

SEGURO DE ALLIANZ ACIDENTES

PESSOAS INDIVIDUAL

CONDIÇÕES GERAIS

ÍNDICE

1.	OBJETIVO DO SEGURO	4
2.	DEFINIÇÕES	4
2.1.	ACIDENTE PESSOAL	4
2.2.	APÓLICE DE SEGURO	4
2.3.	AGRAVAMENTO DO RISCO	4
2.4.	BENEFICIÁRIOS	5
2.5.	CAPITAL SEGURADO	5
2.6.	CARÊNCIA	5
2.7.	CARREGAMENTO	5
2.8.	CONDIÇÕES GERAIS	5
2.9.	CORRETOR	5
2.10.	DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	5
2.11.	EVENTO COBERTO	5
2.12.	FRANQUIA	5
2.13.	INDENIZAÇÃO	6
2.14.	PLANO DE COBERTURAS	6
2.15.	PRÊMIO	6
2.16.	PROPONENTE	6
2.17.	PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO	6
2.18.	REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES	6
2.19.	SEGURADORA	6
2.20.	SEGURADOS PRINCIPAIS	6
2.21.	SEGURADOS DEPENDENTES	6
2.22.	SINISTRO	7
3.	PLANO DE COBERTURAS	7
4.	DESCRIÇÃO DAS COBERTURAS	8
4.1.	COBERTURAS BÁSICAS	8
4.1.1.	MORTE ACIDENTAL	8
4.1.2.	IPA-INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE	8
4.2.	COBERTURAS ADICIONAIS	10
4.2.1.	DMH-DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS	10
4.2.2.	DIT-DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA CAUSADA POR ACIDENTE	11
5.	RISCOS EXCLUÍDOS	11
6.	PRAZO DE CARÊNCIA	12
7.	FRANQUIA	13
8.	ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS	13
9.	DATA DO EVENTO	13
10.	BENEFICIÁRIOS	13
11.	ACEITAÇÃO DO SEGURO	14
12.	ACEITAÇÃO DE SEGURADOS	14
13.	VIGÊNCIA DA APÓLICE	16
14.	ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA	17
15.	ALTERAÇÕES DO RISCO	17
16.	CANCELAMENTO DO SEGURO	17

17.	RENOVAÇÃO DO SEGURO	18
18.	DATA LIMITE PARA PAGAMENTO DO PRÊMIO	18
19.	ATUALIZAÇÃO DOS VALORES	18
20.	PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO	19
21.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	19
22.	PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO	20
23.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	22
24.	RESSARCIMENTO CONTRA TERCEIROS	22
25.	PRESCRIÇÃO	22
26.	DISPOSIÇÕES FINAIS	22
27.	FORO	22

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 contratadas, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e respeitadas as demais cláusulas destas condições gerais.**

2. DEFINIÇÕES

2.1. Acidente pessoal

É o evento ocorrido com o segurado, 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 consequência 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, causadas 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 consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicas, em qualquer tempo.
- d) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez pessoal.

2.2. Apólice de seguro

É o instrumento do contrato de seguro celebrado entre a seguradora Allianz Seguros S.A. e o segurado. A apólice será emitida pela Allianz Seguros S.A. devendo conter, obrigatoriamente, a íntegra destas condições gerais.

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. Beneficiários

São as pessoas designadas pelo segurado principal para receber o valor do capital segurado, na hipótese de sua morte devidamente coberta. No caso das coberturas de invalidez permanente total ou parcial por acidente, despesas médicas, hospitalares e odontológicas e Diária de Incapacidade Temporária causada por acidente, bem como no caso de morte do segurado Dependente, quando houver, o beneficiário será o próprio segurado principal.

2.5. Capital segurado

É a importância máxima estabelecida para cada 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.

2.6. 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 o seguro, 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.

2.7. Carregamento

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

2.8. condições gerais

É o conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem os direitos e obrigações da Allianz Seguros S.A., do segurado e dos beneficiários deste seguro, bem como as características gerais do seguro.

