
Seja bem-vindo!

Você acaba de adquirir o Porto Seguro Vida Individual II, um seguro que tem diferentes opções de planos que se adaptam perfeitamente às suas necessidades.

É um seguro que garante o pagamento de uma indenização ao Segurado em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Antecipação Especial por Doença, ou a seu Beneficiário em caso de morte do Segurado, de acordo com o plano contratado.

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.

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

Porto Seguro Vida Individual II, o importante é encontrar uma companhia que fique ao seu lado por toda a vida.



ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE VIDA E ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL II

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

CONDIÇÃO ESPECIAL PARA COBERTURA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

1. CONCEITOS.....	21
2. OBJETO	21

3. GARANTIA DO SEGURO	21
4. RISCOS EXCLUÍDOS	21
5. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO	22
6. PAGAMENTO DO BENEFÍCIO	23
7. DISPOSIÇÕES FINAIS	23

ANEXO I	25
----------------------	-----------

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

1. OBJETO	27
2. DA GARANTIA DA ASSISTÊNCIA FUNERAL	27
3. RISCOS EXCLUÍDOS	27
4. DA CARÊNCIA.....	27
5. DO REEMBOLSO	27
6. DO PEDIDO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA.....	27
7. COBERTURAS DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA FUNERAL.....	28
8. DAS LIMITAÇÕES AOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA	28
9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	29
10. DISPOSIÇÃO FINAL	29

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE VIDA E ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL II

Susep nº 15414.002563/2006-41

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) 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 item 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 nas tarifas.

1.8. DOENÇAS E/OU LESÕES PREEXISTENTES E SUAS CONSEQÜÊNCIAS

São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de

sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde.

1.9. 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 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.

1.13. LIMITE TÉCNICO

É o limite de capital segurado 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 que contém a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

1.20. RENDA CERTA

1.20.1. É a série de pagamentos periódicos a que tem direito o(s) beneficiário(s) ou o próprio segurado, de acordo com a estrutura do plano.

1.20.2. Essa forma de indenização é cabível no pagamento das coberturas pela Morte ou Invalidez Total por Acidente do Segurado e será feita em no máximo 24 (vinte e quatro) parcelas, distribuídas por um período, determinando antecipadamente 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 igual ou maior que 16 (dezesseis) 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 a idade mínima acima mencionada é de 18 (dezoito) anos.

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 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. É considerada Garantia Básica:

- a) Morte Natural e Acidental, observando-se os Riscos Excluídos no item 4.

3.2. São consideradas garantias adicionais:

- a) Morte Acidental em Dobro;
- b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente;
- c) Majoração de Membros;
- d) Antecipação Especial por Doença;
- e) Despesas Médico-Hospitalares;
- f) Inclusão de Cônjuge;
- g) Diárias de Incapacidade Temporária com ou sem Franquia Reduzida para Acidente; e
- h) Assistência Funeral.

3.3. Neste seguro é obrigatória a contratação da Garantia Básica.

3.4. Condições para a concessão das Garantias acima:

- a) As indenizações pelas garantias básica e adicional de Antecipação Especial por Doença não são cumulativas;
- b) A garantia adicional de Antecipação Especial por Doença só pode ser concedida se a apólice também garantir a cobertura de Invalidez Permanente Total ou

Parcial por Acidente, esta com capital mínimo de 100% da Garantia Básica; e

- c) Somente sinistros decorrentes de acidentes estarão amparados pela condição adicional de Despesas Médico-Hospitalares.

3.5. 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) do Segurado indicado(s) na Proposta de contratação, após a morte do mesmo, desde que ocorrida após o início de vigência e dentro do período de cobertura do seguro.

3.6. Morte Acidental em Dobro

Consiste no pagamento de um **capital adicional** para morte acidental, limitado a 100% (cem por cento) do valor estipulado para a garantia básica, de uma só vez, ao(s) beneficiário(s) do Segurado indicado(s) na Proposta de Contratação, desde que o acidente tenha ocorrido após o início de vigência e dentro do período de cobertura do seguro.

3.7. Indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

3.7.1. É a indenização paga ao próprio Segurado, 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.

3.7.2. 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 fémur.....	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

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

3.7.4. Não estando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela do subitem 3.7.2 para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

3.7.5. 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).

3.7.5.1. Em todos os casos não especificados na tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.

3.7.6. 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.

3.7.7. 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.

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

3.7.9. 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.

3.7.10. 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.

