

Seja bem-vindo!

Você acaba de adquirir o Porto Seguro Vida Individual, 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 Invalidez Permanente Total por Doença ou ao seu Beneficiário em caso de morte do Segurado por qualquer causa, de acordo com o plano contratado.

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

E você ainda conta com um serviço exclusivo do Porto Seguro Vida, que garante ao Segurado assistência 24 horas do dia e em todo o Globo Terrestre.

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

Porto Seguro Vida em Grupo - Contratação Individual, 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

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

### CLÁUSULA ESPECIAL PARA COBERTURA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

1. CONCEITOS .....	16
2. OBJETO .....	16
3. GARANTIA DO SEGURO .....	16
4. RISCOS EXCLUÍDOS .....	17
5. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO .....	17
6. PAGAMENTO DO BENEFÍCIO .....	18
7. MODIFICAÇÃO DO RISCO .....	19
8. DISPOSIÇÕES FINAIS .....	19
9. APLICAM-SE A ESTA CLÁUSULA ESPECIAL, NO QUE NÃO CONFLITAREM, TODAS AS DEMAIS DISPOSIÇÕES DESTE CONTRATO DE SEGURO DE VIDA.....	19

---

**CLÁUSULA ESPECIAL PARA COBERTURA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA COM  
FRAQUIA REDUZIDA PARA ACIDENTE**

1. CONCEITOS .....	20
2. OBJETO .....	20
3. GARANTIA DO SEGURO .....	21
4. RISCOS EXCLUÍDOS .....	21
5. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO .....	22
6. PAGAMENTO DO BENEFÍCIO .....	22
7. MODIFICAÇÃO DO RISCO .....	23
8. DISPOSIÇÕES FINAIS .....	23
9. APLICAM-SE A ESTA CLÁUSULA ESPECIAL, NO QUE NÃO CONFLITAREM, TODAS AS DEMAIS DISPOSIÇÕES DESTE CONTRATO DE SEGURO DE VIDA.....	23
<b>ASSISTÊNCIA FUNERAL.....</b>	<b>24</b>

---

# CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE VIDA E ACIDENTES PESSOAIS

## 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, exceto aquele ocorrido dentro dos primeiros 24 meses de vigência do Seguro;
- 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) os denominados acidentes decorrentes de erros médicos, exemplificativamente, apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, parada cardíaca, trombose;**
- c) as consequências acidentais de tratamento ou exames clínicos cirúrgicos, medicamentos, por meio de agentes físicos, raios X, radium ou outros - quando tais tratamentos ou exames não sejam exigidos diretamente por consequência de acidentes cobertos;**
- d) a contaminação radioativa e/ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes, caracterizadas por doenças, moléstia ou enfermidades, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente coberto.**

### 1.2. APÓLICE

É o documento legal que formaliza a aceitação do risco pela seguradora.

### 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. CERTIFICADO INDIVIDUAL**

É o documento emitido pela seguradora que formaliza a aceitação do proponente como segurado.

### **1.7. CONDIÇÕES GERAIS**

Conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos, do segurado, do estipulante e da seguradora de um mesmo plano de seguro.

### **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. ESTIPULANTE**

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

### **1.10. 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 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.

### **1.12. INDENIZAÇÃO**

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.**

### **1.13. INÍCIO DE VIGÊNCIA:**

É a data de aceitação da proposta de adesão ou, se anterior, a data de pagamento do respectivo prêmio, desde que este pagamento decorra de ato inequívoco de aceitação da 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 consangüíneos 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. 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.

### **1.18. PROPOSTA**

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

---

### 1.19. REABILITAÇÃO DO SEGURO

É o restabelecimento das coberturas contratadas em função do pagamento do(s) prêmio(s) em atraso, respeitadas as regras previstas nas cláusulas 11 e 12 (suspensão e extinção).

### 1.20. RENDA CERTA

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

### 1.21. SEGURADO

**É a pessoa física com idade entre 18 (dezoito) e 64 (sessenta e quatro) anos, quando do protocolo da proposta na seguradora, habilitada a ser incluída na apólice de seguro.**

### 1.22. 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.

### 1.23. 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.

### 1.24. 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

São consideradas as garantias básicas e adicionais do seguro de vida.

