
Seja bem-vindo!

Você acaba de adquirir o Porto Seguro Acidentes Pessoais Individual *Plus*, um seguro simplificado, com cobertura de Despesas Médicas e Assistência em Viagens.

É um seguro que garante as Despesas Médico-Hospitalares em casos de acidentes e uma indenização em casos de Morte Acidental ou Invalidez Permanente por Acidente.

O Seguro permite também a contratação das coberturas adicionais Profissional e Assistência Funeral Individual ou Familiar.

E você conta ainda com o serviço de Assistência 24h em Viagens e o Programa *Bem Viver*: um conjunto de benefícios que ajuda você a viver mais e melhor.

Ninguém está livre de sofrer um acidente. Mas pode escapar dos prejuízos financeiros que ele causa.

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL PLUS

1. CONCEITOS.....	5
2. OBJETIVO DO SEGURO	6
3. GARANTIAS DO SEGURO	7
4. RISCOS EXCLUÍDOS	9
5. CONTRATAÇÃO.....	11
6. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DE SEGURADOS.....	11
7. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS.....	11
8. VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO DO SEGURO E INÍCIO DA VIGÊNCIA.....	11
9. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.....	12
10. CESSAÇÃO DA COBERTURA E REABILITAÇÃO DO SEGURO.....	12
11. EXTINÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO.....	12
12. ALTERAÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO	12
13. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	13
14. FORMAS DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO.....	14
15. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	15
16. MODIFICAÇÕES DE RISCO	15
17. INSTITUIÇÃO E MUDANÇA DE BENEFICIÁRIO	15
18. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	16
19. DO FORO	16
20. DISPOSIÇÕES FINAIS	16

CONDIÇÃO ESPECIAL PARA COBERTURA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

1. CONCEITOS.....	17
2. OBJETO	17
3. GARANTIA DO SEGURO	17

4. RISCOS EXCLUÍDOS	17
5. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO.....	18
6. PAGAMENTO DO BENEFÍCIO	19
7. MODIFICAÇÕES DE RISCO	19
8. DISPOSIÇÕES FINAIS	19
ANEXO I	21

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

1. OBJETO	23
2. DA GARANTIA DA ASSISTÊNCIA FUNERAL	23
3. COBERTURAS DA ASSISTÊNCIA FUNERAL	23
4. RISCOS EXCLUÍDOS	24
5. DA CARÊNCIA.....	24
6. DO REEMBOLSO	24
7. DO PEDIDO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA.....	24
8. OBRIGAÇÕES GERAIS DA FAMÍLIA DO SEGURADO	24
9. DAS LIMITAÇÕES AOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA	25
10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	25
11. DISPOSIÇÃO FINAL	25

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL PLUS

Susep nº 15414.002640/2006-63

1. CONCEITOS

1.1. ACIDENTES PESSOAIS

Para fins deste seguro, considera-se “acidente pessoal” o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, 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 torne necessário tratamento médico.

1.1.1. Incluem-se, ainda, no conceito de acidente pessoal as lesões decorrentes de:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- b) ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- c) escapamento acidental de gases e vapores;
- d) seqüestros e tentativas de seqüestros, dos quais o Segurado seja a vítima;
- e) alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

1.1.2. **Não se incluem no conceito de acidente pessoal, para os fins deste seguro:**

- a) **as doenças (incluídas as profissionais), moléstias ou enfermidades, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente coberto;**
- b) **as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes não cobertos;**
- c) **as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetidos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relações de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: lesão por Esforços Repetitivos – LER, lesões Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado**

ou Contínuo – LTC, os similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

- d) **as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização da invalidez por acidente pessoal, definido no subitem 1.1**

1.2. APÓLICE

É o documento emitido pela Sociedade Seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

1.3. BENEFICIÁRIO

É a pessoa física ou jurídica a favor da qual é devida a indenização em caso de morte do Segurado.

1.4. CAPITAL SEGURADO

É a importância máxima a ser paga ao Segurado ou Beneficiário em função do valor estabelecido para cada cobertura contratada, vigente na data do evento.

1.5. CARÊNCIA

É o período contínuo de tempo, contado a partir do início de vigência da cobertura individual, durante o qual a Seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.

1.6. CONDIÇÕES GERAIS

Conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos, da Seguradora, dos Segurados, dos Beneficiários e, quando couber, do estipulante.

1.7. CORRETOR DE SEGURO

É o profissional, escolhido diretamente pelo Segurado, devidamente habilitado e autorizado a angariar e promover contratos de seguros remunerados, mediante comissões estabelecidas na tarifas.

1.8. ESTIPULANTE

É a pessoa física ou jurídica, legalmente constituída, que contrata a apólice, ficando investida dos poderes de representação dos Segurados perante a Sociedade Seguradora.

1.9. EVENTO COBERTO

É o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas garantias contempladas nestas Condições Gerais.

1.10. GARANTIAS

São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da contratação do seguro e que serão exigíveis por ocasião da ocorrência de um evento coberto, observadas as condições e os limites contratados.

1.11. INDENIZAÇÃO

É o valor que a Seguradora deverá pagar ao Segurado ou a seus Beneficiários quando da ocorrência de um **evento coberto, respeitadas as condições e os limites contratados.**

1.12. INÍCIO DE VIGÊNCIA

É a data de aceitação da Proposta de Contratação ou, se anterior, a data de pagamento do respectivo prêmio, desde que este pagamento decorra de ato inequívoco de aceitação da Seguradora.

1.13. LIMITE TÉCNICO

É o limite de importância segurada que a Seguradora assumirá em cada seguro específico, o qual é determinado pela própria Seguradora.

1.14. MÉDICO ASSISTENTE

É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

1.15. NOTA TÉCNICA ATUARIAL

É o documento, previamente protocolizado na SUSEP, que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano.

1.16. PRÊMIO

É a importância paga pelo Segurado à Seguradora para que esta garanta o risco contratado.

1.17. PROCESSO SUSEP

É o registro deste plano na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados), o que não implica por parte da autarquia algum incentivo ou recomendação à sua comercialização.

1.18. PROPONENTE

É a pessoa que propõe sua adesão à apólice e que passará à condição de Segurado somente após sua aceitação pela

Seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.

1.19. PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

É o documento mediante o qual o proponente expressa a intenção de contratar o seguro, especificando as garantias e Capitais Segurados propostos e manifestando pleno conhecimento e concordância com os termos estabelecidos nestas Condições Gerais. A Proposta de Contratação, desde que o risco seja aceito pela Seguradora, faz parte integrante do contrato.

1.20. RENDA CERTA

A renda certa é uma forma de indenização proporcionada ao(s) Beneficiário(s) ou ao próprio Segurado, em que o pagamento da cobertura pela Morte ou Invalidez Total por Acidente deste, será feito em no máximo 24 (vinte e quatro) parcelas, distribuídas por um certo período, antecipadamente determinado pelo Segurado na contratação do seguro.

1.21. RISCOS EXCLUÍDOS

São aqueles riscos, previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano.

1.22. SEGURADO

É a pessoa física com idade entre 16 (dezesesseis) e 70 (setenta) anos, quando do protocolo da Proposta de Contratação na Seguradora, habilitada a ser incluída na apólice de seguro.

1.22.1. Para contratação da Garantia Adicional de Diárias de Incapacidade Temporária o Segurado é a pessoa física com idade entre 16 (dezesesseis) e 64 (sessenta e quatro) anos, sendo esse o limite de idade para contratação.

1.23. SEGURADORA

É a pessoa jurídica legalmente constituída, que emite a apólice, assumindo o risco de indenizar o Beneficiário/Segurado caso ocorra um dos eventos cobertos pelo seguro.