2.9. Corretor

É o profissional habilitado e autorizado a angariar e promover contratos de seguros, remunerado mediante comissões estabelecidas nas tarifas. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio de seu número de registro na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados), nome completo, CNPJ ou CPF.

2.10. Doenças e lesões preexistentes

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

2.11. Evento coberto

É o acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído das condições gerais do contrato de seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Allianz Seguros S.A. em favor do segurado ou de seus beneficiários.

2.12. Franquia

É o valor do capital segurado pelo qual o segurado assume a responsabilidade como segurador de si mesmo.

2.13. Indenização

É a porcentagem do **capital segurado** a ser paga pela seguradora Allianz Seguros S.A. caso ocorra o sinistro durante a vigência individual do seguro. Acontecendo a:

- **Morte acidental (MA):** O valor da indenização será de 100%.
- **Invalidez permanente total ou parcial por acidente (IPA):** O valor da indenização será de até 200% da cobertura de Morte.
- **Despesas médicas, hospitalares e odontológicas (DMH):** O valor da indenização será de até 10% das coberturas básicas de morte acidental (MA) e/ou de invalidez permanente total ou parcial por acidente (IPA), limitado ao valor especificado na proposta de contratação.
- **Diárias por incapacidade temporária (DIT):** O valor da indenização da diária será equivalente a 0,05% das coberturas básicas de morte acidental (MA) e/ou de invalidez permanente total ou parcial por acidente (IPA), limitado ao valor especificado na proposta de contratação.

2.14. Plano de coberturas

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

2.15. Prêmio

É o valor a ser pago à Allianz Seguros S.A. em contraprestação às coberturas contratadas. Cada cobertura determinará a cobrança de um prêmio correspondente.

2.16. Proponente

É a pessoa física que propõe a sua adesão ao seguro e que passará à condição de segurado principal somente após a sua aceitação pela Allianz Seguros S.A.

2.17. Proposta de contratação

É o formulário fornecido pela Allianz Seguros S.A. por meio do 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 S.A. avaliar as condições de aceitação ou recusa do seguro.

2.18. Regime financeiro de repartição simples

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

2.19. Seguradora

É a ALLIANZ SEGUROS S.A., que assume a responsabilidade pelos riscos cobertos pela apólice mediante recebimento do respectivo prêmio.

2.20. Segurados principais

São as pessoas regularmente incluídas e aceitas no seguro.

2.21. Segurados dependentes

São o cônjuge ou a(o) companheira(o) do segurado principal regularmente incluídos no seguro.

2.22. Sinistro

É a ocorrência de um evento coberto pelas coberturas contratadas no seguro, ocorrido durante a vigência material do seguro e capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Allianz Seguros S.A.

3. PLANO DE COBERTURAS

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

3.1.1. Coberturas básicas:

- a) Morte acidental (MA).
- b) Invalidez permanente total ou parcial por acidente (IPA).

3.1.2. Coberturas adicionais:

- a) Despesas médicas, hospitalares e odontológicas (DMH).
- 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 básicas as coberturas obrigatórias e facultativas as demais, conforme planos abaixo discriminados:

Plano	Coberturas
1	Morte acidental = (100%)
2	Morte acidental + IPA (100%)
3	Morte acidental + IPA (100%) + DMH (10%)
4	Morte acidental + IPA (100%) + DMH (10%) + DIT (0,05%)
5	Morte acidental + DMH (10%)
6	Morte acidental + DIT (0,05%)
7	Morte acidental + IPA (200%)
8	Morte acidental + IPA (200%) + DMH (10%)
9	Morte acidental + IPA (200%) + DMH (10%) + DIT (0,05%)
10	Invalidez Permanente por Acidente (IPA) = (100%)
11	Invalidez Permanente por Acidente (IPA) + DMH (10%)
12	Invalidez Permanente por Acidente (IPA) + DIT (0,05%)
13	Invalidez Permanente por Acidente (IPA) + DMH (10%) + DIT (0,05%)

3.3. A cobertura de despesas médicas, hospitalares e odontológicas é de até 10% das coberturas básicas de morte acidental (MA) e/ou de invalidez permanente total ou parcial por acidente (IPA), limitada ao valor especificado na proposta de contratação.

