

# CONDIÇÕES GERAIS DE ACIDENTES PESSOAIS EM MOTO TÁXI

## 1 - Objetivo do Seguro

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao segurado ou a seus beneficiários, caso aquele venha a sofrer um acidente pessoal coberto, respeitadas as condições contratuais.

## 2 - Conceitos

Para os fins deste seguro, considera-se acidente pessoal o evento com data caracterizada, exclusiva e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta à morte ou invalidez permanente total ou parcial do segurado ou torne necessário tratamento médico.

2.1. - Inclui-se no conceito de acidente pessoal às lesões decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;

- a) escapamento acidental de gases e vapores;
- b) sequestros e tentativas de sequestros; e
- c) alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causada exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

2.2 - Para fins deste seguro, 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;
- b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto.

## 3 - Riscos Cobertos

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

- a) ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- b) atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
- c) choque elétrico e raio;
- d) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- e) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- f) queda n'água ou afogamento.

## 4 - Riscos Excluídos

Além dos riscos conceituados no subitem 2.2, estão expressamente excluídos da cobertura do seguro os acidentes 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) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação

- ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) direta ou indireta de quaisquer alterações mentais conseqüentes do uso do álcool, de drogas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas;
  - d) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
  - e) de ato reconhecidamente perigoso – *agravamento voluntário do risco*, exceto se a morte ou incapacidade do segurado provier de utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.
  - f) Qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências;
  - g) O parto ou aborto e suas conseqüências;
  - h) As perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
  - i) Do suicídio ou a tentativa de suicídio, nos dois primeiros anos de vigência inicial do contrato de seguro ou de sua recondução depois de eventual suspensão;
  - j) O choque anafilático e suas conseqüências.

## **5 - Garantias do Seguro:**

As garantias do seguro dividem-se em básicas e adicionais.

São garantias básicas:

### **5.1 - Morte Acidental;**

No caso de Morte Acidental, a Seguradora pagará aos beneficiários do seguro a importância correspondente, respeitado o que dispõe o item 8, destas Condições.

5.1.1 - A garantia de Morte Acidental, nos seguros de menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios.

5.1.1.2 - Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado.

5.1.1.3 - Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

### **5.2 - Invalidez Permanente por Acidente**

No caso de Invalidez Permanente, desde que esteja terminado o tratamento e seja definitivo o caráter da invalidez, a Seguradora pagará de uma só vez uma indenização de acordo com a seguinte tabela:

5.2.1 - TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL.

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre a Importância Segurada
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	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 (cinco) centímetros ou mais	15
	- de 4 (quatro) centímetros	10
- de 3 (três) centímetros	6	
- menos de 3 (três) centímetros: sem indenização		

**5.2.2 - Como Invalidez Permanente, entende-se a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão.**

**5.2.3 - Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%.**

**5.2.4 - Nos casos não especificados na Tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.**

**5.2.5 - Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento). Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder a indenização prevista para sua perda total.**

**5.2.6 - Para efeito da indenização, a perda ou maior redução de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.**

**5.2.7 - A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito a indenização por invalidez permanente.**

**5.2.8 - A Invalidez Permanente deve ser comprovada com a apresentação à Seguradora de declaração médica.**

**5.2.9 - No caso de menores de idade, a indenização por Invalidez Permanente será paga conforme a seguir:**

**a) pessoas de idade inferior a 16 (dezesseis) anos – a indenização será paga em nome do menor segurado.**

**b) *Pessoas de idade de 16 (dezesseis) a 18 (dezoito) anos, exclusive – a indenização será paga ao menor segurado, devidamente assistido pelo pai, mãe ou tutor.***

**5.3 – São garantias Adicionais:**

**5.3.1 - Despesas Médico-Hospitalares:**

No caso de Despesas Médico-Hospitalares, efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contatos da data do acidente, a Seguradora indenizará as despesas médicas e dentárias, bem como diárias hospitalares, incorridas a critério médico, necessárias para o restabelecimento do Segurado, observados os critérios dos subitens a seguir:

**5.3.1.1 - Não estão abrangidas as despesas decorrentes de:**

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;**
- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.**

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

**5.3.1.3 - A comprovação das despesas médico-hospitalares deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente.**

**5.3.1.4 - As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido,**

atualizado monetariamente pela seguradora, quando da liquidação do sinistro, conforme definido na legislação.

#### **6 - Não Acumulação de Indenizações**

**As indenizações por Morte e Invalidez Permanente não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente, verificar-se a morte do Segurado em decorrência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de Morte, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente, não exigindo entretanto a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de Morte.**

**As indenizações por Despesas Médico-Hospitalares são cumulativas com qualquer outra garantia do presente seguro.**

#### **7 - Reintegração**

A seguradora procederá à reintegração automática da garantia de Despesas Médico-Hospitalares, quando as indenizações ou soma das indenizações pagas atingir ou ultrapassar o respectivo capital segurado.