1.24. SINISTRO

É a ocorrência de um evento danoso, que, desde que esteja expressamente previsto no contrato de seguro, observadas suas condições gerais, particulares e especiais, será indenizado pela Seguradora, respeitadas os limites de cobertura contratados.

1.25. VIGÊNCIA DO SEGURO

É o período de 01 (um) ano no qual a apólice de seguro está em vigor.

2. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao Segurado ou aos seus Beneficiários na

ocorrência de um acidente coberto, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais.**

3. GARANTIAS DO SEGURO

As garantias dividem-se em básicas e adicionais.

3.1. Garantias Básicas:

- a) Morte Acidental; e
- b) Invalidez Permanente por Acidente (IPA).

3.2. São consideradas garantias adicionais:

- a) Despesas Médico-Hospitalares (DMH);
- b) Diária de Incapacidade Temporária com ou sem Franquia Reduzida; e
- c) Assistência Funeral

3.3. Para a efetivação do seguro, será obrigatório contratar pelo menos uma das coberturas básicas oferecidas.

3.4. Indenização por Morte Acidental

Consiste no pagamento do capital segurado relativo à Cobertura Básica, de uma só vez, ao(s) beneficiário(s) do(s) Segurado(s) indicado(s) na Proposta de Contratação, após a **morte acidental** do mesmo, desde que ocorrida após o início de vigência e dentro do período de cobertura do seguro.

3.5. Indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

3.5.1. É a indenização paga ao próprio Segurado quando ocorrer a Invalidez Permanente Total ou Parcial de algum(s) de seus membros, órgãos ou sentidos, por motivo de acidente pessoal, **devidamente coberto**, desde que esteja terminado o tratamento e seja definitivo o caráter da invalidez.

3.5.2. O pagamento da indenização corresponderá aos percentuais descritos na Tabela abaixo, de acordo com grau de invalidez permanente.

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	%
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 incurável	100

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	%
PARCIAL DIVERSOS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando a Segurada 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

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	%
ARCIAL 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		

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	%
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 total 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 ½, 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		

IMPORTANTE

3.5.3. A reintegração do capital segurado é automática após cada acidente, sem a cobrança de prêmio adicional.

3.5.4. No caso de Perda Parcial, ficando reduzidas as funções do membro ou órgão lesado, mas não abolidas por completo, a indenização será calculada pela aplicação da percentagem de redução funcional apresentada pelo membro ou órgão atingido, à percentagem prevista na tabela para perda total do membro, órgão ou parte atingida.

3.5.5. Em todos os casos de Invalidez Parcial não especificados na tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão. Na falta de indicação da percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau desta redução (máximo, médio e mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta) por cento e 25% (vinte e cinco) por cento.

3.5.6. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado para a garantia coberta por esta Cláusula. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder à indenização prevista para sua perda total.

3.5.7. A perda ou agravamento da redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a indenização, salvo quando previamente declarado pelo Segurado na contratação do seguro, caso em que se deduzirá do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente, comprovado mediante laudo médico informando o grau de perda funcional.

3.5.8. A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito a indenização por Invalidez Permanente.

3.5.9. A constatação da Invalidez Permanente por Acidente se fará através de declaração médica subscreta por profissional devidamente habilitado na sua especialização. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

3.5.10. As indenizações por Morte e Invalidez Permanente não se acumulam em consequência de um mesmo evento. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente verificar-se a morte do Segurado, em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de Morte, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente.

3.5.11. Majoração dos Membros

Consiste na possibilidade do Segurado majorar os percentuais de indenização parcial previstos na Tabela do subitem 3.5.2 para 100% (cem por cento), conforme indicado na Proposta de Contratação.

3.5.11.1. A indicação dos órgãos/membros na Proposta de Contratação será submetida às regras de análise e aceitação do risco.

3.5.11.1. Em caso de lesão nos órgãos/membros majorados, decorrente de acidente, que ocasione Invalidez Permanente Parcial, o Segurado receberá 100% (cem por cento) da indenização contratada para a garantia de Invalidez por Acidente.

3.6. Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas

3.6.1. É a indenização de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas, decorrentes de acidente coberto, efetuadas

exclusivamente pelo Segurado para **seu tratamento**, desde que iniciado nos 30(trinta) primeiros dias contados da data do evento, sob orientação médica, incluindo diárias hospitalares necessárias para o restabelecimento do Segurado, observados os critérios de liquidação de sinistro constantes do subitem 13.7.

3.6.2. O Capital Individual, por evento, para a garantia de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas, corresponderá à percentagem do Capital Segurado Individual para a garantia básica, conforme indicado na Proposta de Contratação.

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

3.6.3.1. Desde que preservada a livre escolha, pode a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos para facilitar a prestação de assistência ao Segurado.

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

3.6.5. 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, atualizados monetariamente pela Seguradora, quando da liquidação do sinistro.

3.6.6. Esta cobertura se extingue com o esgotamento da importância contratada, conforme o disposto no subitem 3.6.2 acima.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão excluídos da garantia deste 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) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de terrorismo, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes, exceto quando se tratar da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) de doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de contratação;**

- d) epidemias declaradas ou não;
- e) doação e transplante intervivos; e
- f) suicídio cometido dentro dos primeiros 24 meses de vigência do Seguro ou da sua recondução ou reabilitação, caso tenha havido suspensão do contrato neste período.

4.2. Além dos riscos excluídos nas alíneas do subitem anterior, estão expressamente excluídos da cobertura de Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente os eventos e/ou acidentes decorrentes de:

- a) a hérnia e suas conseqüências;
- b) o parto ou aborto e suas conseqüências;
- c) 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;
- d) os envenenamentos, ainda que acidentais, por absorção de substâncias tóxicas – ressalvado o disposto na alínea “c do subitem 1.1.1 – ou entorpecentes; e
- e) quaisquer perturbações mentais, salvo a alienação mental total e incurável, decorrente de acidente coberto.

4.3. Também ficam excluídos os acidentes e/ou eventos ocorrido em conseqüência:

- a) de competições ILEGAIS em aeronaves, embarcações e veículos a motor;
- b) direta ou indireta de quaisquer alterações mentais compreendidas entre elas as conseqüentes da ação do álcool, de drogas ou entorpecentes, de uso fortuito, ocasional ou habitual;
- c) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- d) de quaisquer acidentes citados no subitem 4.1, alíneas “a” e “b”;
- e) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, salvo se a morte ou incapacidade do segurado provier de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio do outrem;
- f) quaisquer conseqüências decorrentes de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo

beneficiário ou pelo representante legal de um ou de outro.

- g) do segurado dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeiram aptidão, sem que possua habilitação legal e apropriada.

4.4. Em se tratando de Despesas Médico-Hospitalares, além dos riscos excluídos acima, não estão abrangidas as coberturas para:

- 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 ou órteses implantadas pela primeira vez.

4.5. Estão também excluídos das coberturas deste seguro, quaisquer pagamentos, mesmo em conseqüência de evento coberto, decorrentes de:

- a) Danos Morais e Estéticos: pela natureza compensatória, não se encontram cobertos pela presente apólice as indenizações por DANOS MORAIS E ESTÉTICOS, decorrentes de qualquer evento coberto por este contrato, no qual esteja o Segurado obrigado a pagar, sejam elas provenientes de ação judicial ou extrajudicial, bem como nos casos de acordo amigável.

