

CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO ALLIANZ ACIDENTES

PESSOAS INDIVIDUAL

ÍNDICE

1	OBJETIVO DO SEGURO	3
2	DEFINIÇÕES	3
3	COBERTURAS	6
4	DESCRIÇÃO DAS COBERTURAS	7
5	RISCOS EXCLUÍDOS	10
6	CARÊNCIA	12
7	FRANQUIA	12
8	ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS	12
9	DATA DO EVENTO	12
10	BENEFICIÁRIOS	13
11	ACEITAÇÃO DO SEGURO	13
12	ACEITAÇÃO DE SEGURADOS	14
13	VIGÊNCIA DA APÓLICE	15
14	ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA	15
15	ALTERAÇÕES DO RISCO	15
16	CANCELAMENTO DO SEGURO	16
17	RENOVAÇÃO DO SEGURO	16
18	PRÊMIO	16
19	OBRIGAÇÕES DO SEGURADO	19
20	ATUALIZAÇÃO DOS VALORES	19
21	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO EM RAZÃO DA IDADE	19
22	PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO	19
23	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	20
24	PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO	20
25	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	23
26	RESSARCIMENTO CONTRA TERCEIROS	23
27	PRESCRIÇÃO	23
28	DISPOSIÇÕES FINAIS	23
29	FORO	24

1. OBJETIVO DO SEGURO

Garantir ao segurado ou a seus Beneficiários o pagamento de uma importância em dinheiro, limitado ao valor do Capital Segurado contratado, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos previstos nas coberturas constantes no clausulado abaixo, **e desde que contratadas, exceto se decorrentes de riscos excluídos e respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.**

2. DEFINIÇÕES

2.1. Acidente pessoal

É o evento com data caracterizada e perfeitamente conhecido, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como conseqüência direta a Morte ou a Invalidez Permanente Total ou Parcial do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

Incluem-se, ainda, nesse conceito:

- a) O suicídio, ou a sua tentativa, que serão equiparados, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor.
- b) Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou da 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) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causada exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

Não se incluem no conceito de acidente pessoal:

- 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 microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com eles, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo (LTC), ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicas, 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 pessoal.**

2.2. Aditivo Ou Endosso

É o documento expedido pela Seguradora durante a vigência da apólice, por meio da qual Seguradora e Segurado acordam alteração de dados, modificam condições ou objeto da apólice. Após a sua emissão passa a ser parte integrante da apólice.

2.3. Agravamento do risco

É uma circunstância que, após a contratação do seguro, aumenta a probabilidade de ocorrência de sinistro, independentemente ou não da vontade do segurado.

2.4. Alienação Mental

Distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais tornando o Segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.

2.5. Apólice de seguro

É o Contrato de Seguro firmado entre Estipulante e Seguradora e emitido pela Seguradora que discrimina o bem ou interesse Segurado, suas coberturas e garantias contratadas. Os direitos e deveres das partes contratantes constam no Manual do Segurado, este que é parte integrante da apólice.

2.6. Beneficiários

São as pessoas designadas pelo segurado para receber o valor do capital segurado, na hipótese de ocorrência de sua morte, desde que, devidamente coberta. Nas demais coberturas que não envolvam a morte do Segurado, o beneficiário será o próprio Segurado

2.7. Capital segurado

É a importância máxima estabelecida para determinada cobertura, a ser paga em caso de ocorrência de evento coberto por este seguro. O valor do capital segurado será pactuado na proposta de contratação.

2.8. Carência

É o período de tempo ininterrupto, contado da data de início de vigência individual do seguro, do aumento do capital ou da recondução depois de suspenso, durante o qual o segurado permanece no seguro sem ter direito às coberturas contratadas, sem prejuízo no pagamento do prêmio. A carência poderá ser total ou parcial, abrangendo todas as coberturas ou algumas delas.

2.9. Carregamento

É o percentual incidente sobre os prêmios pagos destinados a atender às despesas administrativas e de comercialização do seguro.

2.10. Condições Contratuais

É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais e da Apólice.

2.11. Condições Gerais

É o instrumento jurídico que disciplina direitos e obrigações das partes contratantes e características gerais do seguro e comuns a todas as coberturas da Apólice de seguro.

2.12. Corretor

Corretor de Seguros: Intermediário – Pessoa física ou jurídica devidamente habilitada e registrada na SUSEP e legalmente autorizado a representar os Segurados, angariar e promover contratos de seguro entre as Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de direito privado. Na forma do Decreto Lei nº 73/66 e da Lei 4.594/64, o corretor é o

representante do segurado, sendo responsável pela orientação acerca das coberturas, direitos e obrigações constantes no Contrato de Seguro.