3.4. Na cobertura DIT – diárias por incapacidade temporária causada por acidente, o valor da diária será equivalente a 0,05% das coberturas básicas de morte acidental (MA) e/ou de invalidez permanente total ou parcial por acidente (IPA), limitado ao valor especificado na proposta de contratação.

3.5. O cônjuge poderá participar facultativamente do seguro com até 100% do capital segurado principal de todas as coberturas contratadas, exceto nas de diárias por incapacidade temporária causadas por acidente (DIT), observados os limites máximos estabelecidos pela Allianz Seguros S.A.

3.6. As coberturas contratadas estarão expressas na apólice.

4. DESCRIÇÃO DAS COBERTURAS

4.1. Coberturas básicas:

4.1.1. 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.

4.1.2. 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

	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
	Discriminação	%
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DIVERSOS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento toraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DOS MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DOS MEMBROS INFERIORES	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	
	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

4.1.2.1. 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).

4.1.2.2. 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.

4.1.2.3. 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 nesta cobertura.

4.1.2.3.1. 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.

4.1.2.4. 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.

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

4.1.2.6. 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 S.A. 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 o segurado se recuse.

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

4.1.2.7. 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.

4.1.2.8. A reintegração do capital segurado para a hipótese de Invalidez Permanente Parcial por Acidente será automática quando da ocorrência do sinistro.

4.1.2.9. A cobertura básica nos seguros de menores de 14 (quatorze) anos destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais, que podem ser substituídas, a critério da seguradora Allianz Seguros S.A., por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

4.2. Coberturas adicionais

4.2.1. DMH – 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.**

4.2.1.1. 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.

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

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

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

4.2.1.5. 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.

4.2.1.6. Possuindo o segurado mais de uma apólice de seguro, na ALLIANZ SEGUROS S.A. ou em outra seguradora, garantindo a cobertura de despesas médicas, hospitalares e odontológicas, a responsabilidade da ALLIANZ SEGUROS S.A. 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.

4.2.2. DIT – Diárias por incapacidade temporária causada por acidente

Desde que contratada, garante ao segurado o pagamento de diárias por incapacidade temporária Causada por Acidente, 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, sendo o limite contratual máximo de 360 (trezentos e sessenta) diárias, **observados os riscos excluídos e as demais cláusulas destas condições gerais.**

4.2.2.1. 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.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- 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) DOS 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 E LESÕES PREEXISTENTES À DATA DO INÍCIO DE VIGÊNCIA INDIVIDUAL, NÃO DECLARADAS NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO E QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO SEGURADO.
- 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 BENEFICIÁRIO 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) DE DOENÇAS (INCLUSIVE AS PROFISSIONAIS), QUAISQUER QUE SEJAM AS SUAS CAUSAS, AINDA QUE PROVOCADAS, DESENCADEADAS OU AGRAVADAS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ACIDENTE, RESSALVADAS AS INFECÇÕES, ESTADOS SEPTICÊMICOS E EMBOLIAS RESULTANTES DE FERIMENTO VISÍVEL CAUSADO EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO.
- i) DE INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE COBERTO.
- j) DE PERTURBAÇÕES OU INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE, BEM COMO DAS INTOXICAÇÕES CAUSADAS PELA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS OU MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR MÉDICOS EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO.
- k) DE LESÕES DECORRENTES, DEPENDENTES, PREDISPOSTAS OU FACILITADAS POR ESFORÇOS REPETITIVOS OU MICROTRAUMAS CUMULATIVOS, OU QUE TENHAM RELAÇÃO DE CAUSA E EFEITO COM ESFORÇOS OU MICROTRAUMAS, 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 CONSEQUÊNCIAS PÓS-TRATAMENTOS, INCLUSIVE CIRÚRGICAS, EM QUALQUER TEMPO. IGUALMENTE ESTÃO EXCLUÍDAS DESTA COBERTURA AS SITUAÇÕES RECONHECIDAS POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA OU ASSEMELHADAS, COMO "INVALIDEZES ACIDENTÁRIAS", NAS QUAIS O EVENTO CAUSADOR DA LESÃO NÃO SE ENQUADRE INTEGRALMENTE NO CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL.