Dano estético é todo e qualquer dano físico/corporal causado a pessoas que embora não acarretando seqüelas que interfiram no funcionamento do organismo, impliquem em redução ou eliminação dos padrões de beleza ou estética. Dano moral é toda e qualquer ofensa ou violação que mesmo sem ferir ou causar estragos aos bens patrimoniais de uma pessoa, ofenda aos seus princípios e valores de ordem moral, tais como os que se referem à sua honra, aos seus sentimentos, à sua dignidade e/ou à sua família, sendo em contraposição ao patrimônio material, tudo aquilo que não seja suscetível de valor econômico, ficando a cargo do juiz no processo o reconhecimento da existência de tal dano bem como a fixação de sua extensão e eventual reparação devendo ser sempre caracterizado como uma punição que se direciona especificamente contra o efetivo causador dos danos.

- b) Lucros Cessantes resultantes da paralisação, temporária ou definitiva, das atividades profissionais do Segurado em virtude da ocorrência de qualquer risco coberto e indenizável.
- c) Perdas e Danos decorrentes direta ou indiretamente, de qualquer evento, mesmo quando coberto pela apólice.

4.6. Sem prejuízo das exclusões anteriores, quaisquer tipos de agravamento de risco ocasionado pelo Segurado.

5. CONTRATAÇÃO

Considera-se contratado o seguro quando a Proposta de Contratação, devidamente preenchida e assinada pelo proponente, for aceita pela Seguradora, momento em que esta emite a respectiva apólice de seguro.

6. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

6.1. Para que haja a aceitação dos componentes seguráveis por parte da Seguradora, será necessário o preenchimento obrigatório da Proposta de Contratação, sempre observando os limites de idade previstos no subitem 1.22 e as boas condições de saúde para ingresso.

6.2. A aceitação ocorrerá no prazo máximo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da Proposta de Contratação pela Seguradora. Caso seja solicitado algum documento ou exame complementar, esse prazo ficará suspenso voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação na Seguradora. A solicitação de documentos complementares, para análise de aceitação do risco ou da alteração da Proposta de Contratação, poderá ser feita apenas uma vez, durante o referido prazo.

6.3. A inexistência de manifestação expressa da Seguradora dentro daquele prazo, implicará na aceitação automática do Seguro.

6.4. A aceitação do Proponente no Seguro será caracterizada pela emissão da Apólice, em seu nome, com a indicação das garantias contratadas, do início de vigência, do período de cobertura e das demais condições pertinentes ao seu Seguro.

6.5. A não aceitação da Proposta de Contratação, será comunicada obrigatoriamente ao proponente por escrito, no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados do protocolo de recebimento na Seguradora, justificando o motivo da recusa e dispondo ao mesmo todos os valores por ele destinados à Seguradora, devidamente atualizados pelo índice de correção estabelecido neste contrato (subitem 9.1). 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, devendo ser restituído ao proponente, integralmente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos a contar da recusa, sendo que em caso de mora da Seguradora será computado, além da correção monetária acima, Juros de Mora de 6% ao ano "pro rata tempore" correspondente ao número de dias decorridos a partir do 11º dia, incluindo este.

6.6. Avaliação da Taxa: A Seguradora efetuará avaliações anuais da taxa utilizada para o cálculo do prêmio, a fim de corrigir possíveis desvios entre a taxa aplicada e a taxa real calculada com base nos sinistros verificados no decorrer de vigência da apólice. Havendo necessidade de ajustes e, preservados os direitos do Segurado, a nova taxa será, aplicada a partir do próximo aniversário anual de cada apólice em vigor nesta Seguradora, ou por endosso à apólice.

7. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

7.1. O pagamento dos prêmios será efetuado, conforme opção indicada na Proposta de Contratação, à vista ou parcelado.

7.2. A primeira parcela do prêmio será de acordo com a opção do Segurado, mencionado na Proposta de Contratação.

7.2.1. Os prêmios relativos às demais parcelas serão pagos, conforme opção feita na Proposta de Contratação, até a data do vencimento do respectivo documento de cobrança.

7.2.2. 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 o pagamento se refere.

7.3. É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação.

7.4. Quando a data limite para pagamento dos prêmios cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no 1º dia útil, posterior ao vencimento, em que houver expediente bancário.

7.5. O critério de custeio deste seguro de vida é CONTRIBUTÁRIO.

8. VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO DO SEGURO E INÍCIO DA VIGÊNCIA

8.1. A vigência do seguro será de 1 (um) ano.

8.1.1. A renovação automática ocorrerá nos termos da Lei, desde que não haja desistência expressa da Seguradora ou do Segurado até 60 (sessenta) dias antes de seu vencimento, sendo que a partir da segunda renovação esta somente poderá ser feita de forma expressa. A renovação expressa poderá ser efetivada quantas vezes se fizer necessário, desde que realizada pelo segurado.

8.2. Nos casos de recebimento da Proposta de Contratação com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início vigência da apólice será a partir das 24 horas do dia da recepção da Proposta de Contratação pela Seguradora, ficando condicionada à compensação, caso o adiantamento de valor ocorra através de cheque.

8.2.1. Nos casos de recebimento da Proposta de Contratação sem adiantamento de valor para futuro pagamento

parcial ou total do prêmio, o início vigência da apólice será a partir das 24 horas da data de aceitação da Proposta de Contratação pela Seguradora, ou em data posterior, desde que expressamente determinada na Proposta de Contratação.

8.3. Este Seguro não poderá ser renovado caso a Seguradora tenha suspenso a sua comercialização e/ou o produto tenha sido arquivado perante a SUSEP.

8.4. Caso o valor da importância segurada atinja o Limite Técnico estabelecido pela Seguradora, o Seguro poderá não ser renovado.

8.5. Em cada renovação será emitida nova Apólice pela Seguradora.

8.6. A Renovação deste Seguro também poderá ficar condicionada a aplicação de um AGRADO no valor do prêmio do Seguro, sendo que este agravo será o percentual necessário de reajuste que deverá incidir sobre a cobertura específica contratada, levando em conta os critérios de reavaliação do risco de cada cobertura.

9. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

9.1. Os capitais segurados, bem como os prêmios deste Seguro, serão atualizados anualmente pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou, na falta deste, pelo IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas). Tal atualização sempre ocorrerá na data de início de vigência da apólice.

9.2. Quando a periodicidade de pagamento do prêmio for anual, os capitais segurados deverão ser atualizados pelo índice pactuado, desde a data da última atualização do prêmio até a data e ocorrência do respectivo evento gerador.

9.3. Caberá ao Segurado solicitar à Seguradora, por escrito e em comum acordo, o aumento do capital Segurado, que se submeterá novamente às regras de análise e aceitação do risco.

10. CESSAÇÃO DA COBERTURA E REABILITAÇÃO DO SEGURO

10.1. Se, após a data estabelecida para pagamento do prêmio, este não tiver sido quitado, as coberturas deste seguro cessarão a partir do último dia de vigência do período de cobertura a que se referir o último prêmio pago, ficando o Segurado e seus Beneficiários sem direito a receber indenização referente a qualquer garantia contratada no caso de ocorrência do sinistro.

10.2. Caso o Segurado entre em contato com a Seguradora até 30 (trinta) dias após a cessação da(s) cobertura(s),

esta(s) poderá(ão) ser reabilitada(s), mediante nova subscrição de Proposta de Contratação e novo processo de aceitação do risco.

11. EXTINÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO

11.1. Caso, não seja efetuado o pagamento dos prêmios na data do seu vencimento, o seguro fica automaticamente cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de inadimplência, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

11.2. Haverá ainda a possibilidade de cancelamento por mútuo consentimento das partes contratantes.

11.3. A cobertura básica prevista por este Seguro se extingue pela ocorrência da Morte do Segurado ou Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado.

11.4. O pagamento referente à Invalidez Permanente por Acidente antecipa a cobertura da Indenização de Morte Acidental. Caso sobrevenha a morte por acidente do Segurado, decorrente do mesmo evento, do valor desta indenização será descontada a importância já paga pela Invalidez Permanente por Acidente.