2.13. Declaração Médica

Documento elaborado na forma de relatório ou similar onde o médico do Segurado ou outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

2.14. Doenças e lesões preexistentes

São os sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas pelo segurado antes da contratação do seguro e **que seja de seu prévio conhecimento** e não declarados na proposta de contratação do seguro.

2.15. Dolo

É um ato consciente através 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.

2.16. Endosso

É o documento expedido pela Seguradora durante a vigência da apólice, por meio da qual Seguradora e Segurado acordam alteração de dados, modificam condições ou objeto da apólice. Após a sua emissão passa a ser parte integrante da apólice.

2.17. Evento coberto

É o acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, e ocorrido com o Segurado durante a vigência da apólice e não excluído das Condições Gerais do Contrato de Seguro, capaz de, observado os limites e condições da apólice, acarretar obrigações pecuniárias à Allianz Seguros a favor do segurado ou de seus Beneficiários.

2.18. Franquia

É o valor do capital segurado pelo qual o segurado assume a responsabilidade como segurador de si mesmo; uma quantia definida na apólice que, em caso de sinistro coberto, representa a parte do prejuízo apurado que deixará de ser pago pela Seguradora.

2.19. Garantias

São as obrigações que a Seguradora assume com o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto, previsto nestas Condições Gerais.

2.20. Indenização

É o percentual do **capital segurado** a ser pago pela Allianz Seguros na ocorrência de sinistro **coberto** durante a vigência individual do seguro.

2.21. Médico

É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina que presta informações a respeito da saúde do Segurado. **Não será aceito como médico o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consangüíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**

2.22. Plano de coberturas

É o conjunto de coberturas contratado pelo segurado, indicado na proposta de contratação aceita pela Allianz Seguros.

2.23. Prêmio

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

2.24. Prescrição

É a perda do direito de propor ação depois de ultrapassado o prazo que a lei determina para reclamar um interesse. O prazo prescricional para toda e qualquer pretensão do Segurado e vice-versa é de 1 (um ano) a contar da ciência do fato gerador da pretensão.

2.25. Proponente

Pessoa física ou jurídica que se dispõe a contratar o seguro e que para tanto preenche e assina a Proposta de Seguro

2.26. Proposta de contratação

É o formulário fornecido pela Allianz Seguros pelo qual o proponente manifesta a sua vontade em contratar o seguro tendo pleno conhecimento de seus direitos e obrigações estabelecidos nas condições gerais. Na proposta de contratação de seguro deverão ser prestadas todas as informações solicitadas que permitirão à Allianz Seguros avaliar as condições para aceitação ou recusa do seguro.

2.27. Regime financeiro de repartição simples

É aquele por meio do qual se repartem ou se dividem entre os segurados, determinado período, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados neste mesmo período.

2.28. Seguradora

Pessoa jurídica legalmente constituída e autorizada pela SUSEP a funcionar no Brasil como tal e que , mediante recebimento do Prêmio, se obriga a garantir interesse legítimo do segurado, relativo a pessoa ou coisa , contra riscos predeterminados.

2.29. Segurado

São as pessoas regularmente incluídas e aceitas no seguro.

2.30. Sinistro

Ocorrência de um acontecimento súbito, imprevisto e involuntário que cause prejuízo ao Segurado e passível de cobertura e indenização desde que previsto no contrato de seguro.

3. COBERTURAS

3.1. As coberturas deste seguro dividem-se em básica e adicionais:

Coberturas básicas:

- a) Morte Acidental (MA).
- b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

Coberturas adicionais:

- a) Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMH-O).
- b) Diárias por Incapacidade Temporária causadas por Acidente (DIT).

3.2. O segurado deverá informar, no formulário denominado “proposta de contratação”, qual o plano de coberturas que pretende contratar sendo as básicas obrigatórias e as demais facultativas .

3.3. As coberturas contratadas estarão expressas na apólice.

4. DESCRIÇÃO DAS COBERTURAS

4.1. Morte Acidental

Garante aos beneficiários o pagamento do capital segurado contratado para esta cobertura em caso de morte do segurado, causada, exclusivamente, por acidente pessoal coberto, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas condições gerais.**

4.2. IPA - Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

Garante ao segurado uma indenização, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela seguinte, proporcional ao valor do Capital Segurado contratado para esta cobertura, caso haja a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente devidamente coberto, quando este ocorrer dentro do período de vigência deste seguro, mediante comprovação por laudo médico, e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.**

Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente (IPA)

	Discriminação	%
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DIVERSOS	Discriminação	%
	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento toraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
INVALIDEZ PERMANENTE	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30

	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do respectivo dedo	
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DOS 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 tibioperoniais	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e, dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	• de 5 centímetros ou mais	15
• de 4 centímetros	10	
• de 3 centímetros	6	
• menos de 3 centímetros	0	

4.2.1. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou do órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação do grau de redução funcional apresentado à porcentagem prevista na tabela para sua perda total. Na falta de indicação da porcentagem de redução funcional apresentada e sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das porcentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

4.2.2. Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

4.2.3. Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as porcentagens respectivas, cujo total não pode exceder 100% (cem por cento) do Capital Segurado para esta cobertura.