### 3.1. Garantia Básica (Morte Natural ou Morte Acidental)

É a garantia do pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), caso o Segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais, durante a vigência deste seguro, desde que o evento não seja decorrente dos riscos excluídos previstos na cláusula 4.

### 3.2. São Consideradas Garantias Adicionais:

- a) Indenização Especial de Morte por Acidente;
- b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente;
- c) Invalidez Permanente Total por Doença.

### 3.3. São consideradas garantias básicas da modalidade Acidentes Pessoais:

- a) Morte;
- b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

### 3.4. São consideradas garantias adicionais da modalidade de Acidentes Pessoais:

Despesas Médico-Hospitalares.

3.5. Para a efetivação do seguro, deverá haver a contratação da cobertura básica oferecida.

**3.6. Condições para concessão das garantias acima:**

- a) As indenizações pelas garantias básica e adicional de Invalidez Permanente Total por Doença não são cumulativas;
- b) A garantia adicional de Invalidez Permanente Total por Doença só pode ser concedida se a apólice também garantir a Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, esta com capital mínimo de 100% da garantia básica.

**3.7. Indenização por Morte Natural ou Morte Acidental**

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

**3.8. Indenização Especial por Acidente**

Consiste no pagamento de um capital segurado adicional, limitado a 100% (cem por cento) do valor estipulado para a garantia básica, relativo à Cobertura Adicional de Morte Acidental (Indenização Especial por Acidente - IEA), de uma só vez, ao(s) beneficiário(s) do Segurado indicado(s) na Proposta, após a **morte acidental** do mesmo, desde que ocorrida após o início de vigência e dentro do período de cobertura do seguro.

**3.9. Indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente**

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

3.9.2. 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 o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos .....	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos.....	20
	Mudez incurável .....	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior .....	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral .....	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral.....	25

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:

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

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

**3.9.5. 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.**

**3.9.6. 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.**

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

**3.9.8. A constatação da Invalidez Permanente por Acidente se fará através de laudo subscrito por médico devidamente habilitado na sua especialização, e/ou por declaração da Previdência Social.**

**3.9.9. 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, qualquer que seja a causa, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de Morte, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente.**

### **3.10. Indenização por Invalidez Permanente Total por Doença**

**3.10.1.** Consiste na antecipação do pagamento da indenização relativa a garantia básica (Morte Qualquer Causa), no caso de Invalidez Permanente Total, conseqüente de doença, do Segurado.

**3.10.2.** Como Invalidez Permanente Total por Doença entende-se aquela pela qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação do Segurado com os recursos terapêuticos disponíveis na data em que ocorrer a constatação do sinistro, **impossibilitando o Segurado de prover sua subsistência através de qualquer atividade remunerada**, ainda que não seja a atividade profissional habitualmente exercida pelo Segurado.

### **3.11. Despesas Médico-Hospitalares**

**3.11.1.** É a indenização de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas, **decorrentes de acidente coberto**, efetuadas exclusivamente pelo componente principal 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 item 14.9.

**3.11.2.** O Capital Individual, por evento, para a garantia de Despesas Médico-Hospitalares, corresponderá à percentagem do Capital Segurado para a garantia de Morte Acidental, conforme indicado na Proposta do Seguro.

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

---

**3.11.4.** As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizados monetariamente pela Seguradora, quando da liquidação do sinistro.

**3.11.5.** Esta cobertura se extingue com o esgotamento da importância contratada, conforme o disposto no item 3.11.2.

## **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;**
- c) de doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta;**
- 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 no 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, mesmo as de origem traumática;**
- b) o parto ou aborto e suas consequências, mesmo quando provocados por acidentes;**
- 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 consequência:**

- a) de competições em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios;**
- b) de viagens em aeronaves que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas ou dirigida por pilotos não legalmente habilitados;**
- c) 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;**
- d) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- e) de quaisquer acidentes citados no subitem 4.1, alíneas "a" e "b" ;**
- f) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada;**
- g) quaisquer consequências decorrentes de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal de um ou de outro.**
- h) do segurado dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeiram aptidão, sem que possua habilitação legal e apropriada.**

---

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

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes.
- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses ou órteses implantadas pela primeira vez.