11.5. Extingue-se ainda a cobertura do seguro:

- a) no final do prazo de vigência;
- b) com o esgotamento da Importância Segurada, ou seja, com o pagamento integral da indenização;
- c) terminado o período de vigência, observada a possibilidade de renovação conforme critérios estabelecidos no item 8 acima.

11.5.1. Em qualquer das situações acima se dá automaticamente a extinção do contrato de seguro sem restituição dos prêmios.

11.6. Fica ainda a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade e o contrato automaticamente cancelado, se o Segurado, seus prepostos ou beneficiários agirem com dolo, fraude, simulação ou culpa grave, bem como qualquer conduta que tenha por fim a obtenção de vantagem indevida quando da contratação do seguro, durante o período de vigência e na liquidação de eventual sinistro.

12. ALTERAÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO

12.1. Nenhuma alteração neste contrato será válida se não for feita através de documento escrito, mediante a emissão do respectivo endosso, com a concordância das partes contratantes, cabendo salientar que qualquer pedido

de alteração será submetido às mesmas regras utilizadas para a aceitação do seguro.

12.2. O Segurado poderá substituir seus Beneficiários, a qualquer tempo, mediante aviso prévio e escrito à Seguradora.

12.3. Nenhuma alteração de Beneficiários terá validade se não constar na declaração escrita do Segurado.

13. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

13.1. Ocorrendo sinistro coberto pelo seguro deverá ser comunicado imediatamente pelo Segurado ou seus Beneficiários, através do formulário “AVISO DE SINISTRO”, ou de carta registrada ou telegrama dirigido à Seguradora;

13.2. Na comunicação, por carta ou telegrama, deverão constar: data, hora, local e causa do sinistro.

13.3. A comunicação feita por carta ou telegrama não exonera o Segurado, seu representante ou seus Beneficiários, da obrigação de apresentar o formulário “AVISO DE SINISTRO”

13.4. O aviso de sinistro deverá ser acompanhado, conforme a natureza do evento, dos documentos abaixo relacionados:

13.5. Em caso de Morte Acidental do Segurado:

- a) Aviso de Sinistro, preenchido pelo Beneficiário, no campo Informações do Segurado, em caso de acidente;
- b) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- c) cópia autenticada do RG ou outro documento de identificação e CPF do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- d) cópia autenticada e atualizada (extraída após o óbito) da Certidão de Casamento do Segurado;
- e) Declaração de Únicos Herdeiros;
- f) cópia autenticada de declaração do INSS informando quem são os dependentes do Segurado na Previdência Social;
- g) caso o(s) beneficiário(s) seja(m) filho(s), cópia autenticada da Certidão de Nascimento/Certidão de Casamento do(s) mesmo(s), bem como RG, CPF e Comprovante de residência;
- h) Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;
- i) Laudo Conclusivo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML;
- j) Carteira Nacional de Habilitação do falecido quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo seja condutor do veículo;
- k) cópia autenticada do CAT – Comunicação de Acidente do Trabalho, se for o caso; e,

l) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.

13.6. Em Caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

- a) “Aviso de Sinistro” preenchido e assinado pelo Segurado ou representante(s) legal(is) e médico assistente;
- b) cópia autenticada do RG e CPF e comprovante de residência do Segurado;
- c) cópia autenticada do CAT – Comunicação de Acidente do Trabalho, se for o caso;
- d) cópia autenticada do atestado de alta médica definitiva, informando as seqüelas deixadas pelo acidente, discriminando o grau de redução funcional do membro ou órgão lesado;
- e) cópia autenticada de todos os resultados dos exames médicos realizados;
- f) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido condutor do veículo; e
- g) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.

13.7. Despesas Médico-Hospitalares (DMH) e Odontológicas

- a) “Aviso de Sinistro”, preenchido e assinado pelo Segurado ou representante(s) legal(is) e médico assistente;
- b) cópia autenticada do CPF, RG e comprovante de residência do Segurado;
- c) originais de todos comprovantes de despesas médico-hospitalares;
- d) cópia autenticada de todos os resultados dos exames médicos realizados;
- e) cópia autenticada da CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho – se for o caso;
- f) boletim de ocorrência policial, se for o caso;
- g) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido condutor do veículo; e
- h) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.

13.7.1. A garantia de Despesas Médico-Hospitalares está sujeita à aplicação de franquia, conforme declaração constante da apólice.

13.8. Para todas as coberturas contratadas, os documentos pessoais deverão ser apresentados em cópias autenticadas,

exceto Aviso de Sinistro e comprovantes de despesas, os quais deverão ser apresentados em via original.

13.9. O prazo máximo, após a entrega da documentação exigida pela Seguradora, para a liquidação do sinistro será de 30 (trinta) dias.

13.10. A documentação anteriormente mencionada não é taxativa, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas e policiais, sendo que o prazo para liquidação de que trata o subitem anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e, a partir da entrega de tais documentos, a contagem do prazo será reiniciada.

13.10.1. Se após a solicitação de documentação complementar, transcorrer período superior a seis meses contados da data do envio da correspondência pela Seguradora, sem que haja qualquer manifestação do Segurado ou Beneficiário, o sinistro será arquivado, não restando prejudicado o direito de apresentar novo aviso de sinistro, no prazo legal.

13.10.2. A tramitação de Inquérito Policial no caso de homicídio ou morte acidental do Segurado, não será causa para indeferimento do pagamento de indenização. Nos casos em que a única dúvida a esclarecer seja quanto ao direito do(s) Beneficiário(s), a Seguradora consignará o valor da indenização, caso o sinistro esteja coberto.

13.11. A constatação da Invalidez Permanente conforme definida no subitem 3.5 se fará por declaração médica subscrita por profissional, devidamente habilitado na sua especialização e perícia realizada na esfera administrativa ou judicial.

13.12. Nos casos de divergências sobre a Invalidez Permanente, a Seguradora proporá 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.

13.12.1. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados. Havendo a utilização deste recurso, as partes convencionarão a forma de instituição da arbitragem. 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.

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

13.13. A comprovação das Despesas Médico-Hospitalares previstas no subitem 3.6 deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente, discriminado o tratamento realizado e o material utilizado.

14. FORMAS DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

14.1. Para recebimento da indenização, deverá ser plenamente provada a ocorrência do evento coberto, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, sendo facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

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

14.3. As indenizações por morte ou invalidez total por acidente podem ser pagas integral ou parcialmente, sob a forma de renda certa, desde que tenha havido opção expressa do Segurado neste sentido, e mediante a inclusão da Cláusula Especial de Transformação de Indenização em Renda Certa no Seguro, devendo as partes estabelecerem o valor da renda mínima inicial.

14.3.1. Após a ocorrência do evento gerador, o valor da renda por morte ou invalidez acidentais do Segurado, será atualizado anualmente no mês em que ocorreu o evento causador do sinistro, pelo índice de correção estabelecido no subitem 9.1, acumulado nos últimos 12 meses que antecedem o mês de atualização.

14.3.2. Além da atualização monetária prevista no subitem 9.1 destas Condições Gerais, o valor da renda será recalculada na mesma época em função do eventual acréscimo na respectiva Provisão Matemática de Benefícios Concedidos, decorrente da sua atualização monetária mensal e da atualização anual aplicada às rendas.

14.4. Mesmo que o Beneficiário indicado pelo Segurado venha a falecer durante o período de recebimento das parcelas do benefício, os pagamentos não se interromperão e serão efetuados, limitados ao saldo residual e ao período indicado inicialmente pelo Segurado, ao cônjuge não separado judicialmente e o restante ao(s) herdeiros do segurado, obedecida a ordem de sucessão hereditária

14.5. Se o pagamento da Indenização devida ocorrer após o prazo de 30 (trinta) dias estipulado para a liquidação do sinistro, contados da entrega da documentação constante nos subitens 13.5, 13.6, 13.7, aplicar-se-á, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia, correção monetária pelo índice estabelecido neste contrato, considerando-se a variação apurada entre

o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, mais juros de mora de 6% ao ano a partir dessa data.

15. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

- a) O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco;
- b) Ficará prejudicado o direito à indenização, além de ser obrigado ao pagamento do prêmio vencido se o Segurado, seu representante ou seu corretor de seguros fizerem declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta de Contratação ou no valor do prêmio.;
- c) No caso de fraude ou tentativa de fraude simulando sinistro ou agravando suas conseqüências;
- d) No caso de inobservância da cláusula 17 (Modificações de Risco) por parte do Segurado.

15.1. Se a inexistência ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

15.1.1. Na hipótese de não ocorrência de sinistro:

- a) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) Permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

15.1.2. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

- a) Cancelar o seguro, após pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- b) 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.

15.1.3. Na hipótese de ocorrência do sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, o seguro será CANCELADO, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

15.2. O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder direito à cobertura, caso fique comprovado que silenciou-se por má-fé.

16. MODIFICAÇÕES DE RISCO

16.1. Quaisquer alterações ocorridas durante a vigência da apólice que impliquem em circunstâncias que modifiquem a natureza dos riscos cobertos, deverão ser comunicadas à Seguradora para que se façam os devidos ajustes.

16.2. Consideram-se alterações de risco, entre outras, as seguintes ocorrências:

- a) mudança de profissão do Segurado;
- b) mudança de residência do Segurado para outro país;
- c) prática de esportes (profissional ou amador) tais como: balonismo, asa-delta, vôo-livre, pára-quedaismo, hipismo, mergulho com equipamentos de ar comprimido, esqui-aquático e na neve, motociclismo, automobilismo, boxe, lutas-livres, artes marciais e demais esportes considerados de alto risco;
- d) uso habitual de substâncias alcoólicas ou entorpecentes de quaisquer espécies, bem como o hábito de fumar.

16.3. A não comunicação de circunstâncias que caracterizem o agravamento de risco implicará na perda ao direito da indenização do Seguro, conforme previsto no artigo 769 do Novo Código Civil que dispõe sobre o dever do Segurado em comunicar ao Segurador todo incidente que de qualquer modo possa agravar o risco.

16.3.1. Tal comunicação será submetida novamente à análise de aceitação do Risco.

16.3.2. Poderá a Seguradora, dentro dos 15(quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravamento do risco, dar ciência, por escrito, da decisão de cancelar a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

17. INSTITUIÇÃO E MUDANÇA DE BENEFICIÁRIO

17.1. Cabe exclusivamente ao Segurado nomear ou substituir seus Beneficiários, através de documento escrito.

17.2. No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente o próprio Segurado será o beneficiário.

17.3. Se o Segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do Beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade.

17.3.1. O Segurador, que não for cientificado oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o capital segurado ao antigo Beneficiário.

17.4. Na falta de indicação da pessoa ou Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

17.4.1. Na falta das pessoas indicadas neste artigo, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

17.5. É válida a instituição do companheiro como Beneficiário, se ao tempo do contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

18. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

O seguro dará cobertura por todo o Globo Terrestre.

19. DO FORO

19.1. As questões judiciais, entre Segurado ou Beneficiário e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

19.2. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no subitem acima.

20. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

20.2. 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 nos termos da apólice.

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

20.4. Não haverá devolução ou resgate de prêmios ao Segurado.

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

20.6. Os tributos decorrentes do presente Contrato de Seguro serão pagos por quem a lei determinar.

CONDIÇÃO ESPECIAL PARA COBERTURA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

1. CONCEITOS

1.1. CARÊNCIA

É o período de 60 (sessenta) dias contados do início de vigência do seguro ou da alteração de plano para os sinistros decorrentes de doenças, durante o qual o Segurado não terá direito às garantias deste seguro. Para os sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá carência.

1.2. FRANQUIA

É o período correspondente aos primeiros 15 (quinze) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais do Segurado, por determinação médica, durante o qual o Segurado não terá direito à percepção das diárias.

1.2.1. Caso seja contratada a opção de franquia reduzida para acidente, o período de franquia será reduzido para 07 (sete) dias, contados a partir da data do afastamento por acidente das atividades profissionais.

1.2.2. A Franquia é dedutível por evento.

1.3. LIMITE DE DIÁRIAS

É a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus, a contar do 16º (décimo sexto) dia da data do afastamento de suas atividades profissionais, correspondente a 365 (trezentas e sessenta e cinco) diárias, **observados os itens 6.8, 6.8.1 e 6.8.2. destas condições especiais.**

1.4. ATIVIDADE PROFISSIONAL

Para fins desta cobertura especial, será utilizada a definição da atividade profissional do Segurado em conformidade com a definição de Segurados Obrigatórios da previdência social previstos na Lei N.º 8.213, de 24/07/91.

1.5. AUDITORIA MÉDICA

É a avaliação feita por um médico da Seguradora à qual o Segurado se submete para fins de comprovação do sinistro.

2. OBJETO

A presente cláusula tem por objeto a garantia do pagamento das Diárias de Incapacidade Temporária ao Segurado que, por motivo de doença ou acidente pessoal, ficar afastado **totalmente de qualquer atividade relativa a sua profissão ou ocupação**, por um período superior a 15 (quinze) dias, por determinação médica e comprovado por exames complementares até o limite de diárias estabelecido nesta Cláusula Especial, **observando-se o período de Carência do subitem 1.1 no caso de afastamento decorrente de doença.**

3. GARANTIA DO SEGURO

3.1. Este seguro garante o pagamento das Diárias de Incapacidade Temporária ao Segurado que, por motivo de acidente pessoal ou doença ocorrida após o período de carência, ficar afastado de suas atividades profissionais por um período superior a 15 (quinze) dias, por determinação médica e comprovável por exames complementares, até o limite de diárias estabelecido nesta Cláusula Especial.

3.2. Esta garantia é assegurada durante o período de cobertura, salvo condições que determinem sua suspensão ou cancelamento, conforme definido nos itens 11 e 12 das Condições Gerais deste seguro de acidentes pessoais.

3.3. O valor da diária (DIT) contratada, deverá ser compatível com a renda mensal do Segurado, renda esta que deverá ser comprovada no momento da contratação. No eventual sinistro, poderá ser solicitada a sua comprovação. Se a diária contratada for superior a 1/30 (um trinta avos) da renda mensal informada pelo Segurado na Proposta de Contratação, o pagamento da indenização será realizado pelo valor da renda contratada, mas se ficar comprovada má-fé do Segurado no que tange à informação constante na Proposta de Contratação, o Segurado perderá o direito à indenização com base no Artigo 766 do Código Civil.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS DO ITEM 4 DAS CONDIÇÕES GERAIS (EXCETUANDO A ALÍNEA "C" DO SUBITEM 4.1 DAS CONDIÇÕES GERAIS, RELATIVA A DOENÇA) DO SEGURO, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA GARANTIA DESTA CLÁUSULA ESPECIAL OS AFASTAMENTOS DECORRENTES DE:

- a) lesões de esforço repetitivo (L.E.R.) e distúrbios osteo-musculares crônicos relacionados com o trabalho (DORT);
- b) gravidez e suas conseqüências,
- c) parto e suas conseqüências;
- d) abortos provocados ou não e suas conseqüências,
- e) doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Contratação;
- f) anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;
- g) hérnia discal, exceto após tratamento cirúrgico;

- h) tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo;
- i) cirurgias plásticas com finalidades estéticas ou embelezadoras e suas conseqüências;
- j) tratamento clínico e/ou cirúrgico para obesidade ou estética em suas várias modalidades e suas conseqüências;
- k) hospitalização para check-up;
- l) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- m) todas as doenças ou transtornos mentais;
- n) Síndrome do Pânico;
- o) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;
- p) tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo os conseqüentes de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;
- q) cirurgias para esterilização;
- r) qualquer sinistro que impossibilite o Segurado de exercer suas atividades por um período inferior a 15 (quinze) dias;
- s) tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas.
- t) luxações recidivantes (que tenham ocorrido após um primeiro acometimento) de qualquer articulação;
- u) as instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- v) as doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite reumatóide e osteoartrose;
- w) as lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias;
- x) laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;
- y) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
 - aa) cirurgias ortognáticas e mamoplastias redutoras.