4.2.4. Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não poderá exceder a da indenização prevista para sua perda total.

4.2.5. Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez preexistente será percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.

4.2.6. A perda de dentes e os danos estéticos não darão direito a indenização por invalidez permanente total ou parcial por acidente.

4.2.7. A invalidez permanente total ou parcial por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A Allianz Seguros reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não-pagamento da indenização, caso haja recusa por parte do Segurado.

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

4.2.8. As indenizações por invalidez permanente total ou parcial por acidente não se acumulam com a cobertura de morte acidental. Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente total ou parcial por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, será deduzida da indenização a ser paga a importância indenizada anteriormente.

4.2.9. A reintegração do capital segurado para a hipótese de Invalidez Permanente Parcial por Acidente será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo para Invalidez Permanente direta ou indireta decorrente do mesmo acidente.

4.3. DMH-O – Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas

Desde que contratada, garante ao segurado, até o valor do capital segurado contratado para esta cobertura, o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação e prescrição de profissional médico habilitado, decorrentes de acidente pessoal coberto, desde que o tratamento se inicie dentro de 30 (trinta) dias contados da data do acidente, **observados os riscos excluídos e as demais cláusulas destas condições gerais.**

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

4.3.2. O segurado tem direito a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

4.3.3. A comprovação das despesas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais e dos relatórios médicos.

4.3.4. A Allianz Seguros reserva-se o direito de submeter o segurado a exames para comprovação da necessidade dos procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos, **sob pena de perda do direito à indenização, caso o segurado se recuse.**

4.3.5. As despesas efetuadas no exterior serão reembolsadas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, limitadas ao valor do capital segurado.

4.3.6. Possuindo o segurado mais de uma apólice de seguro, na Allianz Seguros ou em outra seguradora, garantindo a cobertura de despesas médicas, hospitalares e odontológicas, a responsabilidade da Allianz Seguros será igual à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados proporcionalmente aos limites segurados em todas as apólices em vigor na data do evento.

4.4. DIT – Diárias por incapacidade temporária causada por acidente

Desde que contratada, garante ao segurado o pagamento de diárias por incapacidade temporária causada por acidente pessoal coberto, **ocorrido exclusivamente na vigência do seguro**, caracterizadas pela impossibilidade contínua e ininterrupta de o segurado exercer sua profissão ou ocupação durante o período em que se encontrar sob tratamento por determinação médica, comprovado por exames complementares, sendo o limite contratual máximo de 360 (trezentos e sessenta) diárias, **observados os riscos excluídos e as demais cláusulas destas condições gerais.**

4.4.1. As diárias por incapacidade temporária causada por acidente são devidas a partir do 16º (décimo sexto) dia de caracterização da incapacidade. Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada.

4.4.2. O capital segurado de cada Diária por Incapacidade Temporária causada por Acidente não poderá ser superior a 1/360 (um trezentos e sessenta avos) do maior capital estabelecido para a Cobertura de Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS DO PRESENTE SEGURO OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQÜÊNCIA:

- a) Do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) De atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos terroristas, ou de outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**

- c) De doenças, lesões ou condições preexistentes à data do início de vigência individual e que sejam de conhecimento do Segurado e/ou do Estipulante na data do início de vigência de cobertura;
- d) De furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza.
- e) De suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Contrato de Seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.
 - e.1) este seguro está estruturado sob o regime financeiro de repartição simples, impossibilitando, tecnicamente, a devolução de prêmio ou reserva caso ocorra suicídio durante o período de exclusão da cobertura;
- f) De danos causados por atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticado pelo segurado, pelo beneficiários ou pelo representante legal, de um ou de outro;
- g) Da prática, por parte do segurado, de atos contrários à lei, inclusive a condução ou pilotagem de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal;
- h) As intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- i) As perturbações ou intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações causadas pela ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médicos, em decorrência de acidente coberto;
- j) Quando o segurado for o piloto ou comissário da tripulação da aeronave ou passageiros não pagante.
- k) Não estão cobertas as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com eles, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER - DORT - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura, as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalides acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de acidente pessoal.
- l) Acidente vascular cerebral
- m) Doenças 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;
- n) A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito a indenização por invalidez permanente;
- o) Competições ilegais em veículos automotores;
- p) Lesão intencionalmente auto-infligida ou qualquer outro tipo de atentado deste gênero, suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.