3.7.11. Majoração de Membros

Consiste na possibilidade do Segurado majorar os percentuais de indenização parcial para 100% (cem per cento), conforme indicado na Proposta de contratação.

3.7.11.1. São membros passíveis de majoração:

- a) Perda total da visão do uso de um olho de 30% (trinta per cento) majorado para 100% (cem per cento);
- b) Perda total do uso de um dos indicadores de 15% (quinze per cento) majorado para 100% (cem per cento);
- c) Perda total de um dos polegares, inclusive o metacarpiano de 18% (dezoito per cento) majorado para 100% (cem per cento); e,
- d) Anquilose total de um dos cotovelos de 25% (vinte e cinco per cento) majorado para 100% (cem per cento).

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

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

3.8. Antecipação Especial por Doença

3.8.1. Consiste na antecipação do pagamento da indenização relativa à garantia de Morte Natural, que será paga ao segurado, curador ou a quem o represente juridicamente, desde que requerido, nos casos em que este apresente quadro clínico irreversível, em fase terminal, em decorrência das doenças devidamente cobertas por esta garantia, observados os riscos excluídos. Ainda está previsto como evento coberto, o estado de perda de existência independente do segurado, por motivo de doença, apenas nos casos em que este se encontrar dentro das características relacionadas pelo item VII abaixo.

3.8.1.1. Considera-se segurado com quadro clínico irreversível e em fase terminal aquele que apresente estado clínico gravíssimo, sem perspectiva de recuperação, devidamente comprovado por profissional legalmente habilitado, nos casos das enfermidades abaixo cobertas:

I - Cegueira total e incurável de ambos os olhos por doença, exceto Cegueira legal ou profissional.

I.a Entende-se por cegueira legal ou profissional os indivíduos cuja acuidade visual corrigida nos dois olhos (com óculos ou lentes de contato), é igual ou inferior a 0,1, bem como os portadores de campo visual tubular bilateral, restrito a 20 graus ou menos.

II - Coma irreversível por doença, exceto decorrente do uso de álcool e drogas.

II.a Entende-se por coma estado de inconsciência, sem resposta a estímulos externos, persistindo continuamente com as medidas de suporte de vida por um período de pelo menos 96 (noventa e seis) horas e resultante em déficits neurológicos permanentes.

III - Doenças Terminais.

III.a Entende-se por Doenças Terminais como aquelas em fase avançada, progressiva e incurável, sem possibilidades de respostas a nenhuma medida terapêutica, conhecida e aplicada, sem expectativa de cura ou prolongamento da sobrevida, onde o esperado é o óbito.

IV - Alienação mental decorrente de doença, manifestada e diagnosticada durante a vigência do seguro.

IV.a Entende-se por alienação mental, distúrbio mental ou neuromental grave e persistente no qual, esgotados os meios habituais de tratamento, haja alteração completa ou considerável da personalidade, tornando o paciente total e permanentemente impossibilitado para qualquer trabalho e incluso na qualificação de curatelado(a) em definitivo.

V - Insuficiência cardíaca, refrataria ao tratamento, com classificação funcional, grau IV, de acordo com a tabela NYHA, exceto doenças congênitas.

V.a Entende-se por Insuficiência cardíaca ou cardiopatia grave, doença que curse com alterações hemodinâmicas evidentes e marcadas, com disfunções locais de ordem rítmica, isquêmica, obstrutivo-restritivas ou de mortalidade e/ou com acometimento dos órgãos-alvo, representando-se como condição funcional de grau IV (NYHA), tornando o paciente incapaz de atividade física de qualquer espécie. Esta condição deve ser comprovada pelo exame físico e métodos complementares que a medicina especializada venha a exigir.

VI – Doenças Crônicas

VI.a Entende-se por doenças crônicas, as que atingem os portadores de doenças incuráveis, que são **mantidos definitivamente no leito, com ou sem ajuda de aparelhos, com caráter progressivo**, com manifestações clínicas avançadas acometendo órgãos-alvo (consumptivas), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em protocolos de tratamento direcionados à cura e/ou seu controle clínico.

VII - Perda de existência independente do segurado

VII.a Entende-se perda de existência independente do segurado, aquele que por motivo de doença, vier apresentar alguns dos estados mórbidos relacionados a seguir:

- a) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
- b) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de duas mãos ou de dois pés;
- c) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

VIII - A constatação da Antecipação Especial por Doença, conforme definida no subitem 3.8.1 se fará por declaração médica subscrita por profissional, devidamente habilitado na sua especialização e perícia realizada na esfera administrativa ou judicial.

