
Parabéns!

Você acaba de adquirir o Porto Seguro Vida mais Mulher, um seguro que combina com o seu perfil, adaptando-se perfeitamente às suas necessidades.

É um seguro que garante o pagamento de uma indenização à Segurada em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) em caso de Morte Natural ou Acidental, de acordo com o plano contratado.

O Seguro garante também a indenização de um capital extra em caso de diagnóstico positivo de qualquer tipo de câncer. Essa garantia só não se estende ao câncer de pele.

E você conta ainda com os benefícios da segunda opinião médica, assistência emergencial à residência, cartão de benefícios, assistência 24 horas em viagens e título de capitalização.

Aqui você encontra todas as condições de cobertura que este seguro oferece.

Porto Seguro Vida Mais Mulher! Uma preocupação a menos para as mulheres.

Um motivo a mais para você se sentir protegida.

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE VIDA MAIS MULHER

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

1. OBJETO	17
2. DA GARANTIA DA ASSISTÊNCIA FUNERAL	17

3. RISCOS EXCLUÍDOS	17
4. DA CARÊNCIA.....	17
5. DO REEMBOLSO	17
6. DO PEDIDO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA.....	17
7. COBERTURAS DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA FUNERAL.....	18
8. DAS LIMITAÇÕES AOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA	19
9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	19
10. DISPOSIÇÃO FINAL	19

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE VIDA MAIS MULHER

Processo SUSEP nº 15414.003648/2006-47

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 da Segurada ou torne necessário tratamento médico.

1.1.1. Incluem-se, ainda, no conceito de Acidente Pessoal as lesões decorrentes de:

- a) 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 a Segurada ficar sujeita em decorrência de acidente coberto;
- c) escapamento acidental de gases e vapores;
- d) seqüestros e tentativas de seqüestros, dos quais a Segurada 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 pela 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 da Segurada.

1.4. CAPITAL SEGURADO

É a importância máxima a ser paga à Segurada ou Beneficiário(s) 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 pela Segurada, devidamente habilitado e autorizado a angariar e promover contratos de seguros remunerados, mediante comissões estabelecidas na tarifas.

1.8. DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

1.8.1. Garante à Segurada o pagamento do valor contratado e definido na apólice quando diagnosticado um câncer e depois de cumprido o período de carência de 60 dias.

1.8.2. Conceito de Câncer: para efeito deste seguro, é a designação genérica de tumor maligno, caracterizado pelo desenvolvimento de células ditas malignas no corpo humano. Exclui-se, no entanto, dessa designação, para efeitos da cobertura garantida pelo presente seguro, qualquer câncer de pele que não seja diagnosticado como sendo melanoma maligno.

1.8.3. Para efeitos desta garantia, o tumor maligno deverá ter seu primeiro diagnóstico comprovado em data posterior ao início de vigência da apólice e após o período de carência.

1.9. DOENÇAS E/OU LESÕES PREEXISTENTES E SUAS CONSEQUÊNCIAS

São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pela Seguradora anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde.

1.10. EVENTO COBERTO

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

1.11. GARANTIAS

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

1.12. INDENIZAÇÃO

É o valor que a Seguradora deverá pagar à Seguradora ou a seu(s) Beneficiário(s) quando da ocorrência de um **evento coberto, respeitadas as condições e os limites contratados.**

1.13. INÍCIO DE VIGÊNCIA

É a data do recebimento da Proposta de Contratação, quando esta der entrada **com** adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, ou a data da aceitação da Proposta de Contratação pela Seguradora, quando esta der entrada **sem** adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio.

1.14. LIMITE TÉCNICO

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

1.15. MÉDICO ASSISTENTE

É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico Assistente a

própria Segurada, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

1.16. NOTA TÉCNICA ATUARIAL

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

1.17. PATOLOGISTA

É o médico especialista na área de patologia, ou seja, no ramo da medicina voltado para o estudo da natureza das doenças e das modificações estruturais e funcionais que elas provocam no organismo.

1.18. PRÊMIO

É a importância paga pela Segurada à Seguradora para que esta garanta o risco contratado.

1.19. 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.

1.20. PROPONENTE

É a pessoa que propõe sua adesão à apólice e que passará à condição de Segurada somente após sua aceitação pela Seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.