7.1 - A reintegração do capital segurado é automática após cada acidente na garantia de invalidez Permanente Parcial.

#### **8 - Nulidade do Contrato**

**Nulo será o contrato de seguro para garantia de ato doloso do segurado, do beneficiário, ou do representante de um ou de outro.**

#### **9 - Vigência e Renovação da Apólice**

O prazo de vigência da apólice é de 1 (um) ano, podendo ser renovada automaticamente uma única vez, caso não haja expressa desistência da Seguradora ou do Estipulante, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias antes de seu vencimento, comunicar, por escrito, a falta de interesse na sua continuação.

9.1 - A renovação expressa poderá ser quantas vezes se fizer necessário, desde que realizada pelo estipulante, nos seguros coletivos, e desde que não implique em ônus ou dever para os segurados.

9.2 - Mediante solicitação específica de Segurados que representem no mínimo três quartos do grupo, ainda que por procuradores especialmente nomeados, poderão ser ajustadas outras renovações ou alterações da apólice.

#### **10 - Inclusão de Componentes**

A inclusão dos componentes principais far-se-á das seguintes formas, conforme declaração constante deste seguro:

- a) automática – quando o seguro abrange todos os componentes principais;
- b) facultativa – quando o seguro abrange somente os componentes principais que autorizarem sua inclusão, ou, cuja cobertura seja contratada por conta e ordem do Estipulante.

10.1 - A aceitação dos componentes seguráveis é feita por inclusão a este seguro, sendo exigido para análise, o preenchimento de cartão-proposta, bem como declaração pessoal de saúde.

10.2 - A Seguradora terá prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a aceitação ou recusa do cartão proposta de cada proponente, contados a partir da data de seu recebimento;

10.3 - Poderá ser feita solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco, uma única vez, durante o prazo do item 10.2.

10.3.1 - Solicitados documentos complementares, o prazo de 15 dias será automaticamente suspenso, voltando a correr na data de recepção dos documentos pela Seguradora.

10.4 - A Seguradora fornecerá ao proponente/ Estipulante, protocolo que identifique o cartão proposta recepcionado, com indicação de data e hora do seu recebimento.

**10.5 - Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, será restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela "pro rata temporis" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. A seguradora deverá, obrigatoriamente, proceder à comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta, justificando a recusa.**

10.5.1 – A ausência de manifestação por escrito da seguradora sobre a recusa da proposta no prazo de aceitação, acarretará a sua aceitação tácita.

### **11 - Vigência do Risco Individual**

O prazo de vigência do Risco Individual é de 90 (noventa) dias, iniciando-se às 24 (vinte e quatro) horas do dia do pagamento do prêmio junto à rede bancária.

### **12 - Prova do Seguro**

A cada Segurado incluído no seguro e em cada uma das renovações subseqüentes, em um prazo máximo de até 15 dias, será enviado um Certificado Individual que conterà os seguintes elementos mínimos:

- a) data do início de vigência do seguro; e
- b) capital segurado de cada garantia.

### **13 - Declarações Inexatas**

**O Segurado e a Seguradora são obrigados a guardar na execução deste contrato de Seguro a mais estrita boa-fé e veracidade, tanto a respeito do objeto como das circunstâncias e declarações a ele concernentes.**

### **14 - Capital Segurado**

Entende-se por Capital Segurado o valor a ser pago na ocorrência de um evento coberto em função da garantia contratada, vigente na data do evento.

14.1 - O capital máximo individual para esse seguro estará determinado nas Condições Especiais da apólice.

14.2 - Todos os valores relativos às coberturas securitárias são expressos em reais.

14.3 - Para fins de cálculo da Indenização, quando da liquidação de sinistros decorrente de morte acidental ou de invalidez por acidente, será considerada data do acidente.

### **15 - Forma e Data de Pagamento**

O interessado obterá a proposta junto ao corretor de seguro de sua preferência. Obtida a proposta, bastará o preenchimento obrigatório de todos os campos e o pagamento do prêmio único junto à rede bancária para que o seguro tenha início de vigência às 24 horas do dia do pagamento.

**15.1** O corretor de seguros, após o preenchimento da proposta pelo proponente, reterá a primeira e segunda via da proposta e remeterá a primeira via ao estipulante, que semanalmente aglutinará a produção e as encaminhará a Seguradora.