**4.5. Estão também excluídos das coberturas deste seguro, quaisquer pagamentos, mesmo em 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 o Segurado obrigado a pagar, sejam elas provenientes de ação judicial ou extrajudicial, bem como nos casos de acordo amigável.  
Dano estético é todo e qualquer dano físico/corporal causado a pessoas que embora não acarretando seqüelas que interfiram no funcionamento do organismo, impliquem em redução ou eliminação dos padrões de beleza ou estética. Dano moral é toda e qualquer ofensa ou violação que mesmo sem ferir ou causar estragos aos bens patrimoniais de uma pessoa, ofenda aos seus princípios e valores de ordem moral, tais como os que se referem à sua honra, aos seus sentimentos, à sua dignidade e/ou à sua família, sendo em contraposição ao patrimônio material, tudo aquilo que não seja suscetível de valor econômico, ficando a cargo do juiz no processo o reconhecimento da existência de tal dano bem como a fixação de sua extensão e eventual reparação, devendo ser sempre caracterizado como uma punição que se direciona especificamente contra o efetivo causador dos danos.
- b) Lucros Cessantes resultantes da paralisação, temporária ou definitiva, das atividades profissionais do Segurado em virtude da ocorrência de qualquer risco coberto e indenizável.
- c) Perdas e Danos decorrentes, direta ou indiretamente, de qualquer evento, mesmo quando coberto pela apólice.

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

## **5. CONTRATAÇÃO**

Considera-se contratado o seguro quando a proposta, devidamente preenchida e assinada pelo proponente, for aceita pela seguradora, momento em que esta emite a respectiva apólice ou certificado de seguro.

## **6. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DE SEGURADOS**

**6.1. Para que haja a aceitação dos componentes seguráveis por parte da Seguradora, será necessário o preenchimento obrigatório de cartão-proposta, sempre se observando os limites de idade previstos no item 1.21 e as boas condições de saúde para ingresso.**

**6.2. A aceitação ocorrerá no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados da data do recebimento da Proposta pela Seguradora.**

**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 do Certificado Individual, em seu nome, com a indicação das garantias contratadas, do início de vigência, do período de cobertura e das demais condições pertinentes ao seu Seguro.**

**6.5. A não aceitação da Proposta, será comunicada ao proponente por escrito, no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados do protocolo de recebimento na Seguradora, dispondo ao mesmo todos os valores por ele destinados à Seguradora, devidamente atualizados pela Taxa Referencial - TR "pro rata tempore" correspondente ao número de dias decorridos desde a data do recolhimento do prêmio até a data da efetiva devolução pela Seguradora.**

---

## 7. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

7.1. O pagamento dos prêmios poderá ser efetuado, conforme opção indicada na Proposta de Seguro, 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 Seguro.

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

7.2.2. O pagamento do prêmio até a data de seu vencimento manterá o Seguro em vigor até o último dia do período de cobertura a que o pagamento se refere.

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

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

## 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 Adesão, sujeito às alterações decorrentes da mudança de faixa etária de cada Segurado.

8.2. Ocorrendo alteração na idade do Segurado que signifique deslocamento para outra faixa etária, o respectivo prêmio mensal será reajustado com o percentual da nova faixa etária, que incidirá sobre o prêmio imediatamente anterior, no mês de ocorrência dessa alteração. Segue abaixo tabela com a determinação das faixas etárias:

FAIXAS ETÁRIAS	
DE	PARA
18-35	36-40
36-40	41-45
41-45	46-50
46-50	51-55
51-55	56-60
56-60	61-64
61-64	65 em diante

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

## 9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

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

9.1.1. A renovação ocorrerá nos termos da Lei, desde que não haja desistência expressa da Seguradora ou do Segurado até 30 (trinta) dias antes de seu vencimento.

---

## 10. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

**10.1.** Os capitais segurados, bem como os prêmios deste Seguro, poderão ser atualizados anualmente pelo IPC (Índice de Preços ao Consumidor) ou índice que o substitua, ou ter os valores fixos em reais (R\$), conforme determinado expressamente pelo Segurado na Proposta de Seguro.

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

**10.3.** Não se aplica a atualização monetária na Cláusula Especial para Cobertura de Renda por Incapacidade Temporária, se contratada.