4.2. Fica ainda excluído do risco garantido por esta cláusula especial qualquer afastamento, quando concomitantemente o Segurado estiver exercendo parcialmente

alguma atividade relativa à sua profissão ou ocupação que lhe atribua renda que lhe atribua renda.

4.3. Também fica **EXPRESSAMENTE** excluído da cobertura qualquer afastamento decorrente de Invalidez Permanente, seja esta parcial ou total, tendo em vista que este Seguro cobre apenas Diárias de Incapacidade Temporária.

4.3.1. Caso o Segurado esteja afastado e sua Incapacidade Temporária evoluir para uma Invalidez **PERMANENTE**, total ou parcial, devidamente comprovada por laudo médico, cessará automaticamente o direito às Diárias cobertas por este Seguro.

5. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

5.1. A ocorrência do sinistro deverá ser comunicada à Seguradora pelo Segurado logo que este tenha conhecimento do Sinistro, conforme artigo 771 do Código Civil.

5.2. Após a comunicação à Seguradora, deverão ser encaminhadas cópias autenticadas dos seguintes documentos:

- a) cópia do RG e CPF do Segurado;
- b) relatório médico onde deverá constar a data do sinistro, diagnóstico e tratamento realizado;
- c) todos os Exames Complementares realizados, com os respectivos laudos médico;
- d) tratando-se de acidente de trabalho, juntar formulário de comprovação de Acidente de Trabalho;
- e) tratando-se de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente com intervenção de autoridade policial, juntar Boletim de Ocorrência.

5.3. Para efeito de prova da incapacidade temporária, a Seguradora, além da auditoria médica, poderá exigir perícia médica.

5.4. Todas as despesas efetuadas para a comprovação da incapacidade, relativas aos documentos mencionados no subitem 5.2, correrão por conta do Segurado ou seu representante legal.

5.5. O prazo máximo, após a entrega da documentação exigida pela Seguradora no subitem 5.2, para a liquidação do sinistro, será de 30 (trinta) dias.

5.6. A documentação anteriormente mencionada não é taxativa, podendo a seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas e policiais, sendo que o prazo para liquidação de que trata o subitem anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos

complementares solicitados e, a partir da entrega de tais documentos, a contagem do prazo será reiniciada.

5.6.1. A tramitação de Inquérito Policial no caso de homicídio ou morte acidental do Segurado, não será causa para indeferimento do pagamento de indenização. Nos casos em que a única dúvida a esclarecer seja quanto ao direito do(s) Beneficiário(s), a Seguradora consignará o valor da indenização, caso o sinistro esteja coberto.

6. PAGAMENTO DO BENEFÍCIO

6.1. Com base na comunicação e comprovantes do sinistro e estando devidamente caracterizada a incapacidade temporária nos termos destas Condições Especiais, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias conforme abaixo indicado.

6.2. Quando a incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela Seguradora, tomando-se por base um relatório médico atualizado que deverá ser entregue pelo Segurado a cada quinze ou vinte dias, conforme retorno ao médico assistente.

6.3. Nos casos em que o período de incapacidade temporária não superar os 30 (trinta) dias, a Seguradora, depois de regularizado o sinistro, providenciará um único pagamento no valor correspondente às diárias em que o Segurado permaneceu afastado, **a contar do 16º (décimo sexto) ou do 7º (sétimo) dia** da data do afastamento de suas atividades profissionais, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias estabelecidas no subitem 1.3 destas Condições Especiais.

6.4. A Seguradora efetuará o pagamento das diárias a que o Segurado tiver direito, de acordo com a incapacidade temporária, desde que assim justificadas por relatório médico, auditoria médica e, se necessário, exames complementares.

6.5. Em caso de morte do Segurado cessará o direito ao pagamento de diárias, sendo que as diárias relativas ao período em que o Segurado permaneceu afastado de suas atividades profissionais, serão indenizadas aos seus Beneficiários nos moldes da legislação sucessória estabelecida no Código Civil Brasileiro.

6.6. Nos casos de múltiplas lesões, conseqüentes do mesmo sinistro, a Seguradora reconhecerá a mais grave entre elas, ou seja, aquela que determinar o maior período de incapacidade temporária do Segurado exercer suas atividades profissionais, não havendo acumulação no valor das diárias.

6.7. A cessação do pagamento das diárias ocorrerá na data da alta médica ou com a utilização do limite de diárias, devendo o Segurado, no primeiro caso, apresentar o comprovante de alta médica, devidamente firmado pelo médico assistente.

6.8. Não será permitido o acúmulo de diárias caso haja mais de um evento que enseje a incapacidade temporária durante um mesmo período.

6.8.1. Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência somar-se-á as diárias indenizadas em todos eles e a soma desta limitar-se-á a 365 diárias. Portanto, a soma das diárias indenizadas não poderá exceder 365 diárias indenizadas.

6.8.2. Se o Segurado permanecer afastado das atividades profissionais em decorrência do mesmo evento, após o mês de renovação da apólice, essa renovação ocorrendo ou não, terá direito somente à quantidade de Diárias que faltarem para completar o limite de 365, correspondente à vigência anterior, respeitado o exposto no subitem anterior. Caso o afastamento seja decorrente de novo evento, o Limite de Diárias será o da nova vigência, ou seja, 365 dias.

6.8.3. Se o evento gerador do sinistro se tratar de acidente, não se aplica a limitação do subitem 6.8.1, visto que haverá reintegração do capital.

7. MODIFICAÇÕES DE RISCO

Além das Modificações de Risco previstas no item 17 das Condições Gerais, para efeito desta cláusula especial deverá ser observado que, qualquer alteração da renda mensal informada pelo Segurado na Proposta de Contratação, e que comprometa o valor da renda contratada, deverá ser comunicada à Seguradora para que se façam os devidos ajustes.

8. DISPOSIÇÕES FINAIS

8.1. Estando o Segurado em gozo de um benefício, não fará jus a outro, mesmo que seja em consequência de um outro sinistro. Só será reconhecido pela Seguradora um novo sinistro se o mesmo vier a ocorrer após o Segurado obter alta médica definitiva do sinistro anterior. Não haverá acumulação de indenizações em consequência de sinistros ocorridos em datas diferentes.

8.2. Em todos os pedidos de afastamento do Segurado, poderão ser realizadas perícias médicas para a comprovação do evento bem como do número de dias necessários de afastamento.

8.2.1. Caso seja apurado algum tipo de fraude, cometida pelo Segurado, a Seguradora interromperá o pagamento da indenização, considerando nulo o respectivo contrato de seguro, podendo tomar as providências legais para o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e/ou indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

8.3. Os prêmios correspondentes a esta garantia adicional sofrerão reajuste sempre que o segurado passar de uma faixa etária para outra, conforme tabela específica, fornecida no momento da contratação pelo corretor de seguros.