VIII.a. A concessão desta garantia não está vinculada à aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou semelhantes.

VIII.b. Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos no item 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais da Apólice.

VIII.c. Para fins desta Cobertura o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice, sendo este 100% do Capital da Cobertura de Morte. Uma vez paga a indenização referente a esta cobertura, o seguro estará automaticamente cancelado.

VIX - Reconhecida a Antecipação Especial por Doença pela seguradora, o capital relativo à essa garantia deverá ser pago de uma só vez ao próprio segurado ou em até 24 prestações mensais e sucessivas, atualizadas monetariamente e capitalizadas a juros de 6% a.a. na forma da Tabela Price.

3.9. Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas

3.9.1. É a indenização de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas, **decorrentes de acidente coberto**, efetuadas exclusivamente pelo Segurado para **seu tratamento**, desde que iniciado nos 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 14.9.

3.9.2. O Capital segurado, por evento, para a **garantia de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas, corresponderá à percentagem do Capital Segurado para a garantia de Morte, conforme indicado na Proposta de contratação.**

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

3.9.4. A **comprovação das despesas médico-hospitalares deverá ser feita mediante a apresentação dos**

comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente.

3.9.5. 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.

3.9.6. Esta cobertura se extingue com o esgotamento da importância contratada, conforme o disposto no subitem 3.9.2 acima.

3.10. Inclusão de Cônjuge

3.10.1. Poderão ser contratadas as seguintes garantias para o Cônjuge, desde que previstas para o Segurado Principal:

- a) Morte Natural ou Acidental;
- b) Indenização Especial por Acidente; e
- c) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

3.10.2. Equiparam-se ao cônjuge a(o) companheira(o) do Segurado principal, desde que haja concordância com a anotação feita na carteira profissional e/ou com a declaração do Imposto de Renda, em conformidade com as leis brasileiras sobre a matéria.

3.10.3. Os Segurados pertencentes a categorias profissionais para as quais não são expedidas Carteiras Profissionais podem incluir no Seguro a(o) companheira(o), quando esta(e) estiver registrada(o) de acordo com regulamentação própria.

3.10.4. Condições de Aceitação para Inclusão de Cônjuge

Somente será aceito o Cônjuge que se encontrar em condições satisfatórias de saúde, na data de seu ingresso no seguro, mediante preenchimento de Declaração de Saúde do cônjuge constante na Proposta de contratação.

3.10.4.1. Se o Segurado Principal, responsável pelas informações prestadas na Declaração de Saúde, as fizer de forma inexata, ou ainda omitir circunstâncias que possa influir na aceitação da inclusão de cônjuge ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia de que trata o subitem 3.10, além de ficar obrigado ao prêmio vencido.

3.10.5. Beneficiário do Cônjuge

3.10.5.1. A indenização por morte devida por esta garantia será paga ao Segurado Principal.

3.10.5.2. Na hipótese de morte simultânea (como-riência) do segurado principal e do(s) segurado(s) dependente(s), os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, principal e dependente(s),

deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na audiência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

3.10.6. Início e Término de Vigência

3.10.6.1. Início

A(s) cobertura(s) concedida(s) pela presente garantia começará a vigorar na data do início da cobertura do risco do Segurado Principal, para o cônjuge admitido no seguro simultaneamente, ou na data da inclusão desta garantia na apólice.

3.10.6.2. Término

A garantia concedida pela presente Cláusula cessa:

- a) com o cancelamento do Seguro ou da presente garantia, mediante acordo entre as partes contratantes;**
- b) com a morte, Invalidez Permanente Total por Acidente ou Antecipação Especial por Doença do Segurado Principal;**
- d) no caso de separação judicial, separação de fato ou divórcio;**
- e) a pedido do Segurado Principal, por escrito; e**
- f) com o pagamento da indenização da presente garantia.**

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.**

4.2. Além dos riscos excluídos nas alíneas do subitem anterior, estão expressamente excluídos da cobertura de Indenização Especial por Acidente 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 ocorridos em conseqüência:

- a) de competições ILEGAIS em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios;
- 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 de um ou de outro.
- g) do segurado dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeira 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. Para a cobertura de Antecipação Especial por Doença, também estão excluídos:

- a) Coma irreversível decorrente do uso de álcool e drogas;
- b) Insuficiência cardíaca congênita;

