

# **SEGURO DE VIDA - PÚBLICO FEMININO**

**Condições Contratuais**

**Versão 1.0c**

CNPJ 28.196.889/0001-43

Processo SUSEP 15414.900078/2016-15

## NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO

### Central de Atendimento Digital - [www.bbseguros.com.br](http://www.bbseguros.com.br)

Atendimento online via Chat (exceto feriados)

Horário de atendimento: de 2ª a 6ª feira, das 8h às 20h40  
sábados das 9h às 15h20

**Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC).....0800 729 7000**

**Deficientes auditivos ou de fala.....0800 962 7373**

Horário de atendimento: 24 horas (todos os dias)

**Canal utilizado para Acionamento do Seguro e da Assistência 24h (Brasil)**

**Assistência 24h no exterior.....(55) 16 3111-8600**

Horário de atendimento: 24 horas (todos os dias)

**Contratação, renovação e alteração na Apólice.....0800 729 0400**

**Ligações de celular (capitais e regiões metropolitanas).....(55) 11 4004-0009**

Horário de atendimento (exceto feriados): de 2ª a 6ª feira, das 08h30 às 21h30  
sábados das 10h às 16h

**Ouvidoria BB Seguros.....0800 880 2930**

**Deficientes auditivos ou de fala.....0800 775 7003**

Horário de atendimento: de 2ª a 6ª feira, das 8h às 18h (exceto feriados)

A Ouvidoria poderá ser acionada para atuar na defesa dos direitos dos consumidores, esclarecer e/ou solucionar demandas já tratadas pelos canais de atendimento habituais.

**Canal de Conduta Ética.....0800 444 8256**

Horário de atendimento: 24 horas (todos os dias)

de 2ª a 6ª feira, das 9h às 19h com atendentes,  
demais horários apenas atendimento eletrônico.

[www.canaldecondutaetica.com.br/bbseguros](http://www.canaldecondutaetica.com.br/bbseguros)

Canal exclusivo para denúncias sobre quaisquer práticas suspeitas de desvio de conduta ética relacionadas ao seguro.

As denúncias poderão ser feitas de forma anônima ou identificada e serão recepcionadas por uma empresa independente e especializada, assegurando o sigilo absoluto e o tratamento adequado a cada situação.

É importante fornecer o máximo de informações possíveis, possibilitando assim a análise assertiva do caso.

Todas as denúncias serão analisadas, investigadas e terão as medidas cabíveis aplicadas.

### **BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS**

**Av. das Nações Unidas, 14.261 • Ala A • 29º andar**

**04794-000 • Vila Gertrudes • São Paulo/SP**

**CNPJ: 28.196.889/0001-43**

## ÍNDICE

<b>CONDIÇÕES GERAIS</b> .....	<b>4</b>
CLÁUSULA 1 - OBJETIVO DO SEGURO .....	4
CLÁUSULA 2 - DEFINIÇÕES .....	4
CLÁUSULA 3 - COBERTURAS DO SEGURO .....	9
CLÁUSULA 4 - RISCOS EXCLUÍDOS .....	19
CLÁUSULA 5 - ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA .....	21
CLÁUSULA 6 - FRANQUIA .....	21
CLÁUSULA 7 - CARÊNCIA .....	21
CLÁUSULA 8 - ACEITAÇÃO DO SEGURO .....	21
CLÁUSULA 9 - INÍCIO DE VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE .....	23
CLÁUSULA 10 - PAGAMENTO DE PRÊMIO .....	23
CLÁUSULA 11 - CANCELAMENTO DA APÓLICE .....	24
CLÁUSULA 12 - INADIMPLÊNCIA, SUSPENSÃO E CANCELAMENTO .....	25
CLÁUSULA 13 - CAPITAL SEGURADO .....	26
CLÁUSULA 14 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA .....	27
CLÁUSULA 15 - TABELA DE REENQUADRAMENTO ETÁRIO .....	27
CLÁUSULA 16 - CUSTEIO DO SEGURO .....	30
CLÁUSULA 17 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO .....	30
CLÁUSULA 18 - BENEFICIÁRIOS .....	35
CLÁUSULA 19 - PERDA DE DIREITOS .....	36
CLÁUSULA 20 - REGIME FINANCEIRO .....	38
CLÁUSULA 21 - PROPAGANDA E PUBLICIDADE .....	38
CLÁUSULA 22 - PRESCRIÇÃO .....	38
CLÁUSULA 23 - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES .....	38
CLÁUSULA 24 - FORO .....	38