1.21. PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

É o documento mediante o qual a 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.

1.22. RENDA CERTA

1.22.1. É a série de pagamentos periódicos a que tem direito o(s) Beneficiário(s) ou a própria Segurada, de acordo com a estrutura do plano.

1.22.2. Essa forma de indenização é cabível no pagamento das coberturas pela Morte ou Invalidez Total por Acidente da Segurada e será feita em no máximo 24 (vinte e quatro) parcelas, distribuídas por um período, determinado antecipadamente pela Segurada na contratação do seguro.

1.23. RISCOS EXCLUÍDOS

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

1.24. SEGURADA

É a pessoa física com idade entre 16 (dezesseis) e 64 (sessenta e quatro) anos, quando do protocolo da Proposta de Contratação na Seguradora, habilitada a ser incluída na apólice de seguro.

1.25. SEGURADORA

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

1.26. 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, respeitados os limites de cobertura contratados.

1.27. 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 à Segurada ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas garantias contratadas, **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 Natural e Acidental, observando-se os Riscos Excluídos no item 4.

3.2. São consideradas Garantias Adicionais:

- a) Diagnóstico de Câncer;
- b) Invalidez Permanente por Acidente; 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 NATURAL OU MORTE ACIDENTAL

Consiste no pagamento do capital segurado relativo à Cobertura Básica, de uma só vez ou, por renda certa, ao(s) Beneficiário(s) da Segurada indicado(s) na Proposta de Contratação, após a morte da mesma, desde que ocorrida após o início de vigência e dentro do período de cobertura do seguro.

3.5. INDENIZAÇÃO PELO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

3.5.1. Consiste no pagamento de uma indenização no valor correspondente a 50% (cinquenta por cento) da cobertura para Morte, caso seja diagnosticado algum tipo de câncer na Segurada, durante o período de vigência deste Seguro e observado o período de carência de 60 dias a contar da contratação, dentro do qual não terá cobertura.

3.5.1.1. Estão excluídas as metástases oriundas do câncer diagnosticado durante o período de carência.

3.5.2. Não haverá cobertura para o diagnóstico de Câncer de Pele, que não seja o “melanoma maligno”, conforme item 4.1 alínea “g” deste contrato.

3.6. Indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

3.6.1. É a indenização paga à própria Segurada, relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto, desde que esteja terminado o tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação e, constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva.

3.6.2. 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	%
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	

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

3.6.3. A reintegração do capital segurado é automática após cada acidente, sem a cobrança de prêmio adicional, desde que a invalidez seja parcial.

3.6.4. Não estando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

3.6.5. 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).

3.6.5.1. 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 da Segurada, independentemente da sua profissão.

3.6.6. 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.

3.6.7. 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 pela Segurada 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.

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

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

3.6.10. 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 da Segurada, em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização

devida pelo caso de Morte, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente.

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;
- 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; e
- g) Câncer de Pele, que não seja diagnosticado como sendo melanoma maligno.

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 consequências;
- b) o parto ou aborto e suas consequências;
- 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) qualquer 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 consequência:

- 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 da segurada 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 pela Segurada, pelo Beneficiário ou pelo representante de um ou de outro.
- g) da Segurada dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeira aptidão, sem que possua habilitação legal e apropriada.

4.4. Estão também excluídos das coberturas deste seguro, quaisquer pagamentos, mesmo em consequência 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 a Segurada obrigada 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 va-

lor 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 direcione especificamente contra o efetivo causador dos danos.

- b) Lucros Cessantes resultantes da paralisação, temporária ou definitiva, das atividades profissionais da Segurada 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.

4.5. Sem prejuízo das exclusões anteriores, também estão excluídos quaisquer tipos de eventos decorrentes de agravamento de risco ocasionados intencionalmente pela Segurada, conforme disposto no Código Civil.

5. CONTRATAÇÃO

Considera-se contratado o seguro quando a Proposta de Contratação, devidamente preenchida e assinada pela 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 das proponentes por parte da Seguradora, será necessário o preenchimento obrigatório da Proposta de Contratação, sempre observando os limites de idade entre 16 (dezesseis) e 64 (sessenta e quatro) anos para o ingresso, e as boas condições de saúde.

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.