- c) Doenças ocupacionais, incluídas as profissionais e as do trabalho, de qualquer origem causal (etiologia);
- d) Doenças em geral, geradoras de limitação física e/ou déficit funcional de qualquer monta, cuja origem causal (etiologia) possa guardar alguma relação de causa e efeito, direta ou indireta, mesmo que parcial (concausa), com a(s) atividade(s) profissional(is), exercida(s) pelo segurado, a qualquer tempo, ainda que, por qualquer causa motivo, não lhe(s) tenha sido atribuído nexos causal ocupacional;
- e) Toda e qualquer manifestação clínica, lesão e/ou doença que possua, em qualquer tempo de sua evolução, desde a origem, inclusive, alguma internação, intercorrência e/ou agravo ocorrido na dependência de traumatismos, exposições a esforços físicos, repetitivos ou não e/ou posturas viciosas;
- f) a perda, a redução, ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal; e
- g) Toda e qualquer outra condição médica que não se enquadre nos critérios definidos no âmbito dos riscos cobertos.

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

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 proponentes por parte da Seguradora, será necessário o preenchimento obrigatório da proposta de contratação, sempre observando o limite de idade igual ou maior que 16 (dezesseis) 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 da aceitação do risco ou da aceitação da proposta de contratação, poderá ser feita apenas uma vez, durante o referido prazo.

6.2.1. A Seguradora fornecerá ao 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 do 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 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 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 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 taxa reajustada será aplicada a partir do próximo aniversário anual de cada apólice em vigor nesta Seguradora, **desde que haja anuência expressa do segurado, que deverá ser comunicado 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 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. 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

8.1 O prêmio mensal estipulado na data de início de vigência do Seguro, será aquele estabelecido na Proposta de Contratação, sujeito a alterações decorrentes do reenquadramento anual, fixado em 10% (dez por cento) para cobertura básica (Morte Natural e Acidental).

8.2 CASO TENHA HAVIDO A CONTRATAÇÃO DA GARANTIA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA, a parcela do prêmio referente essa Garantia sofrerá reajuste a cada mudança de faixa-etária, conforme tabela de faixas-etárias específicas no Anexo I das Condições Gerais.

8.2.1 O Segurado terá ainda, um aumento anual de 5% (cinco per cento) no valor do prêmio correspondente exclusivamente à cobertura mencionada no subitem acima, a partir de quando completar 65 (sessenta e cinco) anos. Tal 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% (cinco per cento) 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 do Segurado 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 o Segurado 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 ao Segurado, 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 uma nova Apólice pela Seguradora.

9.6. A Renovação deste Seguro também poderá ficar condicionada a aplicação de um AGRAVO no valor do prêmio do Seguro, desde que seja dada ciência ao Segurado, 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).

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 ou da contribuição até a data e ocorrência do respectivo evento gerador.

10.3. 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.**

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 o segurado e seus beneficiários 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, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias.

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, Invalidez Permanente Total por Acidente e Antecipação Especial por Doença do Segurado.

12.4. A cobertura de Indenização Especial por Acidente, se extingue com o pagamento do respectivo capital segurado.

12.5. A cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, se extingue com o pagamento do respectivo capital segurado.

12.6. 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) se este não for renovado.

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

12.7. Fica ainda a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade e o contrato automaticamente cancelado, se o Segurado, seus prepostos ou beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação, 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.

12.8. Fica extinta/cancelada a cobertura de Garantia Adicional de Diárias de Incapacidade Temporária, quando contratada, a partir da data em que o segurado estiver

inválido permanentemente (total ou parcial), deixando de ser cobrado, a partir de então, o prêmio relativo a tal cobertura.

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 pelo Segurado ou seus beneficiários, 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 o Segurado, seu representante ou seus beneficiários, 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 básicos abaixo relacionados:

14.5. Em Caso de Morte Natural do Segurado:

- a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo(s) beneficiários(s) ou representante(s) legal(is) e médico assistente do Segurado;
- 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; e
- h) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.

14.6. Em caso de Morte Acidental do Segurado:

- a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo(s) beneficiários(s) ou representante(s) legal(is) e médico assistente do Segurado;

- 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.

14.7. 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.