8.4. Seguem abaixo as faixas etárias:

18-30	31-35	36-40	41-45
46-50	51-55	56-60	61-64

8.4.1. O Segurado terá, ainda, um aumento anual de **5% (cinco por cento)** no valor do Prêmio correspondente exclusivamente à referida cobertura, a partir de quando completar **65 (sessenta e cinco) anos**. O aumento se dará anualmente a cada nova vigência, ou seja, o Segurado ao completar 65 anos terá um percentual de reajuste, para cada nova vigência, de 5% ao ano.

9. Aplicam-se a esta Cláusula Especial, no que não conflitarem, todas as demais disposições deste contrato de seguro.

ANEXO I

Tabela de reenquadramento por faixa etária da garantia adicional de Diárias de Incapacidade Temporária

REENQUADRAMENTO DIT SEXO MASCULINO – GRUPO A								
Faixa de Diária	Até 30 anos	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-64
Até 100,00	0,00%	5,80%	13,48%	16,17%	2,11%	15,35%	10,65%	44,04%
100,01 - 150,00	0,00%	6,14%	12,66%	15,27%	2,03%	14,98%	10,48%	43,89%
150,01 - 200,00	0,00%	6,62%	11,41%	13,91%	1,89%	14,37%	10,23%	43,67%
200,01 - 250,00	0,00%	7,03%	10,35%	12,74%	1,78%	13,83%	10,01%	43,46%
250,01 - 300,00	0,00%	9,33%	4,54%	5,88%	1,07%	10,39%	8,56%	42,08%
300,01 - 350,00	0,00%	10,31%	2,14%	2,82%	0,72%	8,69%	7,81%	41,34%
Acima de 350,00	0,00%	9,89%	3,14%	4,11%	0,87%	9,43%	8,14%	41,66%

REENQUADRAMENTO DIT SEXO MASCULINO – GRUPO B								
Faixa de Diária	Até 30 anos	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-64
Até 100,00	0,00%	7,09%	10,21%	12,59%	1,77%	13,75%	9,99%	43,42%
100,01 - 150,00	0,00%	7,36%	9,48%	11,76%	1,68%	13,38%	9,82%	43,29%
150,01 - 200,00	0,00%	7,80%	8,37%	10,50%	1,56%	12,75%	9,58%	43,04%
200,01 - 250,00	0,00%	8,16%	7,46%	9,42%	1,45%	12,22%	9,35%	42,83%
250,01 - 300,00	0,00%	10,19%	2,42%	3,19%	0,76%	8,91%	7,91%	41,44%
300,01 - 350,00	0,00%	11,03%	0,37%	0,46%	0,43%	7,31%	7,18%	40,72%
Acima de 350,00	0,00%	10,68%	1,22%	1,61%	0,57%	7,99%	7,49%	41,03%

REENQUADRAMENTO DIT SEXO MASCULINO – GRUPO C								
Faixa de Diária	Até 30 anos	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-64
Até 100,00	0,00%	7,22%	9,86%	12,21%	1,73%	13,56%	9,92%	43,35%
100,01 - 150,00	0,00%	7,49%	9,15%	11,39%	1,64%	13,19%	9,74%	43,21%
150,01 - 200,00	0,00%	7,92%	8,07%	10,13%	1,52%	12,58%	9,50%	42,97%
200,01 - 250,00	0,00%	8,28%	7,16%	9,06%	1,41%	12,04%	9,28%	42,75%
250,01 - 300,00	0,00%	10,28%	2,20%	2,91%	0,73%	8,74%	7,83%	41,37%
300,01 - 350,00	0,00%	11,11%	0,18%	0,22%	0,40%	7,16%	7,11%	40,65%
Acima de 350,00	0,00%	10,77%	1,02%	1,35%	0,54%	7,84%	7,42%	40,96%

REENQUADRAMENTO DIT SEXO FEMININO – GRUPO A

Faixa de Diária	Até 30 anos	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-64
Até 100,00	0,00%	0,36%	28,76%	30,38%	3,28%	20,85%	12,72%	45,94%
100,01 - 150,00	0,00%	0,75%	27,59%	29,41%	3,20%	20,51%	12,61%	45,84%
150,01 - 200,00	0,00%	1,36%	25,78%	27,87%	3,08%	19,97%	12,41%	45,65%
200,01 - 250,00	0,00%	1,91%	24,22%	26,51%	2,98%	19,49%	12,23%	45,49%
250,01 - 300,00	0,00%	5,17%	15,23%	17,96%	2,27%	16,14%	10,95%	44,33%
300,01 - 350,00	0,00%	6,67%	11,27%	13,77%	1,88%	14,30%	10,21%	43,64%
Acima de 350,00	0,00%	6,04%	12,93%	15,57%	2,05%	15,11%	10,54%	43,94%

REENQUADRAMENTO DIT SEXO FEMININO – GRUPO B

Faixa de Diária	Até 30 anos	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-64
Até 100,00	0,00%	2,00%	23,99%	26,33%	2,98%	19,42%	12,19%	45,48%
100,01 - 150,00	0,00%	2,38%	22,91%	25,35%	2,90%	19,06%	12,07%	45,35%
150,01 - 200,00	0,00%	2,97%	21,25%	23,84%	2,77%	18,50%	11,86%	45,15%
200,01 - 250,00	0,00%	3,48%	19,83%	22,50%	2,66%	17,98%	11,66%	44,98%
250,01 - 300,00	0,00%	6,49%	11,75%	14,29%	1,93%	14,54%	10,31%	43,73%
300,01 - 350,00	0,00%	8,93%	7,18%	10,37%	1,54%	12,69%	9,54%	43,01%
Acima de 350,00	0,00%	7,27%	9,72%	12,04%	1,71%	13,50%	9,88%	43,33%

REENQUADRAMENTO DIT SEXO FEMININO – GRUPO C

Faixa de Diária	Até 30 anos	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-64
Até 100,00	0,00%	2,16%	23,49%	25,88%	2,93%	19,24%	12,15%	45,42%
100,01 - 150,00	0,00%	2,55%	22,42%	24,90%	2,86%	18,90%	12,01%	45,29%
150,01 - 200,00	0,00%	3,14%	20,77%	23,39%	2,73%	18,32%	11,79%	45,10%
200,01 - 250,00	0,00%	3,65%	19,37%	22,05%	2,63%	17,81%	11,59%	44,92%
250,01 - 300,00	0,00%	6,63%	11,38%	13,89%	1,89%	14,35%	10,23%	43,66%
300,01 - 350,00	0,00%	7,97%	7,95%	10,00%	1,51%	12,51%	9,47%	42,94%
Acima de 350,00	0,00%	7,40%	9,39%	11,66%	1,67%	13,31%	9,80%	43,26%

Jul/06

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

1. OBJETO

1.1. Pela presente garantia adicional, a Seguradora obriga-se a garantir o reembolso de despesas com funeral aos Beneficiários, ou prestação de serviços de assistência funeral, na hipótese de ocorrência de morte do Segurado, conforme previsto nestas condições, desde que não esteja abrangida pela Cláusula 4 – Dos Riscos Excluídos e respeitadas as demais condições contratuais.

1.2. O serviço de assistência Funeral será concedido:

- a) no Plano Individual: a todos os segurados principais (excluído cônjuge e filhos); e
- b) no Plano Familiar: a todos os segurados principais, seu cônjuge ou companheiro(a) legalmente reconhecido(a) e os **filhos menores de 18 anos** e dependentes legais.

2. DA GARANTIA DA ASSISTÊNCIA FUNERAL

2.1. Esta garantia prevê a cobertura de morte do Segurado e/ou Familiares (se contratado Plano Familiar), sendo caracterizado pelo reembolso de despesas com funeral ou prestação de serviços de assistência funeral, a critério do(s) Beneficiário(s), até o limite estabelecido na apólice e constante no certificado.