**15.2 - É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação, nos planos de Seguro de Acidentes Pessoais;**

15.3 - O pagamento do prêmio até a data de seu vencimento manterá o seguro em vigor até o último dia do período de cobertura a que se referir;

15.4 - Quando o vencimento do prêmio ocorrer em feriado bancário ou final de semana ficará automaticamente prorrogado para o primeiro dia útil subsequente;

## **16 - Custeio do Seguro**

Para fins deste seguro e de acordo com a declaração constante deste contrato, o custeio pode ser:

- a) Não contributário, em que os componentes não pagam prêmio, ou
- b) Contributário, em que os componentes pagam prêmio, total ou parcialmente.

## **17 - Cessaçãõ da Cobertura de Cada Segurado**

A cobertura de cada segurado cessará:

**17.1 - No final do prazo de vigência do certificado individual ou da apólice, se esta não for renovada, observando-se em qualquer caso, que se dará a caducidade do seguro, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade, se o Segurado, os prepostos ou os beneficiários agirem com dolo, fraude ou culpa grave na contratação do seguro, ou ainda para obter ou para majorar a indenização;**

**17.1.1 - Com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante;**

**17.1.2 - Quando o Segurado solicitar sua exclusão da apólice ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio;**

17.2 - No caso do desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante, o Segurado poderá continuar coberto pela apólice se assumir o custo total do seguro, desde que haja expressa concordância da Seguradora.

## **18 - Cancelamento do Seguro**

Este seguro será cancelado nos casos abaixo:

- a) com o pagamento da indenização decorrente da Morte ou Invalidez Permanente Total do Segurado;
- b) em caso de dolo, fraude, omissão ou culpa grave do Segurado, do beneficiário ou do representante legal de um ou do outro na contratação ou no decorrer da vigência deste seguro;
- c) pelo Estipulante, desde que possua anuência de no mínimo três quartos do grupo segurado quando este se manifestar contrário à renovação automática prevista no sub-item 9 acima, observando o prazo ali estabelecido;
- d) por mútuo acordo entre as partes, Seguradora e Estipulante, desde que o Estipulante possua anuência de no mínimo três quartos do grupo segurado;
- e) pelo desaparecimento de vínculo entre o Segurado e o Estipulante, respeitado em qualquer caso, o período de vigência correspondente ao prêmio pago;
- f) no caso de Morte do Segurado ou da Invalidez Permanente Total quando se tratar de seguro contratado sem a garantia de Morte, ou se o capital segurado de Invalidez Permanente Total for igual ou superior ao de Morte. Neste caso, o prêmio será devido integralmente.

## **19 - Instituição e Mudança de Beneficiários**

O Segurado deverá indicar no cartão proposta, pessoa(s) física(s) perfeitamente identificável(is), a favor da(s) qual(is) será pago o capital segurado, na eventualidade da ocorrência de evento coberto;

19.1 - A qualquer tempo, o segurado poderá alterar o(s) beneficiário(s) indicado(s), por meio de solicitação formal, datada, assinada e protocolizada na Seguradora;

19.2 - Na hipótese de morte simultânea do segurado e de seu beneficiário indicado, a indenização será paga aos herdeiros legais, observado a ordem de vocação hereditária.

19.3 - Não sendo instituído beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer (em) o que for designado(s), o capital segurado será pago metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária.

19.4 - Na falta das pessoas indicadas no item anterior, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários a sua subsistência.

## **20 - Ocorrência do Evento**

**Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Sociedade Seguradora, deverá ser ele comunicado pelo Segurado, seu Representante ou pelos Beneficiários formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido, ou em carta registrada ou telegrama dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.**

**20.1 - Da comunicação por carta ou telegrama deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.**

**20.1.2 - A comunicação na forma do subitem 20.1 não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário “Aviso de Sinistro”.**

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

## **21 - Comprovação do Acidente**

O Segurado ou Beneficiário, para recebimento da indenização, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias com ele relacionado, facultando à Sociedade Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

21.1 - As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do segurado ou de seus beneficiários, salvo as diretamente realizadas pela Sociedade Seguradora.

21.2 - A Seguradora poderá exigir em caso de dúvida fundada e justificável, outros documentos tanto do Segurado quanto dos beneficiários.

21.3 - As providências ou atos que a Sociedade Seguradora praticar após o acidente não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

## **22 - Pagamento de Indenização**

A partir da entrega de toda a documentação exigível relacionada abaixo, a Seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para liquidação do sinistro.