14.8. Em Caso de Antecipação Especial por Doença (AED)

- a) “Aviso de Sinistro” preenchido e assinado pelo médico assistente e pelo Segurado, comunicando suas condições de saúde e retratando o quadro clínico incapacitante;
- b) Declaração médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, constando ainda informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento do estágio da doença que se enquadra nesta cobertura;
- c) cópia autenticada do RG e CPF e comprovante de residência do Segurado;
- d) Relatório do médico assistente do Segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada e detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas dos Segurado;
- e) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas na alínea anterior; e
- f) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.

14.9. Despesas Médico-Hospitalares 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.

14.10. Inclusão de Cônjuge

Os documentos que devem ser apresentados para a eventual concessão desta garantia são os mesmos descritos nos itens 14.5, 14.6 e 14.7, incluindo a cópia autenticada da Certidão de Casamento atualizada do(a) Segurado(a) Suplementar.

14.11. 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.

14.12. O prazo máximo, após a entrega dos documentos básicos exigidos pela Seguradora, para a liquidação do sinistro será de 30 (trinta) dias.

14.13. 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 voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

14.13.1. 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.

14.14. A constatação da Antecipação Especial por Doença conforme definida no subitem 3.8 se fará por laudo subscrito por profissional, devidamente habilitado na sua especialização, e eventual perícia realizada na esfera administrativa ou judicial.

14.15. Nos casos de divergências sobre a Antecipação Especial por Doença e Invalidez Permanente por Acidente, 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.

14.15.1. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Havendo a utilização deste recurso, as partes convenicionarão 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.

14.15.2. 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.

14.16. A comprovação das Despesas Médico-Hospitalares previstas no subitem 3.9 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.

14.17. Nos casos de cobertura internacional, em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

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 facultado 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 do segurado 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 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 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

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, 14.8, 14.9 e 14.10, bem como das Condições Especiais das coberturas de Diárias de

Incapacidade Temporária e Assistência Funeral (se contratadas), 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) 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; e
- d) No caso de inobservância da cláusula 17 (Modificação do Risco) por parte do Segurado.

16.1. Se a inexistência ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, 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 ao segurado ou ao beneficiário 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 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-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. 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 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 agravação 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 ao Segurado, 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 implicarão na perda ao direito da indenização do Seguro, conforme previsto no artigo 769 do Código Civil que dispõe sobre o dever do Segurado em comunicar ao Segurador todo incidente que, de qualquer modo, possa agravar o risco.

18. INSTITUIÇÃO E MUDANÇA DE BENEFICIÁRIO

18.1. Cabe exclusivamente ao Segurado nomear ou substituir seus beneficiários, através de documento escrito.

18.2. No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente ou Antecipação Especial por Doença, o próprio segurado será o beneficiário.

18.3. 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.

18.3.1. O segurador, que não for cientificado 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 do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

18.4.1. Na falta das pessoas indicadas neste artigo, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

18.5. 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.

18.6. O Segurado 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 do Segurado.

19. EXISTÊNCIA DE OUTROS SEGUROS

O Segurado se obriga a declarar no ato da contratação, no formulário "Proposta de Contratação", ou quando solicitar

o aumento do capital segurado, a existência de quaisquer outros seguros de vida.

20. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

20.1. O seguro dará cobertura por todo o Globo Terrestre.

20.2. O disposto no subitem anterior não se aplica à garantia da Cláusula Especial para Diária de Incapacidade Temporária, a qual só se dá direito a eventos ocorridos no Brasil.

21. DO FORO

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

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

22. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

22.2. 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.

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

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



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) ou 7º (sétimo) 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

É a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se podem tirar os meios de subsistência, mediante remuneração.

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) ou 7 (sete) 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) ou 7 (sete) 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 Vida e Acidentes Pessoais Individual II.

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 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, de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de contratação;
- 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;
- x) as lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias;
- y) 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;
- z) 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.

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 básicos:

- 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. 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.

5.4. 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.

5.5. 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. Para efeito de prova da incapacidade

temporária, a Seguradora, além da auditoria médica, poderá exigir perícia médica.

5.5.1. 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.