6.2.1. A Seguradora fornecerá à proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

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

6.4. A aceitação da Proponente no Seguro será caracterizada pela emissão da Apólice, em seu nome, com a indicação das garantias contratadas, do início e término 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 à proponente por escrito, no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados do protocolo de recebimento na Seguradora, justificando o motivo da recusa e dispondo à mesma todos os valores por ela destinados à Seguradora, devidamente atualizados pelo índice de correção estabelecido neste contrato (subitem 10.1). 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 à 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 da Seguradora, a taxa reajustada será aplicada a partir do próximo aniversário anual de cada apólice em vigor nesta Seguradora, **desde que haja anuência expressa da Seguradora, que deverá ser comunicada à respeito da alteração mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 dias que antecedam o final de vigência da apólice.**

7. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

7.1. O pagamento dos prêmios será efetuado, conforme opção indicada na Proposta de Contratação, à vista ou parcelado, observando-se os **critérios de faixa etária** previstos na tabela descrita na cláusula 8.

7.2. A primeira parcela do prêmio será de acordo com a opção da Seguradora, 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. 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.

8. REAJUSTE DO PRÊMIO POR FAIXA ETÁRIA

8.1. O prêmio mensal estipulado na data de início de vigência do Seguro, será aquele estabelecido na Proposta de Contratação, sujeito às alterações decorrentes da mudança de faixa etária de cada Seguradora.

8.2. Ocorrendo alteração na idade da Seguradora, que signifique deslocamento para outra faixa etária, o respectivo prêmio mensal será reajustado com o percentual da nova faixa etária (tabela abaixo), que incidirá sobre o prêmio imediatamente no mês em que ocorrer a próxima renovação da apólice. Segue tabela contendo os percentuais de reajuste:

Coberturas Contratadas			Faixas Etárias						
			Até 35	36 a 40	41 a 45	46 a 50	51 a 55	56 a 60	61 a 64
MORTE	INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DIAGNÓSTICO DE CÂNCER	-	65,88%	45,09%	36,34%	48,93%	62,20%	41,21%
MORTE	-	DIAGNÓSTICO DE CÂNCER	-	73,35%	47,71%	38,03%	50,10%	63,47%	41,87%

8.3. Após a Seguradora completar 65 anos de idade, o percentual de reajuste será fixado em 9% ao ano.

9. VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO DO SEGURO E INÍCIO DA VIGÊNCIA

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

9.1.1. A renovação poderá ocorrer de forma automática uma única vez, nos termos da Lei, **desde que não haja desistência expressa da Seguradora ou da Seguradora até 60 (sessenta) dias antes de seu vencimento.**

9.1.2. A partir da segunda renovação, somente poderá ser feita de forma expressa, servindo-se a Seguradora de meio que demonstre sua vontade em renovar o seguro.

9.2. 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.

9.2.1. 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.

9.3. Este Seguro não poderá ser renovado caso a Seguradora tenha suspenso a sua comercialização e/ou o produto tenha sido arquivado perante a SUSEP, desde que seja dada ciência à Seguradora, até 60 (sessenta) dias antes do seu vencimento.

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

9.4.1. Caso o capital segurado seja superior ao limite técnico, tal valor deverá ser considerado para efeito de pagamento de indenização, independentemente das penalidades cabíveis de não repasse de valor excedente ao referido limite.

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

9.6. A Renovação deste Seguro também poderá ficar condicionada a aplicação de um AGRADO no valor do prêmio do Seguro, desde que seja dada ciência à Seguradora, até 60 (sessenta) dias antes do seu vencimento. 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.

10. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

10.1. 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.

10.2. 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.

10.3. Caberá à Seguradora 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.

11. CESSAÇÃO DA COBERTURA DO SEGURO

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 a Seguradora e seu(s) Beneficiário(s) sem direito a receber indenização referente a qualquer garantia contratada no caso de ocorrência do sinistro.

12. EXTINÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO

12.1. 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.

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

12.2.1. No caso do subitem supra, a Seguradora poderá reter o prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

12.3. A cobertura prevista por este Seguro se extingue pela ocorrência da Morte ou Invalidez Permanente Total por Acidente da Segurada.

12.4. Extingue-se ainda o 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 9 acima.

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

12.5. Fica ainda a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade e o contrato automaticamente cancelado, se a Segurada, 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.