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. PRAZO DE CARÊNCIA

6.1. 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):** 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 (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 seguradora.

9. DATA DO EVENTO

9.1. Considera-se como data do evento para efeito de determinação do capital segurado, quando da 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 efetivo dispêndio pelo segurado.
- cobertura de diárias por incapacidade temporária: A data em que o segurado se afastar de sua atividade profissional.

10. BENEFICIÁRIOS

10.1. Os beneficiários do seguro para a cobertura morte acidental do segurado principal serão aqueles designados na proposta de contratação.

10.1.1. O segurado principal poderá, livremente e a qualquer tempo, por escrito, indicar ou alterar os seus beneficiários, mediante aviso escrito à Allianz Seguros S.A.

10.1.2. Será considerada, em caso de sinistro, qualquer alteração de beneficiários que seja de conhecimento da Allianz Seguros S.A. até o momento do pagamento da indenização. Caso o segurado não dê ciência à Allianz Seguros S.A. da substituição de seu(s) beneficiário(s) na forma prevista nos subitens acima, a Allianz Seguros S.A. pagará a indenização segundo a indicação anterior.

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, bem como no caso de morte do segurado Dependente, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão de cônjuge prevista no subitem 12.4, o beneficiário será sempre o próprio segurado principal.

10.3.1. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do segurado Dependente, o capital segurado referente à cobertura do segurado Dependente deverá ser pago aos herdeiros legais deste, salvo disposição em contrário.

11. ACEITAÇÃO DO SEGURO

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

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 S.A. 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 S.A., o seguro será considerado aceito.

11.4. A não-aceitação da proposta de contratação, por parte da Allianz Seguros S.A., será comunicada por escrito ao segurado 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 (dezesseis) anos deverão ser representados pelos pais ou responsáveis, ou assistidos por eles se contarem mais de 16 (dezesseis) 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 seguradora 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 seguradora 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 seguradora 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 baseiam-se em critérios técnicos adotados pela Allianz Seguros S.A., 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 S.A. não implica a aceitação da proposta, devendo-se observar o disposto no subitem 12.3.4 destas condições gerais.

12.4. Inclusão de cônjuge

12.4.1. A inclusão de cônjuge do segurado principal neste seguro, na qualidade de segurado Dependente, e desde que esteja em perfeitas condições de saúde, poderá ser feita de forma facultativa, quando o segurado principal solicitar a inclusão por escrito e desde que o cônjuge seja aceito pela seguradora, mediante o pagamento do prêmio adicional.

12.4.2. Incluído o cônjuge neste seguro, a sua morte, desde que coberta, garante ao segurado principal o pagamento do capital segurado contratado para cláusula de inclusão de cônjuge, observadas as demais cláusulas destas condições gerais.

12.4.2.1. O cônjuge poderá participar da cobertura adicional de DMH (despesas médicas, hospitalares e odontológicas) conforme indicado na proposta de contratação e desde que também contratadas pelo segurado principal.

12.4.2.2. Não é extensiva ao cônjuge a cobertura de DIT (Diárias por incapacidade temporária).

12.4.3. Equipara-se ao cônjuge a(o) companheira(o) do segurado principal, desde que comprovada, documentalmente, no momento do sinistro, a união estável entre ambos, na forma da legislação aplicável à matéria.

12.4.4. Ao segurado principal caberá declarar sobre o estado de saúde de seu cônjuge.

12.4.5. Desfeita a sociedade conjugal ou a união estável, canceladas estarão, automaticamente, as coberturas contratadas para o segurado Dependente incluído na condição de cônjuge, independentemente desse fato ter sido ou não comunicado pelo segurado principal à Allianz Seguros S.A. e de ter havido pagamento de prêmio. Nesse caso, os eventuais prêmios pagos serão devolvidos e atualizados pelo IPCA/IBGE pró-rata temporis desde a data de pagamento até a sua efetiva restituição.