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. DISPOSIÇÕES FINAIS

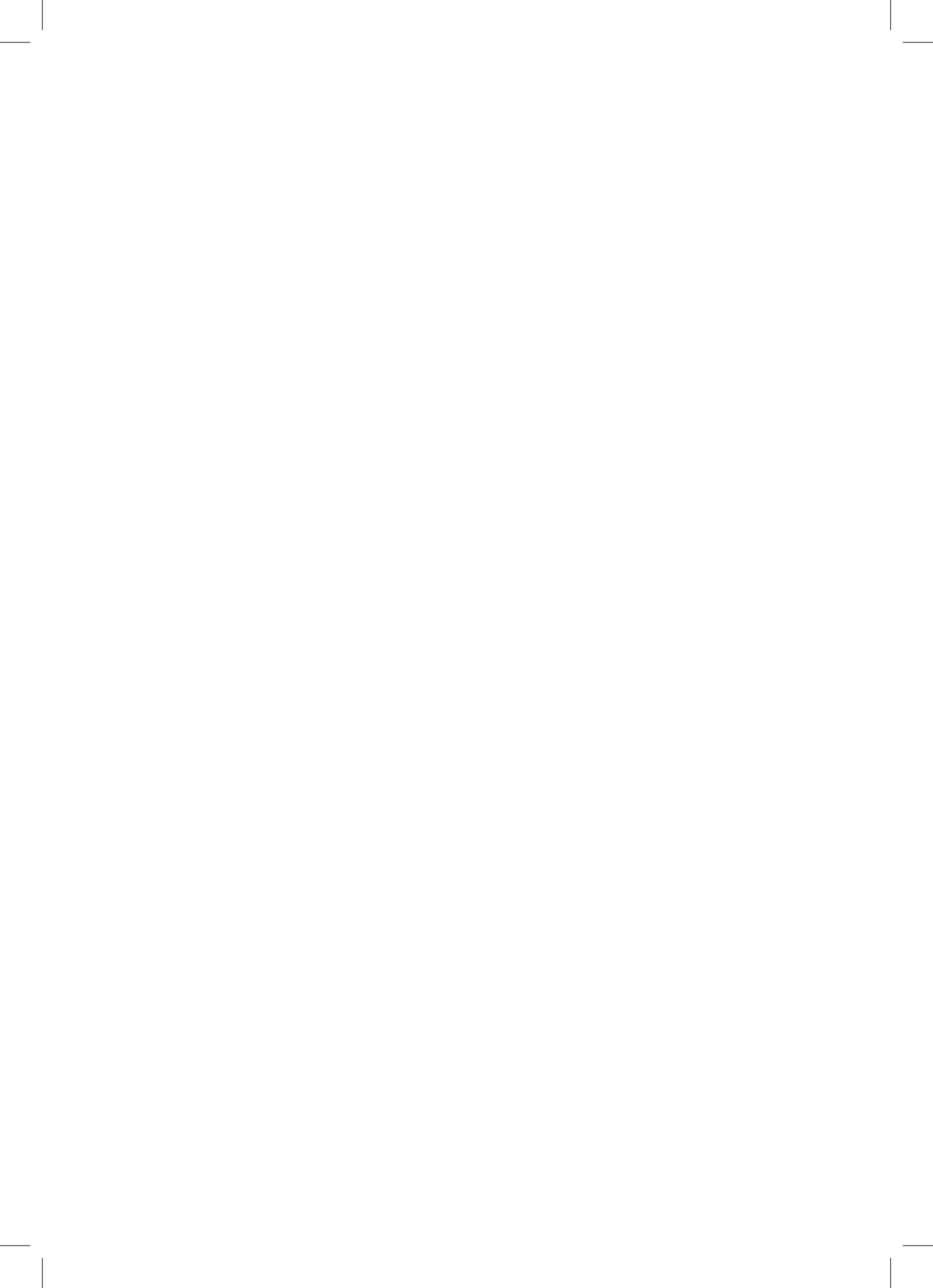
7.1. Estando o Segurado em gozo de um benefício, não fará jus a outro, mesmo que seja em conseqüência de um outro sinistro. Só será reconhecido pela Seguradora um novo sinistro se o mesmo vier a ocorrer após o Segurado obter alta médica definitiva do sinistro anterior. Não haverá acumulação de indenizações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

7.2. 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.

7.2.1. 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.

7.3. Os prêmios correspondentes a esta garantia sofrerão reajuste anual de 10% (dez per cento).

7.4. Aplicam-se a esta Cláusula Especial, no que não conflitam, 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.

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 do Segurado 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 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 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 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.

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 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.

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 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.

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 o Segurado ser cremado, 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 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.

7.11. 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 esquife standard até o Município de domicílio do Segurado.

7.12. Urna/Caixão

O Serviço de Assistência garante o pagamento da Urna ou caixão 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 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.

9. 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.

10. DISPOSIÇÃO FINAL

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