12.6. A cobertura para Diagnóstico de Câncer se dará apenas uma vez, extinguindo-se com o pagamento da Importância Segurada contratada.

12.6.1. Após o pagamento desta cobertura, o prêmio do seguro será recalculado, mantendo-se apenas o valor referente às demais coberturas contratadas.

13. ALTERAÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO

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.

14. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

14.1. Ocorrendo sinistro coberto pelo seguro deverá ser comunicado imediatamente pela Segurada ou seu(s) Beneficiário(s), através do formulário "AVISO DE SINISTRO", ou de carta registrada ou telegrama dirigido à Seguradora.

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

14.3. A comunicação feita por carta ou telegrama não exonera a Segurada, seu representante ou seu(s) Beneficiário(s), da obrigação de apresentar o formulário "AVISO DE SINISTRO".

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

14.5. Em caso de Morte da Segurada:

- a) Aviso de Sinistro, preenchido pelo Beneficiário, no campo Informações da Segurada, em caso de acidente;
- b) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- c) cópia autenticada do RG ou outro documento de identificação e CPF da Segurada e do(s) Beneficiário(s);
- d) cópia autenticada e atualizada (extraída após o óbito) da Certidão de Casamento da Segurada;
- e) Declaração de Únicos Herdeiros;
- f) cópia autenticada de declaração do INSS informando quem são os dependentes da Segurada 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 da falecida quando se tratar de acidente automobilístico, em que a mesma seja condutora do veículo;
- k) cópia autenticada do CAT – Comunicação de Acidente do Trabalho, se for o caso;
- l) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.

14.6. Em Caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:

- a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pela Segurada ou representante(s) legal(is) e médico assistente;
- b) cópia autenticada do RG e CPF e comprovante de residência da Segurada;
- 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 da Segurada quando se tratar de acidente automobilístico, em que a mesma tenha sido condutora do veículo; e
- g) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.

14.7. Em caso de Diagnóstico de Câncer:

- a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pela Segurada ou representante(s) legal(is) e médico assistente da Segurada;
- b) cópia autenticada do RG, CPF e comprovante de residência da Segurada;
- c) laudo subscrito por médico devidamente habilitado na sua especialização;
- d) cópia autenticada de todos os resultados dos exames médicos que auxiliaram no diagnóstico, além do anátomo-patológico; e,
- e) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.

14.8. 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.

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

14.10. As documentações anteriormente mencionadas não são taxativas, 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, sendo que o prazo para liquidação de que trata o subitem anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e, sua a contagem será reiniciada a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

14.10.1. A tramitação de Inquérito Policial 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.

14.11. A constatação da Invalidez Permanente conforme definida no subitem 3.6 se fará por declaração médica subscreta por profissional, devidamente habilitado na sua especialização e eventual perícia realizada na esfera administrativa ou judicial.

14.12. Nos casos de divergências sobre a Invalidez Permanente por Acidente, a Seguradora proporá à Segurada, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15(quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

14.12.1. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pela Segurada e um terceiro, desempator, 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, pela Segurada e pela Seguradora.

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

15. FORMAS DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

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

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

15.3. As indenizações por Morte Natural e Acidental, Indenização Especial por Acidente ou Invalidez Total por Acidente podem ser pagas integral ou parcialmente, sob a forma de renda certa, desde que tenha havido opção expressa da Segurada neste sentido, devendo as partes estabelecer o valor da renda mínima inicial.

15.3.1. O valor da renda será atualizado anualmente, no mês em que ocorreu o evento causador do sinistro, pelo índice de correção estabelecido no subitem 10.1, acumulado nos últimos 12 meses que antecedem o mês de atualização, além da aplicação de juros de até 6% (seis per cento) ao ano.

15.3.2. Além da atualização monetária prevista no subitem 15.3.1 destas Condições Gerais, ao valor da renda será acrescido o montante resultante da diferença gerada entre a atualização mensal da Provisão Matemática de Benefícios Concedidos, e a atualização anual aplicada às rendas.

15.4. Mesmo que o(s) Beneficiário(s) indicado(s) pela Segurada 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 pela Segurada, ao cônjuge não separado judicialmente e o restante ao(s) herdeiros da Segurada, obedecida a ordem de sucessão hereditária.