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 S.A. 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 recepcionadas 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 recepcionada 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 S.A.

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

14.1. 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 S.A., 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 S.A., 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.

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.
- b) Quando o segurado deixar de pagar o prêmio mensal, observado o disposto no subitem 18.6.1 destas condições gerais.
- c) Com a morte do segurado principal.
- d) 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.
- e) Automaticamente, pela inobservância das obrigações convencionadas no contrato de seguro, por parte do segurado, seus dependentes, beneficiários ou prepostos.
- f) Com o final de sua vigência, sem renovação.

16.2. Ocorrerá o cancelamento da cobertura do segurado dependente automaticamente:

- a) Com a cessação da condição de dependente do segurado principal, por não mais preencher os requisitos que lhe davam essa qualidade, ainda que esse fato não tenha sido comunicado à seguradora.
- b) A pedido do segurado principal, quando a inclusão for facultativa.
- c) Com o cancelamento do seguro do segurado principal, qualquer que seja a causa.

16.3. 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 2.18.

18. DATA LIMITE PARA PAGAMENTO DO 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, deverá efetuar o pagamento do prêmio por meio de depósito na conta da seguradora ou mediante ordem de pagamento bancário com indicação do número da apólice de seguro, enviando o comprovante à Allianz Seguros S.A.

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

18.6. Tolerancia para atraso no pagamento dos prêmios

18.6.1 No caso de não pagamento de prêmios mensais, bimestrais, trimestrais, quadrimestrais, semestrais ou anuais, a cobertura do seguro será mantida com conseqüente 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), dentro de 60 (sessenta) dias a contar do vencimento da primeira parcela vencida e não paga.

19. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES

19.1 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), acumulados nos 12 (doze) meses que antecedem os 4 (quatro) meses anteriores ao do aniversário.

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

19.3. As coberturas de morte acidental (MA) e de invalidez permanente total ou parcial por acidente (IPA) não sofrerão alteração devido a mudança de idade do segurado.

19.4. A Allianz Seguros S.A. reserva-se o direito de exigir, em qualquer tempo, prova satisfatória da idade do segurado.

20. PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO

20.1. A Allianz Seguros S.A. 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 S.A. 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.

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

21. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

21.1. Prazo de pagamento da indenização

Após a entrega de toda a documentação básica relacionada nos subitens 22.1 a 22.4, para cada cobertura reclamada, e estando caracterizado o sinistro para a cobertura do seguro, a Allianz Seguros S.A. providenciará o pagamento da indenização no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega de todos os documentos.

21.1.1. Atualização da indenização

Decorrido o prazo de 30 dias mencionado no subitem 22.1. o valor da indenização passa a ser atualizado pela variação positiva do índice 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), a partir da data do sinistro.

21.1.2. Juros de mora

A taxa de juros moratórios será a da taxa SELIC, calculada pró-rata dia, a contar da data do término do prazo contratual do pagamento.

21.1.2.1. Os valores das obrigações pecuniárias da seguradora Allianz Seguros S.A. sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no plano, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária.

21.1.2.2 - 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.

21.1.2.3 - 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.

22. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

A ocorrência do evento deverá ser comunicada imediatamente à Allianz Seguros S.A. por fax, telegrama, carta, e-mail ou qualquer outro meio disponível no momento. Em seguida, deverão ser entregues cópias autenticadas da documentação relacionada adiante, junto com o formulário “Aviso de Sinistro” totalmente preenchido e assinado pelo segurado ou por seu representante ou por beneficiários e pelo médico assistente. Esses documentos são imprescindíveis à análise do sinistro.

