessivamente, sem limite de tempo, até que este complete 75 (setenta e cinco) anos de idade.

- § 1º– A tomada de posse do cargo determina a atribuição ao empossado do título de **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** e lhe dá o poder de organizar a instituição da forma que permita facilitar e agilizar a resolução das reclamações e colaborar com recomendações aos respectivos Conselhos de Administração das Empresas, contribuindo para o aperfeiçoamento da relação jurídica contratual.
- § 2º– O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** pode ser destituído do cargo pelos respectivos Conselhos de Administração das Empresas a qualquer momento, após análise e deliberação embasadas em fatos que visem ao aprimoramento da função.
- § 3º– Quando ocorrer o afastamento permanente ou temporário por qualquer motivo ou a destituição do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** do cargo dentro do período de sua designação, um substituto interino deverá ser indicado em caráter de urgência pelos Presidentes dos Conselhos de Administração das Empresas. O substituto interino deverá permanecer na função até que os Conselhos de Administração das Empresas possam indicar um novo **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**, que iniciará, a partir de sua nomeação, um novo mandato de 3 (três) anos.

ARTIGO 6º – DO FUNCIONAMENTO

Podem recorrer ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** todas as pessoas físicas – segurados, participantes de planos previdenciários ou seus beneficiários legais – que, em função de sinistros ou de qualquer outra circunstância derivada do seu contrato de seguro ou regulamento de plano, tenham qualquer reclamação contra as Empresas até o limite da alçada definido neste Regulamento. Para maior agilidade do processo, a reclamação, juntamente com as demais documentações, poderá ser elaborada pelo corretor de seguros e enviada ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**, desde que a referida reclamação seja assinada também pelo segurado.

- § 1º– Serão requisitos imprescindíveis para se recorrer ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**:
- a) que o reclamante tenha esgotado a via da reclamação ordinária ante os órgãos competentes das Empresas respectivas, entendendo-se que esta via estará esgotada quando:
 1. exista uma decisão expressa do diretor territorial da **MAPFRE SEGUROS**;
 2. haja transcorrido um período de 60 (sessenta) dias corridos, contados desde quando o **Segurado** formulou sua reclamação escrita, e esta não tenha sido resolvida pelo diretor territorial correspondente;
 - b) que a reclamação seja feita na forma escrita, endereçada à Caixa Postal

do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** via Correios, CEP 05804-970 – São Paulo/SP.

- § 2º– A aceitação para trâmite do processo de reclamação compete exclusivamente ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**, que deverá comunicar diretamente ao reclamante, em até 8 (oito) dias corridos após o recebimento da correspondência, com cópia ao corretor e às Empresas, o seguinte:
- a) a aceitação do processo para trâmite imediato e o prazo de até 2 (dois) meses (sessenta dias) para resolver o conflito;
 - b) a aceitação do processo sob a condição de que o **Segurado** ou participante se comprometa a fornecer os documentos complementares necessários para a reclamação. Quando a reclamação estiver em ordem quanto aos itens requisitados, o **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** comunicará ao reclamante e às Empresas que o mesmo entrará em tramitação. A partir desse momento, o **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** terá o prazo de até 2 (dois) meses (sessenta dias) para sua resolução;
 - c) sua não-aceitação, indicando as causas que assim as justifiquem.
- § 3º – Após o trâmite da reclamação, o **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** comunicará por escrito a sua resolução e o motivo pelo qual ela foi tomada diretamente ao reclamante, com cópia ao seu corretor e às Empresas.
- § 4º– O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** solicitará de cada uma das Empresas, por meio dos diretores territoriais, todas as informações de que necessite relacionadas às reclamações admitidas para trâmite, e as Empresas as atenderão num prazo máximo de 8 (oito) dias corridos.
- § 5º– Os diretores-presidentes das Empresas ordenarão o cumprimento das resoluções do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** que tenham sido aceitas pelo reclamante em até 8 (oito) dias corridos, já que possuem caráter obrigatório. No caso das recomendações que não sejam vinculantes, elas deverão ser encaminhadas para análise de aplicação.
- § 6º– O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** redigirá, a cada ano, até o dia 28 de fevereiro, um relatório de sua atuação, que apresentará aos presidentes dos respectivos Conselhos de Administração das Empresas.

ARTIGO 7º – DAS OBRIGAÇÕES DAS EMPRESAS

As resoluções do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** são de caráter vinculante às Empresas, razão pela qual a **MAPFRE VERA CRUZ Seguradora S.A.** e a **MAPFRE VERA CRUZ Vida e Previdência S.A.** obrigam-se a acatá-las, desde

que estejam dentro do limite de alçada determinado neste Regulamento e desde que sejam aceitas pelo reclamante.

- § 1º– As recomendações do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** com relação à modificação de cláusulas contratuais e/ou aos ajustes técnicos nos contratos e regulamentos operacionais das Empresas não são obrigatórias e podem, ou não, ser aceitas.
- § 2º– Cada uma das Empresas tem a obrigação de, no fim de cada mês, informar ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** a situação final de cada uma das reclamações que tenham sido tramitadas por ele e sobre as quais decidiu.
- § 3º– O Conselho de Administração dará instruções a cada uma das Empresas sobre a divulgação eficaz aos Segurados, Participantes e Corretores sobre a existência do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**, assim como seus objetivos e as normas que regulam sua atuação, além das condições obrigatórias para a aceitação das reclamações e dos procedimentos para sua tramitação.

ARTIGO 8º – DOS RECURSOS PARA O DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS

O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** disporá dos meios necessários para o exercício independente de suas funções, que lhe será garantido pelos órgãos superiores das Empresas por meio da pré-aprovação de um orçamento anual.

- § 1º– O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** disporá de instalações e organização próprias fora das instalações das Empresas envolvidas, contando com os equipamentos necessários às suas atribuições.
- § 2º– O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** disporá de uma caixa postal de seu uso exclusivo, onde receberá diretamente a correspondência dos segurados.
- § 3º– O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** contará com a colaboração dos diretores-presidentes das Empresas, que garantirão o bom e pleno funcionamento das relações entre o **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** e os diversos órgãos das Empresas.

Disque Fraude



0800-775-7333

Todos contra a fraude

A atuação ética é um dos princípios institucionais da MAPFRE no mundo.

É por esse motivo que instituímos, de forma pioneira no Brasil, o DISQUE FRAUDE, um canal aberto para você fazer denúncias sobre quaisquer práticas suspeitas de fraudes relacionadas ao seu Seguro, com sua identidade mantida em total sigilo. Coragem e respeito por você nos permitem ser ousados para exigir processos e produtos transparentes, sempre.



* C 6 5 1 7 0 3 0 0 4 *