5.2. Além dos riscos mencionados nos subitem 5.1, estão expressamente excluídas da cobertura de despesas médicas, hospitalares e odontológicas as despesas decorrentes de:

- a) Estados de convalescença (após alta médica).
- b) Despesas de acompanhantes.

c) Aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

5.3. Também estão expressamente excluídos de todas as coberturas do presente seguro, desde que sua causa não decorra de acidentes cobertos:

- a) qualquer tipo de hérnia e suas consequências.
- b) parto ou aborto e suas consequências.
- c) choque anafilático e suas consequências

6. CARÊNCIA

Considera-se como carência a serem aplicadas a cada cobertura:

- **Morte Acidental:** para eventos decorrentes de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data de adesão individual ao seguro.
- **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:** para eventos decorrentes de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data de adesão individual ao seguro.
- **Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMH-O):** para eventos decorrentes de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data de adesão individual ao seguro.
- **Diárias de Incapacidade Temporária causada por Acidente (DIT):** para eventos decorrentes de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data de adesão individual ao seguro.

7. FRANQUIA

- **Morte Acidental:** Não haverá franquia.
- **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:** Não haverá franquia.
- **Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMH):** Não haverá franquia.
- **Diárias de Incapacidade Temporária (DIT):** Nesta cobertura, há uma franquia de 15 (quinze) dias ininterruptos, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais do segurado, por determinação médica, durante os quais o segurado não terá direito ao recebimento das diárias para qualquer evento. Os pagamentos de diárias por afastamento profissional serão devidos a partir do 16º (décimo sexto) dia de afastamento e ficam limitados ao máximo de 360 (trezentas e sessenta) diárias.

8. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS

8.1. O presente seguro garante os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

8.2. Quando for o caso, eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da Allianz Seguros.

9. DATA DO EVENTO

Considera-se como data do evento, para fins de determinação do capital segurado na liquidação de sinistros:

- cobertura de morte acidental: A data do acidente.

- cobertura de invalidez permanente total ou parcial por acidente: A data do acidente.
- cobertura de despesas médicas, hospitalares e odontológicas: A data do acidente
- cobertura de diárias por incapacidade temporária: A data do acidente

10. BENEFICIÁRIOS

10.1. Os beneficiários do seguro para a cobertura Morte Acidental (MA) do segurado serão aqueles designados na proposta de contratação.

10.1.1. O segurado poderá, livremente e a qualquer tempo, por escrito, indicar ou alterar os seus beneficiários, desde que o faça mediante aviso escrito à Allianz Seguros .

10.1.2. Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários recebida pela Allianz Seguros. Caso o segurado não dê ciência à Allianz Seguros da substituição de seu(s) beneficiário(s) na forma prevista nos subitens acima, a Allianz Seguros estará isenta de qualquer responsabilidade, sendo o pagamento realizado aos últimos beneficiários indicados pelo segurado.

10.2. Não havendo beneficiário indicado na ocasião do falecimento do segurado, o capital segurado será pago na forma da Lei (artigo 792 do Código Civil).

- a) Metade ao cônjuge não separado judicialmente; metade aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária.
- b) Na falta das pessoas indicadas acima, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou de meios necessários à sua subsistência.

10.3. No caso das coberturas de invalidez permanente total ou parcial por acidente, despesas médicas, hospitalares e odontológicas e diárias por incapacidade temporária, previstas nestas condições gerais, o beneficiário será sempre o próprio segurado.

11. ACEITAÇÃO DO SEGURO

11.1. A proposta de contratação, assinada obrigatoriamente pelo proponente, deverá ser entregue à Allianz Seguros.

11.2. As condições gerais completas deste seguro deverão estar à disposição do segurado quando da apresentação da proposta de contratação.

11.3. A Allianz Seguros terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da proposta de contratação, para aceitá-la ou recusá-la. Vencido o prazo de 15 (quinze) dias, sem manifestação da Allianz Seguros, o seguro será considerado aceito.

11.4. A não aceitação da proposta de contratação, por parte da Allianz Seguros, será comunicada por escrito, ao proponente e implicará a devolução integral dos valores de prêmio eventualmente pagos, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, atualizados, da data do pagamento até a data da efetiva restituição, pelo índice estabelecido nestas condições gerais. O Proponente terá cobertura no período que compreende a data da recepção da proposta e a data da formalização da recusa no caso de pagamento antecipado do prêmio.

12. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

12.1. São proponentes ao seguro todas as pessoas físicas em perfeitas condições de saúde e que não estejam aposentadas por invalidez na data do início de vigência individual.

12.2. O limite de idade deste seguro será de, no mínimo, **14 (quatorze)** e, no máximo, **70 (setenta)** anos de idade para contratação.

12.3. A inclusão dos proponentes é feita mediante entrega à seguradora de proposta de contratação.

12.3.1. O proponente deverá preencher, de próprio punho, todos os campos da proposta de contratação e assiná-la pessoalmente. Os proponentes com idade inferior a 16 (dezesesseis) anos deverão ser representados pelos pais ou responsáveis, ou assistidos por eles se contarem mais de 16 (dezesesseis) anos e menos de 18 (dezoito) anos, na forma da legislação vigente.