22.1. Para a cobertura morte acidental:

- a) Certidão de Nascimento e/ou Cédula de Identidade e CPF do segurado.
- b) Certidão de Óbito.
- c) Laudo de Exame Cadavérico, no caso de *causa mortis* não determinada na Certidão de Óbito.
- d) Comprovante de Residência dos beneficiários.
- e) Termo de Autorização para Crédito em Conta Corrente.
- f) Boletim de Ocorrência Policial (BO).
- g) Laudo de Exame Cadavérico (IML).
- h) Laudo de Dosagem Alcoólica e Toxicológica, no caso de realização desse exame sem que seu resultado conste do Laudo de Exame Cadavérico (IML).
- i) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado.
- j) Documentação dos beneficiários:
 - Cônjuge: Certidão de Casamento atualizada, Cédula de Identidade e CPF.
 - Companheira(o): Comprovação de que o beneficiário vivia com o segurado em situação de união estável, Cédula de Identidade e CPF.
 - Filhos: Certidão de Nascimento e/ou Cédula de Identidade e CPF.
 - Pais: Certidão de Casamento atualizada, Cédula de Identidade e CPF.
 - Irmãos: Certidão de Nascimento e/ou Cédula de Identidade e CPF.

22.2. Em caso de ocorrência de invalidez permanente total ou parcial por acidente (IPA):

- a) Certidão de Nascimento e/ou Cédula de Identidade e CPF do segurado.
- b) Boletim de Ocorrência Policial (BO) ou Comunicação de Acidente do Trabalho – INSS (CAT).
- c) Laudo de Exame de Corpo de Delito (IML).
- d) Laudo de Dosagem Alcoólica e Toxicológica.
- e) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado.
- f) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão, o grau definitivo de invalidez e se o segurado encontrava-se em tratamento quando da entrega do Aviso de Sinistro, anexando resultados de exames e radiografias realizados pelo segurado.
- g) Comprovante de Residência.
- h) Termo de Autorização para Crédito em Conta Corrente.

22.3. Em caso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas:

- a) Certidão de Nascimento e/ou Cédula de Identidade e CPF do segurado.
- b) Boletim de Ocorrência Policial (BO) ou Comunicação de Acidente do Trabalho – INSS (CAT).
- c) Comprovantes originais das despesas médicas e/ou hospitalares.
- d) Comprovante de vínculo entre o segurado e o Estipulante.
- e) Holerite relativo ao mês da ocorrência, se for o caso.
- f) Comprovante de Residência.
- g) Termo de Autorização para Crédito em Conta Corrente.

22.4. Em caso de diárias por incapacidade temporária causada por acidente:

- a) Certidão de Nascimento e/ou Cédula de Identidade e CPF do segurado.
- b) Boletim de Ocorrência Policial (BO) ou Comunicação de Acidente do Trabalho – INSS (CAT).
- c) Laudo de Exame de Corpo de Delito (IML).
- d) Laudo de Dosagem Alcoólica e Toxicológica.
- e) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado.
- f) Comprovante de vínculo entre o segurado e o Estipulante.
- g) Holerite relativo ao mês da ocorrência, se for o caso.
- h) Comprovante de Residência.
- i) Termo de Autorização para Crédito em Conta Corrente.
- j) Todos os resultados de exames comprobatórios do acidente, relatório do médico assistente descrevendo, no mínimo, o motivo e a estimativa do número de dias de afastamento e quaisquer outros documentos referentes ao caso que o segurado julgar esclarecedor.

Importante:

A seguradora Allianz Seguros S.A. poderá solicitar, em caso de dúvida fundamentada e justificada, outros documentos não relacionados anteriormente. Nesse caso, o prazo mencionado no subitem 21.1 das condições gerais será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento, pela seguradora Allianz Seguros S.A., desses documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

22.5. Perícia médica

Não obstante a entrega da documentação descrita nos subitens 22.1 a 22.4, a seguradora Allianz Seguros S.A. reserva-se o direito de efetuar perícia, a ser realizada pelo seu departamento médico.

22.6. Junta médica

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

22.6.1. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Allianz Seguros S.A., 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.

22.6.2. 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.

23. 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 S.A., respeitadas as condições contratuais e as normas do seguro.

24. RESSARCIMENTO CONTRA TERCEIROS

A seguradora, 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.

25. PRESCRIÇÃO

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

26. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

26.3. 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.

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

27. 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.