### **22.1 - Em caso de morte acidental (cópias autenticadas):**

- a) Formulário de aviso de Sinistro preenchido pelo estipulante e assinado pelos beneficiários e estipulante;
- b) Certidão de Óbito;
- c) CPF/MF do Segurado;
- d) Cédula de Identidade do Segurado;
- e) Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial, se for o caso;
- f) CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se for o caso;
- g) Carteira Nacional de Habilitação do segurado quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido o condutor do veículo;
- h) Laudo de Necropsia se houver;
- i) Laudo de Exame Toxicologia e teor alcoólico, quando realizados;
- j) Documentação do (s) beneficiário (s):
  - Cônjuge – Certidão de Casamento atualizada, CPF/MF e Cédula de Identidade;
  - Companheira – Comprovante de União estável, CPF/MF e Cédula de Identidade;

- Filhos – Certidão de Nascimento, CPF/MF e Cédula de Identidade;
- Pais – CPF/MF e Cédula de Identidade;
- Comprovante de Endereço.

**22.2 - Em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (cópias autenticadas):**

- Formulário de aviso de Sinistro, preenchido pelo estipulante e assinado pelos beneficiários e estipulante;
- CPF/MF do Segurado;
- Cédula de Identidade do Segurado;
- Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial se for o caso;
- CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se for o caso;
- Carteira Nacional de Habilitação do segurado quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido o condutor do veículo;
- Laudo de Exame Toxicologia e teor alcoólico, quando realizados;
- Comprovante de Endereço;
- Atestado de Alta Médica definitiva;
- Resultados de todos os exames realizados na pessoa do segurado.

**22.3 - Em caso de Despesas Médico – Hospitalar – DMH (cópias autenticadas):**

- Formulário de aviso de Sinistro, preenchido pelo estipulante, segurado e médico assistente;
- CPF/MF do Segurado;
- Cédula de Identidade do Segurado;
- Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial se for o caso;
- CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se for o caso;
- Carteira Nacional de Habilitação do segurado quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido o condutor do veículo;
- Comprovante de Endereço;
- Originais de todos os comprovantes de despesas médicas e hospitalares;
- Resultados de todos os exames realizados na pessoa do segurado.

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

22.5 - Na hipótese de dúvida fundada e justificável que acarrete a necessidade de solicitação de novos documentos por parte da seguradora, o prazo de 30 dias será suspenso na data da solicitação, voltando a fluir na data em que os documentos ou exames complementares forem efetivamente entregues à seguradora.

22.6 - As indenizações por morte acidental ou invalidez total por acidente serão pagas de forma integral.

**22.6.1 - Após o pagamento da indenização sob a forma de pagamento único, o segurado será automaticamente excluído da apólice.**

**22.7 - Quando a liquidação de obrigações de valores não for efetuada dentro do prazo estabelecido, aplicar-se-á juros legais sobre essas obrigações.**

**22.8 - Não terá direito à indenização o segurado em mora no pagamento do prêmio, se ocorrer o sinistro antes de sua purgação.**

**23 – Perda de Indenização**

A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente seguro, caso haja por parte do segurado, seus prepostos ou seus beneficiários:

- inexatidão ou omissão nas declarações constantes da proposta do seguro;
- inobservância das obrigações convencionadas neste seguro; e
- fraude ou tentativa de fraude simulando acidente ou agravando as conseqüências do acidente.

**24 - Junta Médica**

Eventuais discordâncias sobre a causa, natureza ou extensão das lesões decorrentes de Acidente Pessoal coberto, bem como dúvidas sobre matéria médica não prevista expressamente nestas Condições Gerais, deverão ser submetidas a uma junta médica constituída de 3 (três) médicos especialistas, sendo um indicado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos indicados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver indicado; os honorários do terceiro médico serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

**25 - Material de Divulgação**

As peças promocionais e de propaganda e a divulgação do seguro, por parte do Estipulante, dependerá de autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as Condições Gerais, Especiais e Particulares.

**26 - Alterações do Contrato**

Qualquer alteração ou modificação da apólice em vigor, que implique em ônus ou dever para os segurados, dependerá da anuência expressa de três quartos do grupo segurado;

26.1 – Nenhuma alteração será válida se não for feita, por escrito.

**27 – Interpretação**

As palavras e expressões em negrito, onde houver definição específica, terão o mesmo significado onde quer que apareçam neste Seguro. Onde permitido pelo contexto, o sexo masculino inclui o feminino, o singular inclui o plural e o plural o singular, e os termos técnicos utilizados neste contrato têm seu significado identificado no glossário que se encontra na parte final destas condições especiais.

**28 – Cobertura Geográfica**

O presente seguro abrange os acidentes ocorridos em qualquer no âmbito geográfico da do globo terrestre.

**39 - Foro**

Fica eleito o foro do domicílio do segurado para a discussão de quaisquer fatos relacionados ao seguro.