12.3.2. Para a aceitação dos proponentes no seguro, a seguradora poderá eventualmente exigir o fornecimento de declaração pessoal de saúde, relatório médico, exames específicos, resultados de exames complementares, declarações complementares e outras informações que julgar necessárias.

12.3.2.1. A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco, poderá ser feita apenas uma única vez durante o prazo de avaliação do risco.

12.3.3. A Allianz Seguros terá o prazo de 15 (quinze) dias para aceitar ou recusar a proposta de contratação, a contar da data de seu recebimento. Caso não haja manifestação expressa em contrário, a aceitação será automática.

12.3.3.1. Caso a Allianz Seguros exija elementos complementares para a análise do risco, tais como as provas de saúde previstas no subitem 12.3.2 destas condições gerais, o prazo de 15 (quinze) dias, previsto no subitem anterior, ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Allianz Seguros destas informações adicionais.

12.3.4. A recusa será comunicada ao proponente por escrito, fundamentada na legislação em vigor, e o valor do prêmio eventualmente pago será integralmente devolvido, atualizado pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas) ou, na falta deste, pelo IPC/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas), no prazo máximo de 10 (dez) dias, contados da formalização, ou será deduzido da parcela pró-rata temporis correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

12.3.5. A análise e a aceitação do risco individual basear-se-á em critérios técnicos adotados pela Allianz Seguros, que reserva a si o direito de aceitar ou não a proposta apresentada.

12.3.6. A compensação do cheque ou o efetivo recebimento do valor do prêmio pela Allianz Seguros não implica a aceitação da proposta, devendo-se observar o disposto no subitem 12.3.4 destas condições gerais.

13. VIGÊNCIA DA APÓLICE

13.1. A apólice vigorará pelo prazo **de 5 (cinco) anos**, podendo ser renovada automaticamente, por igual período, salvo se o segurado ou a Allianz Seguros manifestar-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, ou ocorrer alguma das causas de cancelamento previstas nestas condições gerais.

13.2. A apólice terá seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas definidas nas condições gerais.

13.2.1. Às propostas de contratação recebidas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a data de aceitação da proposta ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e indicada nas condições contratuais e na proposta de contratação.

13.2.2. Para a proposta de contratação recebida com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, conforme item 12 – Aceitação de segurados, o início de vigência do risco individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção da proposta de contratação pela Allianz Seguros. O proponente terá cobertura no período que compreende a data da recepção da proposta e a data da formalização da recusa.

13.3. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

13.4. O pagamento do prêmio deverá ser efetivado conforme estabelecido na proposta de contratação, podendo ter periodicidades mensais, bimestrais, trimestrais, quadrimestrais, semestrais ou anuais, garantindo ao segurado, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas.

14. ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA

O presente seguro poderá ser alterado a qualquer tempo. As alterações das condições contratuais deverão ser realizadas por aditivo junto à apólice em vigor, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso.

15. ALTERAÇÕES DO RISCO

15.1. O segurado está obrigado a comunicar à Allianz Seguros, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura se ficar comprovado que o silenciou por má-fé.

15.1.1. A Allianz Seguros, 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.

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

15.1.3. A apólice não poderá ser cancelada durante a vigência, pela Allianz Seguros, sob alegação de alteração da natureza do risco.

16. CANCELAMENTO DO SEGURO

16.1. O contrato de seguro poderá ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes ou nos seguintes casos:

- a) Por solicitação formal do segurado, mediante comunicação por escrito, **com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.**
- b) Quando o segurado deixar de pagar o prêmio mensal, observado o disposto no subitem **18** destas condições gerais.
- c) com o fim do novo prazo de vigência da cobertura proporcional referido no subitem **18.6** sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio.
- d) Com a morte ou com a invalidez permanente total por acidente do segurado.
- e) Automaticamente, se o segurado, seus prepostos, seus dependentes ou seus beneficiários agirem com dolo, fraude, simulação, omissão, culpa grave ou faltarem com o dever de lealdade e de boa-fé objetiva durante o processo de contratação ou no decorrer da vigência individual deste seguro.
- f) Automaticamente, pela inobservância das obrigações convencionadas no contrato de seguro, por parte do segurado, seus dependentes, beneficiários ou prepostos.
- g) Com o final de sua vigência, sem renovação.

16.2. No caso de cancelamento total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverão ser observadas as seguintes disposições:

- a) A sociedade seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.
- b) Adotado o fracionamento do prêmio e, na hipótese de cancelamento a pedido do segurado, a sociedade seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto.

17. RENOVAÇÃO DO SEGURO

17.1. O seguro será renovado automaticamente ao final do primeiro período de vigência, por igual período de 5 (cinco) anos, salvo se a seguradora ou o segurado comunicar, por escrito, o desinteresse na renovação, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias.