## 11. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

**11.1.** Se, após a data estabelecida para pagamento do prêmio, este não tiver sido quitado, as coberturas deste seguro estarão suspensas a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura a que se referir a cobrança, ficando o segurado e seus beneficiários sem direito a receber indenização referente a qualquer garantia contratada no caso de ocorrência do sinistro.

**11.2.** No caso do pagamento dos prêmios em atraso, as coberturas serão restabelecidas a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia do referido pagamento e qualquer indenização dependerá de prova de que antes da ocorrência do sinistro o pagamento tenha sido efetuado.

**11.3.** A reabilitação de que trata o subitem anterior, será realizada mediante o pagamento do valor da(s) parcela(s) vencida(s), devidamente atualizadas pela TR (Taxa Referencial) "pró-rata tempore", correspondente ao número de dias decorridos desde a data do vencimento da(s) parcela(s) em atraso, até a data do efetivo pagamento, acrescida(s) de multa moratória de 2% (dois por cento) incidente em cada parcela e juros.

## 12. EXTINÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO

**12.1.** Caso, até o prazo de 90 (noventa) dias a contar da data do vencimento do prêmio, não seja efetuado o pagamento dos prêmios em atraso, 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.

**12.3.** A cobertura básica prevista por este Seguro se extingue pela ocorrência da Morte ou Invalidez Permanente Total por Doença.

**12.4.** A cobertura de Indenização Especial por Acidente, se extingue com o pagamento da respectiva Importância Segurada.

**12.5.** A cobertura de Invalidez Permanente por Acidente, se extingue com o pagamento da respectiva Importância Segurada.

**12.5.1.** O pagamento referente à Invalidez Permanente por Acidente antecipa a cobertura da Indenização Especial por Acidente (IEA). Caso sobrevenha a morte por acidente do Segurado, do valor desta indenização será descontada a importância já paga pela Invalidez Permanente por Acidente.

---

#### 12.6. Extingue-se ainda a cobertura do seguro:

- a) no final do prazo de vigência;
- b) com o esgotamento da Importância Segurada;
- c) se este não for renovado.

Ressaltando-se que em qualquer caso se dá automaticamente o cancelamento do 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, 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.

### 13. ALTERAÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO

13.1. Nenhuma alteração neste contrato será válida se não for feita através de documento escrito, mediante a emissão do respectivo endosso, com a concordância das partes contratantes, **cabendo salientar que qualquer pedido de alteração será submetido às mesmas regras utilizadas para a aceitação do seguro.**

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

13.3. Nenhuma alteração de beneficiários terá validade se não constar na declaração escrita do Segurado.

### 14. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

14.1. Ocorrendo o sinistro coberto pelo seguro deverá ser ele 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 abaixo relacionados.

#### 14.5. Em Caso de Morte do Segurado

14.5.1. Os beneficiários deverão encaminhar à Seguradora os seguintes documentos necessários ao pagamento da indenização:

- a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo(s) beneficiário(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 da Certidão de Casamento do Segurado;
- e) caso o(s) beneficiário(s) seja(m) filho(s), cópia autenticada da Certidão de Nascimento/Certidão de Casamento do(s) mesmo(s); e
- f) comprovante de residência do segurado bem como do beneficiário.

---

#### **14.6. Em caso de Morte Acidental do Segurado:**

- a) Aviso de Sinistro, preenchido pelo beneficiário, no campo Informações do Segurado, em caso de acidente;
- b) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- c) cópia autenticada do RG ou outro documento de identificação e CPF do Segurado e do(s) beneficiário(s);
- d) cópia autenticada e atualizada da Certidão de Casamento do Segurado;
- e) caso o(s) beneficiário(s) seja(m) filho(s), cópia autenticada da Certidão de Nascimento/Certidão de Casamento do(s) mesmo(s).
- f) comprovante de residência do segurado bem como do beneficiário;
- g) Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;
- h) Laudo Conclusivo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML; e
- i) Carteira Nacional de Habilitação do falecido quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo seja condutor do veículo.

#### **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 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, indicando 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) comprovante de residência do segurado.

#### **14.8. Em Caso de Invalidez Permanente Total por Doença**

- a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo médico assistente do Segurado;
- b) cópia autenticada do RG e CPF do Segurado;
- c) Laudo subscrito por médico devidamente habilitado na sua especialização e declaração da Previdência Social;
- d) comprovante de residência do Segurado.