## CONCEITOS E DEFINIÇÕES:

**APÓLICE** - É o documento legal, emitido pela American Life Companhia de Seguros, que caracteriza o contrato de seguro e formaliza suas condições gerais e particulares.

**BENEFICIÁRIO** - É a pessoa física, especificada pelo Segurado a favor da qual é devida a indenização em caso de ocorrência de evento coberto.

**CAPITAL SEGURADO** - É a importância máxima a ser paga ao Segurado ou a seus Beneficiários para cada garantia contratada.

**CARTÃO PROPOSTA** - É o documento fornecido pela Seguradora para que os proponentes possam aderir ao seguro, manifestando suas condições atuais de saúde e discriminado seu(s) Beneficiário(s).

**CARÊNCIA** - É o período compreendido entre o início da vigência do Seguro e o início de vigência das garantias contratadas, sem prejuízo do prêmio.

**CERTIFICADO INDIVIDUAL** - é o documento emitido pela American Life Companhia de Seguros para a comprovação da aceitação de inclusão do Segurado na Apólice de Seguro.

**CONDIÇÕES GERAIS** - É o conjunto de cláusulas e condições contratuais que estabelecem obrigações e direitos do Segurado, do Estipulante e da American Life Companhia de Seguros.

**CONDIÇÕES ESPECIAIS:** É o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam existir dentro de um mesmo plano de seguro.

**CUSTEIO** - O presente seguro será Totalmente Contributário, ou seja, quando os Segurados individuais arcarem integralmente com o ônus do pagamento dos prêmios.

**COMPONENTES PRINCIPAIS** – aquelas pessoas que mantêm vínculo com o estipulante;

**DANOS MORAIS** – As indenizações decorrentes de condenação judiciais passada em julgado por ofensas à moral do ofendido.

**ESTIPULANTE** - É a pessoa jurídica indicada no Certificado Individual, que contrata o Seguro em benefício de grupo que a ela de qualquer modo se vincule, e é a única responsável para com o segurador, pelo cumprimento das obrigações contratuais. Mediante cláusula mandato específica, o estipulante poderá ser investido dos poderes de representação dos segurados perante a seguradora.

**EVENTO COBERTO (ou sinistro)** – Toda e qualquer ocorrência ou acontecimento passível de ser garantido por uma apólice de seguro.

**FRANQUIA** - É o período de tempo, contado da data de ocorrência do sinistro ou evento coberto até a data do efetivo início de pagamento da indenização, conforme pactuado contratualmente.

**INDENIZAÇÃO** - É o valor que a American Life Companhia de Seguros deverá pagar ao Segurado ou a seus Beneficiários em caso de ocorrência de um evento coberto.

**GRUPO SEGURADO** - É aquele constituído pelo total dos segurados principais efetivamente incluídos na apólice.

**PRÊMIO / CUSTO** - É o valor que o Segurado paga a American Life Companhia de Seguros para que esta assuma a responsabilidade pelas garantias contratadas.

**PROPONENTE** - É a pessoa que pretende fazer o Seguro e que apresenta à American Life Companhia de Seguros a proposta de contratação.

**PROPOSTA DE SEGURO** - É o documento mediante o qual o Estipulante expressa formalmente a intenção de contratar o Seguro.

**PROPOSTA INDIVIDUAL** - É o documento preenchido e firmado pelo proponente objetivando a contratação do Seguro, onde declara suas condições de saúde e a sua concordância com as cláusulas e condições estabelecidas no Contrato de Seguro.

**RISCO** – Evento incerto ou de data incerta e que independe da vontade das partes contratantes e contra o qual é feito o seguro.

**SEGURADO** - É a pessoa física que mantém vínculo com o Estipulante e que aceito pela American Life Companhia de Seguros, contrata o Seguro.

**SEGURADORA** - É a American Life Companhia de Seguros, que assume a responsabilidade dos riscos cobertos pela apólice mediante o prévio recebimento do prêmio.

**SEGURO** – Contrato pelo qual a seguradora mediante a cobrança de prêmio se compromete a indenizar o segurado ou o beneficiário pela ocorrência do evento coberto pela apólice.

**SINISTRO (evento coberto)** - É o acontecimento futuro e incerto, previsto nas garantias contratadas, que acarretará obrigações pecuniárias para a American Life Companhia de Seguros.

**VIGÊNCIA** - É o período de tempo fixado no Contrato de Seguro, durante o qual a American Life Companhia de Seguros tem a obrigação de pagar indenizações ao próprio Segurado ou aos seus Beneficiários em caso de ocorrência de um sinistro coberto pelas garantias contratadas.