15.5. 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 14.5, 14.6, 14.7, bem como da Condição Especial da cobertura de Assistência Funeral (se contratada), 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.

16. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

- a) A Segurada 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 a segurada, seu representante ou seu corretor de seguros fizerem declarações inexas 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 da Seguradora.

16.1. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé da Seguradora, a Seguradora poderá:

16.1.1. 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.

16.1.2. 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 à Seguradora ou ao(s) Beneficiário(s) ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

16.1.3. 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.

17. MODIFICAÇÕES DE RISCO

17.1. 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.

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

- a) mudança de profissão da Seguradora;
- b) mudança de residência da Seguradora para outro país.
- c) prática de esportes (profissional ou amador) tais como: balonismo, asa-delta, vôo-livre, pára-queda, 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.

17.3. A Seguradora está obrigada 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 se silenciou por má-fé.

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

17.3.2. 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.

17.3.3. O cancelamento do seguro em razão da situação descrita no subitem acima só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação à Seguradora, devendo ser restituída a diferença do prêmio calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

17.4. 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 da Seguradora em comunicar à Seguradora todo incidente que de qualquer modo possa agravar o risco.

18. INSTITUIÇÃO E MUDANÇA DE BENEFICIÁRIO

18.1. Cabe exclusivamente à Seguradora nomear ou substituir seus Beneficiários, através de documento escrito.

18.2. No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente a própria Seguradora será a Beneficiária.

18.3. Se a Seguradora 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.

18.3.1. Se a Seguradora, não for cientificada oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o capital segurado ao antigo Beneficiário.

18.4. 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 da Seguradora, obedecida a ordem da vocação hereditária.

18.4.1. Na falta das pessoas indicadas neste artigo, serão Beneficiários os que provarem que a morte da Seguradora os privou dos meios necessários à subsistência.

18.5. É válida a instituição do companheiro como Beneficiário, se ao tempo do contrato a Seguradora era separada judicialmente, ou já se encontrava separada de fato.

18.6. A Seguradora poderá substituir seus Beneficiários, a qualquer tempo, mediante aviso prévio e escrito à Seguradora.

18.7. Nenhuma alteração de Beneficiários terá validade se não constar na declaração escrita da Segurada.

19. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

O seguro dará cobertura por todo o Globo Terrestre.

20. DO FORO

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

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

21. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

21.2. 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.

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

21.4. Não haverá devolução ou resgate de prêmios à Segurada.

21.5. A Segurada 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.

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

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 da Segurada, 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 todas as seguradas principais (excluído cônjuge e filhos); e
- b) no Plano Familiar: a todos as Seguradas 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. 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, exceto se o falecimento provier de utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esportes ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- d) **Suicídio da Segurada cometido dentro dos primeiros 24 meses de vigência do Seguro;**
- e) **Translado 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 da segurada 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 pela Segurada, pelo Beneficiário ou pelo representante de um ou de outro.**

4. 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.**

5. DO REEMBOLSO

5.1. Em caso de falecimento da Segurada, 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.

5.2. 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.

6. DO PEDIDO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA

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

- a) nome da Segurada e nº da apólice correspondente;
- b) o local e o número do telefone onde o Serviço de Assistência poderá encontrar os familiares/ representantes da Segurada; e

c) os documentos necessários para comprovar a vínculo empregatício ou familiar.

6.2. 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.

6.3. 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.

7. COBERTURAS DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

7.1. Assessoria para as Formalidades Administrativas

O Serviço de Assistência dirigirá-se 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.

7.2. 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.

7.3. 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.

7.4. 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.

7.5. Mesa de Condolências

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

7.6. 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.

7.7. Paramentos

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

7.8. Passagem para um Parente

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

7.9. Registro de Óbito

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

7.10. Sepultamento ou Cremação

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

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

7.10.2. A cremação sempre será de responsabilidade do Serviço de Assistência. Caso o óbito ocorra ou a Segurada 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.

7.11. Serviço de Retorno / Repatriamento de Corpo

Em caso de falecimento da Segurada 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 da Segurada.

7.12. Urna/Caixaão

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

7.13. Velório

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

8. DAS LIMITAÇÕES AOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA

8.1. 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 da Segurada 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 passa-

gem 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.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

10. DISPOSIÇÃO FINAL

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