#### **14.9. Despesas Médico-Hospitalares (DMH)**

- a) "Aviso de Sinistro", preenchido e assinado pelo Segurado ou representante(s) legal(is) e médico assistente;
- b) cópia autenticada do CPF e RG 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.
- h) comprovante de residência do segurado.

---

**14.10.** 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.

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

**14.12.** A documentação anteriormente mencionada não é taxativa, podendo a seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas e policiais, e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o evento.

**14.12.1.** Em caso de dúvida fundada e justificável por parte da Seguradora, outros documentos poderão ser solicitados. A partir da entrega do último documento exigido, a contagem do prazo de liquidação de que trata o item 14.11 será reiniciada.

**14.13.** A constatação da Invalidez Permanente Total por Doença (IPD) conforme definida no item 3.10 se fará por laudo subscrito por médico, devidamente habilitado na sua especialização, declaração emitida pela Previdência Social e perícia realizada na esfera administrativa ou judicial.

**14.14.** Divergências sobre a Invalidez Permanente Total por Doença, poderão ser submetidas a uma junta médica 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 convencionarão a forma de instituição da arbitragem.

**14.15.** A comprovação das Despesas Médico-Hospitalares previstas no item 3.11 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.

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

**15.3.1.** O valor de cada parcela deve ser calculado utilizando-se juros reais de 6% (seis por cento) ao ano, na forma da Tabela Price e atualizado monetariamente de acordo com as normas em vigor.

**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(s) herdeiro(s) do(s) beneficiário(s) falecido(s), de acordo com a legislação vigente.

---

## 16. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

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

- a) inexatidão ou omissão nas declarações constantes na Proposta de Seguro e/ou Aviso de Sinistro que possam influir na aceitação dos riscos ou pagamento da indenização;
- b) inobservância da Lei ou das obrigações convencionadas neste seguro; e
- c) fraude ou tentativa de fraude simulando sinistro ou agravando suas conseqüências.
- d) Inobservância da cláusula 17 (Modificação do Risco) por parte do Segurado.

## 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-quedismo, 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 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 Novo Código Civil que dispõe sobre o dever do Segurado em comunicar ao Segurador todo incidente que de qualquer modo possa agravar o risco.

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

## 18. INSTITUIÇÃO E MUDANÇA DE BENEFICIÁRIO

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

18.2. Na falta de beneficiário indicado, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária, sendo, ainda observado o disposto na Legislação Específica. Na falta destes, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

18.3. No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente ou por Doença o próprio segurado será o beneficiário.

## 19. EXISTÊNCIA DE OUTROS SEGUROS

O Segurado se obriga:

- a) declarar na Proposta de Seguro a existência de quaisquer outros seguros de vida; e
- b) comunicar imediatamente à Seguradora, por escrito, a efetivação posterior de 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. DISPOSIÇÕES FINAIS**

Fica eleito o foro da comarca do Segurado para dirimir eventuais dúvidas, oriundas deste instrumento, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

---

# CLÁUSULA 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

1.2.1. 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.

1.2.2. A Franquia é dedutível por evento.

### 1.3. LIMITE DE DIÁRIAS

É a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus, a contar do 16º (décimo sexto) dia da data do afastamento de suas atividades profissionais, por vigência, correspondente à 365 (trezentas e sessenta e cinco) diárias.

### 1.4. ATIVIDADE PROFISSIONAL

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

### 1.5. AUDITORIA MÉDICA

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

## 2. OBJETO

2.1. 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 laborativa**, por um período superior a 15 (quinze) dias, por determinação médica e comprovado por exames complementares até o limite de diárias estabelecido nesta Cláusula Especial, **observando-se o período de Carência do item 1.1 no caso de afastamento decorrente de doença**.

## 3. GARANTIA DO SEGURO

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

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

3.3. O valor da diária, garantida por esta cláusula especial, está limitada ao valor de 1/30 da renda mensal do Segurado, sendo esta devidamente comprovada no ato da contratação.

---

## 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;
- f) anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;
- g) hérnia discal, exceto após tratamento cirúrgico;
- h) tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo;
- i) cirurgias plásticas com finalidades estéticas ou embelezadoras;
- j) tratamento clínico e/ou cirúrgico para obesidade ou estética em suas várias modalidades;
- 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; e
- s) tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas.