17.1.1. A renovação automática prevista no subitem anterior só poderá ocorrer **uma única vez**, sendo que, para as renovações posteriores, deverá haver manifestação **expressa do segurado.**

17.1.2. Este seguro é por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento sem devolução dos prêmios pagos e resgates nos termos do subitem **2.27.**

18. PRÊMIO

18.1. A data limite para o pagamento do prêmio não poderá ultrapassar o 30º (trigésimo) dia de emissão da apólice de seguro, da fatura ou da conta mensal, do aditivo de renovação e dos aditivos ou endosso dos quais resulte aumento de prêmio.

18.2. Quando a data limite vencer em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente de funcionamento do sistema bancário.

18.3. Caso o segurado não receba o documento de cobrança até a data do vencimento, este deverá efetuar o pagamento do prêmio por meio de depósito na conta da Allianz Seguros ou mediante ordem de pagamento bancário com indicação do número da apólice de seguro, enviando o comprovante à Allianz Seguros.

18.3.1. A data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice.

18.4. Fica vedada a cobrança ao segurado de taxa de inscrição ou de intermediação.

18.5 Caso o plano preveja o fracionamento do prêmio, o critério adotado será o seguinte:

18.5.1. Não será permitida a cobrança de nenhum valor adicional a título de custo administrativo de fracionamento;

18.5.2. Deverá ser garantida ao Segurado, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas com a consequente redução proporcional dos juros pactuados.

18.6. Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada a fração prevista na tabela de prazo curto especificada a seguir:

RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL	RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
13	15/365	73	195/365
20	30/365	75	210/365
27	45/365	78	225/365
30	60/365	80	240/365
37	75/365	83	255/365
40	90/365	85	270/365
46	105/365	88	285/365
50	120/365	90	300/365
56	135/365	93	315/365
60	150/365	95	330/365
66	165/365	98	345/365
70	180/365	100	365/365

18.6.1. Para percentuais não previstos no **subitem 18.6**, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

18.6.2. A Seguradora deverá informar ao Segurado por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, conforme **subitem 18.6** acima.

18.6.3. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescido de juros de mora de 0,5% ao mês e atualização monetária pela variação positiva do índice **IPCA/IBGE** (Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas), dentro do novo prazo de vigência ajustado, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da Apólice

18.6.4. Findo o novo prazo de vigência da cobertura referido no **subitem 18.6** sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, a Seguradora, operará de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro.

18.6.5. 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, suspenderá sua vigência.

18.6.6. O disposto no **subitem 18.6** e seus sub-itens não se aplicam aos planos cujo custeio do prêmio se dê sob a forma mensal.

18.7. Este seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate de prêmios ao segurado ou beneficiário.

18.8. Reabilitação das Coberturas

No caso de não pagamento de prêmios mensais, bimestrais, trimestrais, quadrimestrais, semestrais ou anuais, O seguro poderá ser reabilitado, antes de seu cancelamento, mediante o pagamento das parcelas limitado a 60 (sessenta) dias.

18.9. Durante o período de inadimplência, a cobertura do seguro será mantida com consequente cobrança do prêmio acrescido de juros, atualização monetária e multa moratória, e, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga ao(s) Beneficiário(s).

18.10. O seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, na eventualidade da falta de quitação de qualquer parcela por prazo igual ou superior a 60 (sessenta) dias, não podendo ser restabelecido. Havendo interesse, deverá ser contratado um novo seguro com fiel observância de todos os prêmios requisitos da aceitação, disposto no item 11 destas Condições Gerais, sem nenhum vínculo com o seguro anteriormente cancelado por falta de pagamento.

18.11. A Sociedade Seguradora enviará correspondência ao Segurado, **até 10 (dez)** dias antes do cancelamento, advertindo quanto à necessidade de quitação das parcelas do prêmio em atraso, sob pena de cancelamento do contrato. Esta correspondência funciona como notificação para o cumprimento da contraprestação do contrato (pagamento do prêmio), sob pena da aplicação do disposto no **subitem 18.10** destas Condições Gerais.

18.12. Os prêmios em atraso serão cobrados de uma só vez e acrescidos de juros de mora de 0,5% ao mês e atualização monetária pela variação positiva do índice **IPCA/IBGE** (Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatísticas), calculada na base pró-rata dia, ou por outro índice oficial que venha a substituí-lo.

19. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais, o Segurado, sob pena de perder o direito a qualquer indenização, bem como ao prêmio vencido e para não promover o cancelamento do seguro, deverá:

- a) Pagar os Prêmios até a data dos respectivos vencimentos;
- b) Prestar, no ato da contratação e durante toda a vigência do seguro, declarações verdadeiras e completas à Seguradora.
- c) Comunicar quaisquer alterações, de hábitos ou profissão, ocorridas durante a vigência do Certificado Individual, que impliquem em circunstâncias que alterem a natureza dos riscos cobertos para a devida análise e ajustes necessários. São consideradas alterações de risco, exemplificativamente, a mudança de atividade profissional, a mudança de residência para outro país e a prática de esportes radicais.

20. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

20.1. O Capital Segurado e os Prêmios serão atualizados monetariamente anualmente na data do aniversário da apólice com base na variação do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo / Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas) ou na falta deste IPC/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor / Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas), com uma defasagem de até 60 (sessenta) dias..

20.2. O índice e a periodicidade de correção poderão ser alterados por lei ou por determinação da SUSEP (Superintendência de Seguros Privados).

21. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO EM RAZÃO IDADE

Não há reenquadramento etário dos prêmios neste seguro.

22. PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO

22.1. A Allianz Seguros não pagará qualquer indenização com base no presente seguro quando haja, por parte do segurado, seu representante ou seu corretor de seguros, declarações inexatas ou sejam por eles omitidas circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficando prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

Se a inexatidão ou omissão da declaração não resultar de má-fé do segurado, a Allianz Seguros poderá:

- a) Na hipótese de não-ocorrência de sinistro:
 - Cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido, ou
 - Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.
- b) Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:
 - 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
 - Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

c) Na hipótese de ocorrência de sinistro com o pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro deduzindo do valor a ser indenizado a diferença de prêmio cabível.

22.2. Em qualquer das hipóteses acima, não haverá restituição de prêmio, ficando a Allianz Seguros isenta de quaisquer responsabilidades.

23. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

23.1. Prazo de pagamento da indenização

Após a entrega de toda a documentação básica relacionada nos subitens **24.1 a 24.4**, para cada cobertura reclamada, e estando caracterizado o sinistro para a cobertura do seguro, a Allianz Seguros providenciará o pagamento da indenização no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega de todos os documentos.

23.2. Atualização da indenização

Decorrido o prazo de pagamento da indenização, o capital segurado passa a ser atualizado pela variação positiva do índice IPCA/IBGE ou, na falta deste, IPC/IBGE, pro rata dia, a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item 23.1 – Prazo de pagamento da indenização, até a data do efetivo pagamento..

23.3 Forma de pagamento da indenização

O pagamento da indenização será realizado em forma de parcela única.

23.4. Juros de mora

23.4.1. Na hipótese de não cumprimento pela Allianz Seguros do prazo contratualmente previsto para pagamento da respectiva obrigação pecuniária, os valores sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no plano e juros de mora no importe de 0,5% (meio por cento) ao mês.

23.4.2. Os juros moratórios, de 6% (seis por cento) ao ano, serão calculados, em base *pró rata die*, desde o primeiro dia subsequente àquele em que a obrigação tornou-se contratualmente exigível, até a data do efetivo pagamento.

23.4.3. 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.

23.4.7. Os pagamentos de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios ocorrerão independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

24. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

A ocorrência do evento deverá ser comunicada imediatamente à Allianz Seguros por fax, telegrama, carta, e-mail ou qualquer outro meio disponível no momento.

Em seguida, deverão ser entregues cópias autenticadas dos documentos relacionados adiante, juntamente com o formulário “Aviso de Sinistro” totalmente preenchido e assinado pelo Segurado, seu Representante legal Beneficiários. Estes documentos são imprescindíveis à análise do sinistro.

24.1. Para a cobertura de morte decorrente de acidente pessoal providenciar:

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário.
- b) Cópia de comprovante de residência.
- c) Cópia da certidão de óbito,
- d) Cópia do CPF e do RG.
- e) Cópias dos exames médicos realizados que determinaram a causa do falecimento (Laudos: radiografias, ressonância magnética, eletrocardiograma, etc.)
- f) Relatório do Médico Assistente, devidamente preenchido e assinado, com carimbo do CRM e firma reconhecida.
- g) Cópia da carteira de habilitação para os casos de acidente de trânsito, quando o Segurado for o condutor do veículo no acidente.
- h) Cópia do laudo de exame cadavérico.
- i) Cópias do boletim de ocorrência policial.
- j) Cópias do laudo de exame de corpo de delito e/ou laudo de dosagem alcoólica caso o segurado estivesse dirigindo o veículo.

Documentos dos Beneficiários:

Declaração de únicos herdeiros, assinado com firma reconhecida por todos os herdeiros.

Esposa: Cópia atualizada da certidão de casamento, CPF, RG, comprovante de residência e original da autorização para crédito em conta.

Filhos: Cópias do CPF, RG, comprovante de residência e original da autorização de crédito em conta.

Irmãos: Cópias do CPF, RG, comprovante de residência e original da autorização de crédito em conta.