2.2. O Beneficiário poderá optar pela utilização da prestação de serviços de Assistência Funeral, sem qualquer direito a reembolso posterior.

3. COBERTURAS DA ASSISTÊNCIA FUNERAL

3.1. Assessoria para as Formalidades Administrativas

O Serviço de Assistência dirigir-se-á à residência/hospital do óbito, para providenciar todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento junto à funerária do Município. Encaminhará até a funerária do Município os documentos necessários para o sepultamento, tomando as medidas devidas para a realização do funeral, entregando então à família toda a documentação respectiva, posicionando-a das providências tomadas. Será solicitado o acompanhamento de um membro da família, caso o Serviço de Assistência julgue necessário.

3.2. Carro Funerário

O Serviço de Assistência colocará a disposição da família um carro funerário para transporte do corpo desde o local do óbito até o local do velório e depois até o local onde se

fará o sepultamento/cremação desde que dentro do mesmo Município.

3.3. Coroa de Flores

O Serviço de Assistência colocará à disposição da família uma coroa de flores da época, juntamente com uma faixa de dizeres redigida pela família.

3.4. Locação de Jazigo

Caso a família não disponha de local para o sepultamento, o Serviço de Assistência se responsabilizará pela locação de um jazigo, por um período de 3 (três) anos a contar da data do evento, dependendo da disponibilidade do local.

3.5. Mesa de Condolências

O Serviço de Assistência providenciará uma mesa onde será colocado o livro de presença.

3.6. Ornamentação de Urna

O Serviço de Assistência colocará a disposição da família, flores da época para o interior da urna, bem como vestirá o corpo se assim a família desejar.

3.7. Paramentos

O Serviço de Assistência se responsabilizará pelos castiçais e velas que acompanham a urna bem como pelos aparelhos de ozona.

3.8. Passagem para um Parente

Caso a família do Segurado opte por fazer o sepultamento no local do evento e, não sendo este o Município de domicílio do Segurado, o Serviço de Assistência providenciará uma passagem aérea – classe econômica – ou rodoviária, para um membro da família acompanhar o sepultamento.

3.9. Registro de Óbito

O Serviço de Assistência efetuará o registro do óbito em cartório, se necessário acompanhado de um membro da família.

3.10. Sepultamento ou Cremação

O Serviço de Assistência providenciará o sepultamento no túmulo ou jazigo, podendo ainda o Segurado ser cremado, caso esta opção tenha sido formalizada em vida, com documentação pertinente. As respectivas taxas serão pagas pelo Serviço de Assistência.

3.10.1. O Serviço de Assistência não se responsabilizará e não arcará com despesas pela exumação dos corpos que estejam no jazigo quando do sepultamento.

3.10.2. A cremação sempre será de responsabilidade do Serviço de Assistência. Caso o óbito ocorra ou o Segurado resida em Município que não disponha deste serviço, tendo a família optado pela cremação, a mesma deverá arcar com o traslado do corpo desde o local do evento até o local da cremação.

3.11. Serviço de Retorno / Repatriamento de Corpo

Em caso de falecimento do Segurado durante viagem, o Serviço de Assistência atenderá às formalidades necessárias para o retorno / repatriamento do corpo, transportando-o em esquite standard até o Município de domicílio do Segurado.

3.12. Urna/Caixão

O Serviço de Assistência garante o pagamento da Urna ou caixão dentro do valor estipulado contratado.

3.13. Velório

O Serviço de Assistência colocará à disposição da família uma sala velatória ou capela, conforme o local.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- a) Inundação, furacão, erupção vulcânica, tempestade, terremotos, movimentos sísmicos;
- b) Ocorrências de irradiação decorrentes de transmutação nuclear, desintegração ou radioatividade, bem como casos de força maior;
- c) Ocorrências em situações de guerra, comoções sociais, atos de terrorismo e sabotagem, greves e quaisquer outras perturbações de ordem pública;
- d) Suicídio do Segurado cometido dentro dos primeiros 24 meses de vigência do Seguro;
- e) Traslado do corpo para cremação desde o local do evento até outro Município onde a cremação possa ser efetuada;
- f) Pedidos de assistência durante o período de carência;
- g) Aquisição de jazigo;
- h) A exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento;
- i) Doenças preexistentes à contratação do Seguro que já eram de conhecimento do segurado e que não foram declaradas na Proposta de Contratação;
- j) 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; e,

k) Eventos decorrentes de Ato ilícito Doloso praticado pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal de um ou de outro.

5. DA CARÊNCIA

O período de carência, para o pagamento do reembolso de despesas com funeral, ou para prestação do serviço de assistência, contado do início de Vigência da cobertura, será de 30 (trinta) dias, **exceto para os casos de acidente.**

6. DO REEMBOLSO

6.1. Em caso de falecimento do Segurado, o pedido de reembolso deverá ser requerido diretamente à Seguradora, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Nota(s) Fiscal(is) original(is), correspondente(s) aos gastos relativos ao funeral; e
- b) Cópias autenticadas do CPF e RG do Custeador.

6.2. O reembolso será único e limitado ao valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais) das despesas com o funeral, desde que estejam devidamente comprovadas.

7. DO PEDIDO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA

7.1. Caso a opção dos familiares não seja pelo reembolso, mas sim pela utilização do serviço que a empresa credenciada Inter Partner Assitance S/C Ltda. presta, estes poderão telefonar a cobrar para a Central de Atendimento do Serviço de Assistência, fornecendo os seguintes dados:

- a) nome do Segurado e nº da apólice correspondente;
- b) o local e o número do telefone onde o Serviço de Assistência poderá encontrar os familiares/ representantes do Segurado; e
- c) os documentos necessários para comprovar a vínculo empregatício ou familiar.

7.2. Se a ligação a cobrar não for possível, as despesas de comunicações com a Central de Atendimento serão reembolsadas mediante apresentação dos comprovantes originais dos gastos telefônicos.

8. OBRIGAÇÕES GERAIS DA FAMÍLIA DO SEGURADO

8.1. Cooperação com o Serviço de Assistência

Os familiares deverão cooperar com o Serviço de Assistência a fim de possibilitar que este possa prestar os serviços mencionados nesta Condição Especial, inclusive se houver necessidade, através do envio ao Serviço de Assistência de documentos originais, às custas da mesma, para o cumprimento das formalidades necessárias.

8.2. Limitações de queixas

Qualquer queixa no que se refere à prestação do serviço de Assistência, deverá ser submetida dentro do prazo de 90 (noventa) dias a contar da ocorrência da prestação, caso contrário, o direito à referida ação legal ou queixa caducará.

9. DAS LIMITAÇÕES AOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA

9.1. Estão limitados os Serviços de Assistência nos seguintes casos:

- a) os Serviços de Assistência acima expostos não poderão ser prestados enquanto não houver cooperação por parte dos familiares do Segurado ou outrem que vier a requerer assistência em seu nome, no que se refere às informações requisitadas pela Central de Atendimento (dados imprescindíveis ao atendimento, como o nome, endereço, nº da apólice e outros que vierem a se tornar necessários).

- b) Caso o óbito ocorra no exterior e a família opte pelo sepultamento/cremação no local do evento, o Serviço de Assistência providenciará uma passagem para um membro da família e reembolsará os gastos efetuados com o sepultamento/cremação até o limite estabelecido na apólice e constante no Certificado, mediante entrega dos comprovantes originais das despesas respectivas.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

A Garantia Adicional de Assistência Funeral é devida ao Segurado residente no Brasil, quando o óbito ocorrer dentro ou fora de seu Município de domicílio permanente, ou ainda quando em viagens ao exterior.

11. DISPOSIÇÃO FINAL

O pagamento deste benefício não obriga a Seguradora a dar cobertura às demais garantias contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.