4.2. Fica ainda excluído do risco garantido por esta cláusula especial qualquer afastamento, quando concomitantemente o Segurado estiver exercendo parcialmente alguma atividade laborativa que lhe atribua renda.

## 5. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

5.1. A ocorrência do sinistro deverá ser comunicada a esta Seguradora, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, pelo Segurado ou seu representante legal, através do envio do "AVISO DE SINISTRO", anexo ao final destas Condições Gerais, com toda a documentação necessária à descrição e comprovação do evento, a fim de que a Seguradora possa realizar a Análise Médica.

5.2. No caso de impossibilidade de comunicação do sinistro, no prazo e forma descritos no item anterior, por parte do Segurado ou alguém por ele indicado, deverá ser apresentado à Seguradora atestado médico que comprove a ocorrência do fato que impediu a comunicação.

---

**5.3. A não comunicação no prazo acima determinará o não reconhecimento do sinistro, ficando o Segurado sem direito a qualquer indenização deste Seguro.**

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

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

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

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

**5.7. O prazo máximo, após a entrega da documentação mínima exigida pela Seguradora no item 5.4, para a liquidação do sinistro, será de 30 (trinta) dias.**

**5.8. Em caso de dúvida fundada e justificável por parte da Seguradora, outros documentos poderão ser solicitados, sendo portanto reiniciada a contagem do prazo de que trata o subitem anterior, após a entrega da documentação complementar.**

## **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 Gerais, 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) dia** da data do afastamento de suas atividades profissionais, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias estabelecidas nas Condições Gerais.

**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.

## **7. MODIFICAÇÕES DE RISCO**

Além das MODIFICAÇÕES DE RISCO a serem observadas na CLÁUSULA 17 dessas Condições Gerais, para efeito desta Cláusula Especial deverá ser observado que qualquer alteração da renda mensal informada pelo Segurado na Proposta de Adesão, que comprometa o valor da renda contratada, deverá ser comunicada à Seguradora para que se façam os devidos ajustes.

## **8. DISPOSIÇÕES FINAIS**

8.1. Estando o Segurado em gozo de um benefício, não fará jus a outro, mesmo que seja em 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.

8.2. Não poderá ser contratada mais de uma cobertura para perda de renda por Incapacidade Temporária para o mesmo Segurado nesta Seguradora, sob pena de perda do direito à indenização correspondente à 2ª (segunda) Proposta, sendo efetuada a devolução de todos os prêmios pagos, atualizados monetariamente pela Taxa Referencial - TR "pro rata tempore" correspondente ao número de dias decorridos desde a data do recolhimento do prêmio até a data da efetiva devolução pela Seguradora, correspondentes à segunda contratação.

8.3. Fica eleito o Foro da Comarca do Segurado para dirimir eventuais dúvidas oriundas das presentes Condições Gerais, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

8.4. O Segurado autoriza a Seguradora, ao firmar o seguro, através da proposta, a realizar perícia médica, e ainda a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos e requerer e proceder exames físicos e complementares. Tal assunto será tratado confidencialmente e os resultados apurados, serão disponibilizados apenas para o segurado, seu médico assistente e a Seguradora.

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

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

8.5. Não se aplica qualquer atualização monetária nesta Cláusula Especial para Cobertura de Renda por Incapacidade Temporária, se contratada.

## **9. APLICAM-SE A ESTA CLÁUSULA ESPECIAL, NO QUE NÃO CONFLITAREM, TODAS AS DEMAIS DISPOSIÇÕES DESTE CONTRATO DE SEGURO DE VIDA.**

---

# CLÁUSULA ESPECIAL PARA COBERTURA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA COM FRANQUIA REDUZIDA PARA ACIDENTE

## 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

1.2.1. É o período correspondente aos primeiros 15 (quinze) dias, contados a partir da data do afastamento por doença das atividades profissionais do Segurado; e 07 (sete) dias, a partir da data do afastamento por acidente das atividades profissionais do Segurado por determinação médica, durante o qual o Segurado não terá direito à percepção das diárias.

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), se por motivo de doença, e do 8º (oitavo) dia, se decorrente de acidente, ambos da data do afastamento de suas atividades profissionais, por vigência, correspondente à 365 (trezentas e sessenta e cinco) diárias.