Pais: Cópias do CPF, RG, comprovante de residência e original da autorização de crédito em conta.

Companheira: Cópia da carta de concessão de pensão ou documentos de comprovação legal, CPF, RG, comprovante de residência e original da autorização para crédito em conta.

24.2. Para a Cobertura IPA - Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado.
- b) Cópia de comprovante de residência.
- c) Cópia da carteira de habilitação para os casos de acidente de trânsito, quando o Segurado for o condutor do veículo no acidente.
- d) Cópia do CPF e do RG.
- e) Cópias do boletim de ocorrência policial.
- f) Cópias do laudo de exame de corpo de delito e/ou laudo de dosagem alcoólica caso o segurado estivesse dirigindo o veículo.
- g) Cópia dos exames médicos realizados que determinaram a Invalidez (Laudos: radiografias, ressonância magnética, eletrocardiograma, etc.).
- h) Original da autorização para crédito em conta.
- i) Relatório do Médico Assistente devidamente preenchido e assinado, com carimbo do CRM e firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão, grau definitivo de invalidez e se encontra em tratamento.

24.3. Para a Cobertura DMH-O - Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado.
- b) Comprovante de residência.
- c) Cópia da carteira de habilitação para os casos de acidente de trânsito, quando o Segurado for o condutor do veículo no acidente.
- d) Cópia do CPF e do RG.
- e) Cópias do boletim de ocorrência policial ou comunicação de acidente do trabalho (CAT).
- f) Cópias do laudo de exame de corpo de delito e/ou laudo de dosagem alcoólica caso o Segurado estivesse dirigindo o veículo.
- g) Cópia dos exames médicos realizados que determinaram a internação emergencial (Laudos: radiografias, ressonância magnética, eletrocardiograma, etc.).
- h) Originais dos recibos das despesas com o tratamento.
- i) Original da autorização para crédito em conta.
- j) Relatório do Médico Assistente devidamente preenchido e assinado, com carimbo do CRM e firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão/patologia e tratamento.

24.4. Para a Cobertura DIT - Diárias por Incapacidade Temporária causada por Acidente

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado.
- b) Cópia de comprovante de residência.
- c) Cópia de comprovante de vínculo empregatício.
- d) Cópia da carteira de habilitação para os casos de acidente de trânsito, quando o Segurado for o condutor do veículo no acidente.
- e) Cópia da carteira profissional.
- f) Cópia do CPF e do RG.
- g) Cópias do boletim de ocorrência policial ou comunicação de acidente do trabalho (CAT).
- i) Cópias do laudo de exame de corpo de delito e/ou laudo de dosagem alcoólica caso o Segurado estivesse dirigindo o veículo.
- j) Cópia dos exames médicos realizados que determinaram o afastamento (Laudos: radiografias, ressonância magnética, eletrocardiograma, etc.).
- k) Original da autorização para crédito em conta.
 - l) Relatório do Médico Assistente devidamente preenchido e assinado, com carimbo do CRM e firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão, grau definitivo de invalidez e se encontra em tratamento.

Importante:

A seguradora Allianz Seguros poderá solicitar, em caso de dúvida fundamentada e justificada, outros documentos não relacionados anteriormente. Nesse caso, o prazo mencionado no subitem **23.1** das condições gerais será suspenso e voltará a correr a partir do próximo dia útil subsequente ao recebimento, pela seguradora Allianz Seguros, destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

24.5. Perícia médica

Não obstante a entrega da documentação descrita nos itens acima, a seguradora Allianz Seguros reserva-se o direito de efetuar perícia, a ser realizada pelo seu departamento médico.

No caso de incapacidade, o Segurado, autoriza a perícia médica da Seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar ou

hospitalar, requerer e proceder exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, que estarão disponíveis apenas para o Segurado, seu médico e a Seguradora.

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

24.6. Junta médica

No caso de divergências sobre a causa, a natureza ou a extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, a Allianz Seguros deverá 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.

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

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

25. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a promoção do seguro, por parte do corretor, somente podem ser feitas com a supervisão e a autorização expressa da Allianz Seguros, respeitadas as condições contratuais e as normas do seguro. A **Allianz Seguros** será responsável pela fidelidade das informações contidas nas divulgações realizadas.

26. RESSARCIMENTO CONTRA TERCEIROS

A Allianz Seguros, nos termos do artigo 800 do Código Civil brasileiro, não poderá promover ação de ressarcimento contra terceiros responsáveis por danos sofridos pelo segurado e/ou beneficiários.

27. PRESCRIÇÃO

Qualquer direito do segurado ou do(s) beneficiário(s), com fundamento no presente seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

28. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

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

28.4. Este seguro é por prazo determinado, tendo a seguradora Allianz Seguros a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

29. FORO

O foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente contrato de seguro será sempre o de domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que possa sê-lo.