### 1.4. ATIVIDADE PROFISSIONAL

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

### 1.5. AUDITORIA MÉDICA

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

## 2. OBJETO

2.1. A presente cláusula tem por objeto a garantia do pagamento das Diárias de Incapacidade Temporária ao Segurado que, por motivo de doença, ficar afastado **totalmente** de **qualquer atividade laborativa**, por um período superior a 15 (quinze) dias, ou por motivo de acidente pessoal, permanecer afastado **totalmente** de **qualquer atividade laborativa** por período superior a 7 (sete) dias, ambos por determinação médica e comprovado por exames complementares até o limite de diárias estabelecido nesta Cláusula Especial, **observando-se o período de Carência do item 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 ocorridos após o período de carência, ficar afastado de suas atividades profissionais, observados os prazos descritos no item 2.1, 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.

**3.3.** O valor da diária, garantida por esta cláusula especial, está limitada ao valor de 1/30 da renda mensal do Segurado, sendo esta devidamente comprovada no ato da contratação.

### 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;
- f) anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;
- g) hérnia discal, exceto após tratamento cirúrgico;
- h) tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo;
- i) cirurgias plásticas com finalidades estéticas ou embelezadoras;
- j) tratamento clínico e/ou cirúrgico para obesidade ou estética em suas várias modalidades;
- 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; e
- s) tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas.

**4.2.** Fica ainda excluído do risco garantido por esta cláusula especial qualquer afastamento, quando concomitantemente o Segurado estiver exercendo parcialmente alguma atividade laborativa que lhe atribua renda.

---

## 5. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

**5.1. A ocorrência do sinistro deverá ser comunicada a esta Seguradora, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, pelo Segurado ou seu representante legal, através do envio do "AVISO DE SINISTRO", anexo ao final destas Condições Gerais, com toda a documentação necessária à descrição e comprovação do evento, a fim de que a Seguradora possa realizar a Análise Médica.**

**5.2. No caso de impossibilidade de comunicação do sinistro, no prazo e forma descritos no item anterior, por parte do Segurado ou alguém por ele indicado, deverá ser apresentado à Seguradora atestado médico que comprove a ocorrência do fato que impediu a comunicação.**

**5.3. A não comunicação no prazo acima determinará o não reconhecimento do sinistro, ficando o Segurado sem direito a qualquer indenização deste Seguro.**

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

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

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

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

**5.7. O prazo máximo, após a entrega da documentação mínima exigida pela Seguradora no item 5.4, para a liquidação do sinistro, será de 30 (trinta) dias.**

**5.8. Em caso de dúvida fundada e justificável por parte da Seguradora, outros documentos poderão ser solicitados, sendo portanto reiniciada a contagem do prazo de que trata o subitem anterior, após a entrega da documentação complementar.**

## 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 Gerais, 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, observados os períodos de franquia para doença ou acidente, descritos no item 1.2.1, contados a partir da data do afastamento de suas atividades profissionais.**

**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.

## **7. MODIFICAÇÕES DE RISCO**

Além das MODIFICAÇÕES DE RISCO a serem observadas na CLÁUSULA 17 dessas Condições Gerais, para efeito desta Cláusula Especial deverá ser observado que qualquer alteração da renda mensal informada pelo Segurado na Proposta de Adesão, que comprometa o valor da renda contratada, deverá ser comunicada à Seguradora para que se façam os devidos ajustes.

## **8. DISPOSIÇÕES FINAIS**

8.1. Estando o Segurado em gozo de um benefício, não fará jus a outro, mesmo que seja em 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.

8.2. Não poderá ser contratada mais de uma cobertura para perda de renda por Incapacidade Temporária para o mesmo Segurado nesta Seguradora, sob pena de perda do direito à indenização correspondente à 2ª (segunda) Proposta, sendo efetuada a devolução de todos os prêmios pagos, atualizados monetariamente pela Taxa Referencial - TR "pro rata tempore" correspondente ao número de dias decorridos desde a data do recolhimento do prêmio até a data da efetiva devolução pela Seguradora, correspondentes à segunda contratação.

8.3. Fica eleito o Foro da Comarca do Segurado para dirimir eventuais dúvidas oriundas das presentes Condições Gerais, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

8.4. O Segurado autoriza a Seguradora, ao firmar o seguro, através da proposta, a realizar perícia médica, e ainda a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos e requerer e proceder exames físicos e complementares. Tal assunto será tratado confidencialmente e os resultados apurados, serão disponibilizados apenas para o segurado, seu médico assistente e a Seguradora.

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

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

8.5. Não se aplica qualquer atualização monetária nesta Cláusula Especial para Cobertura de Renda por Incapacidade Temporária, se contratada.

## **9. APLICAM-SE A ESTA CLÁUSULA ESPECIAL, NO QUE NÃO CONFLITAREM, TODAS AS DEMAIS DISPOSIÇÕES DESTE CONTRATO DE SEGURO DE VIDA.**

---

# ASSISTÊNCIA FUNERAL

## O QUE É O PORTO SEGURO ASSISTÊNCIA FUNERAL?

É uma assistência que consiste em amparar a família quando ocorre o óbito do Segurado, organizando de forma abrangente e adequada o funeral do Segurado falecido, tomando todas as providências necessárias relativas à liberação dos documentos necessários à realização do referido funeral.

## ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

Os Serviços de Assistência serão prestados 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.

## SEGURADOS

O serviço de assistência Funeral será concedido:

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

### OBSERVAÇÃO

O limite de idade está estabelecido na apólice ou certificado.

## GARANTIAS DA ASSISTÊNCIA

O Serviço de Assistência garante os serviços abaixo mencionados, até o limite estabelecido na apólice e constante no certificado, quando ocorrer o falecimento do Segurado, prestando serviços para:

### ASSESSORIA PARA ÀS FORMALIDADES ADMINISTRATIVAS

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

### 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.

### OBSERVAÇÃO

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

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.

### 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.

---

## **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.

## **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.

## **URNA / CAIXÃO**

### **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.

### **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.

### **PARAMENTOS**

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

### **MESA DE CONDOLÊNCIAS**

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

### **VELÓRIO**

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

### **REGISTRO DE ÓBITO**

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

### **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.

## **EXCLUSÕES E LIMITAÇÕES AOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA**

Estão limitados os Serviços de Assistência nos seguintes casos:

Os Serviços de Assistência acima expostos não poderão ser prestados quando não houver cooperação por parte dos familiares do Segurado ou outrém 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).

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.

---

## RISCOS EXCLUÍDOS

- Segurado com idade superior a 65 (sessenta e cinco) anos na data de adesão ao produto;
- Inundação, furacão, erupção vulcânica, tempestade, terremotos, movimentos sísmicos;
- Ocorrências de irradiação decorrentes de transmutação nuclear, desintegração ou radioatividade, bem como casos de força maior;
- Ocorrências em situações de guerra, comoções sociais, atos de terrorismo e sabotagem, greves e quaisquer outras perturbações de ordem pública ou ainda restrições por parte das autoridades no livre trânsito;
- Suicídio do Segurado;
- Translado do corpo para cremação desde o local do evento até outro Município onde a cremação possa ser efetuada;
- Pedidos de assistência durante o período de carência, ou seja, pedidos anteriores ao primeiro dia do mês subsequente a aquisição da apólice, executando-se os casos de acidente.
- Aquisição de jazigo;
- A exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento;
- Nas localidades onde a legislação não permitir que o Serviço de Assistência intervenha.

## OBRIGAÇÕES GERAIS DA FAMÍLIA DO SEGURADO

### Cooperação com o Serviço de Assistência.

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

### Limitações de queixas.

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

## PEDIDO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA

Em caso de falecimento do Segurado, os familiares antes de tomar qualquer medida pessoal razoável, deverão telefonar a cobrar para a Central de Atendimento:

- Dar o nome do Segurado e nº da apólice correspondente;
- Mencionar o local e o número do telefone onde o Serviço de Assistência poderá encontrar os familiares/ representantes do Segurado;
- Se a ligação a cobrar não for possível, as despesas de comunicações com a Central de Atendimento serão reembolsadas contra apresentação dos comprovantes originais dos gastos telefônicos;
- Apresentar, se requisitados, os documentos necessários para comprovar a vínculo empregatício ou familiar.
- A Central de Atendimento poderá ser acionada 24 horas por dia pelo telefone: **9 (11) 4196-8181**.