## CONDIÇÕES GERAIS

### CLÁUSULA 1 - OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. O presente seguro de pessoas tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio, o pagamento de indenização à própria segurada ou ao seu(s) beneficiário(s), conforme o caso, respeitadas as condições contratuais em vigor na data de ocorrência do evento coberto e as coberturas e os limites dos capitais segurados, **observados os riscos expressamente excluídos.**

### CLÁUSULA 2 - DEFINIÇÕES

- 2.1. **Acidente Pessoal:** O evento com data caracterizada, exclusivo e **DIRETAMENTE** externo, **súbito, involuntário e violento, CAUSADOR DE LESÃO FÍSICA** que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, **tenha como consequência DIRETA a morte ou a invalidez permanente, total ou parcial, DA SEGURADA**, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a) Incluem-se nesse conceito:

- i. o suicídio, ou a sua tentativa, desde que não ocorrido nos primeiros 2 (dois) anos de contratação que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- ii. os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas a segurada ficar sujeita, em decorrência de acidente coberto;
- iii. os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- iv. os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- v. os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) **Excluem-se desse conceito:**

- i. **as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visivelmente causado em decorrência de acidente coberto;**
- ii. **as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- iii. **as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com esses, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- iv. **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 de invalidez por acidente pessoal, definido nesta cláusula.**

- 2.2. **Apólice**: Documento que formaliza o contrato de seguro, estabelecendo os direitos e as obrigações da sociedade seguradora e do segurado e discriminando as garantias contratadas.
- 2.3. **Ato Ilícito**: Ato consistente na ação ou omissão voluntária do indivíduo, por negligência, por imprudência ou por imperícia que acaba por violar direito alheio ou causar prejuízo a outrem.
- 2.4. **Aviso de Sinistro**: Comunicação de um sinistro, que a segurada ou beneficiário são obrigados a fazer à seguradora, com a finalidade de dar conhecimento imediato da ocorrência de um evento passível de cobertura.
- 2.5. **Beneficiário**: Pessoa física designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do evento coberto.
- 2.6. **Câncer**: É a designação genérica de neoplasia maligna, esta caracterizada pelo crescimento anormal e desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo se espalhar para outras regiões do organismo.
- 2.7. **Câncer de Mama**: Doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno na(s) mama(s) e caracterizado pelo crescimento e expansão descontrolados de células malignas e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por exame histológico conclusivo.
- 2.8. **Capital Segurado**: Valor máximo para a cobertura contratada, vigente na data do evento coberto, a ser pago pela seguradora ao beneficiário.
- 2.9. **Carência**: Período, contado a partir da data de início da vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução da vigência do seguro, no caso de suspensão, durante o qual o beneficiário não terá direito ao capital segurado, no caso de ocorrência de evento coberto.
- 2.10. **Carcinoma**: É um tumor maligno desenvolvido a partir de células epiteliais, glandulares (Adenocarcinoma) ou do trofoblasto (Córiocarcinoma) que tende a invadir tecidos circulares originando metástases.
- 2.11. **Carcinoma Primário**: É o tumor maligno original, podendo surgir em qualquer órgão ou tecido do corpo. Em geral, o câncer recebe o nome de acordo com sua localização inicial.
- 2.12. **Carcinoma *in situ***: É a neoplasia que está ainda localizada e limitada ao seu ponto de origem, porém, é uma lesão pré-neoplásica, ou seja, se não removida, evoluirá com alta probabilidade para carcinoma epidermóide invasivo.
- 2.13. **Coberturas**: Risco assumido pela seguradora, conforme o contrato de seguro, respeitados os eventos não cobertos e riscos excluídos.
- 2.14. **Comoriência**: É a presunção de morte simultânea, quando do falecimento de dois ou mais indivíduos na mesma ocasião, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro.
- 12.15. **Companheira(o)**: É a pessoa que convive em união estável ou condição equiparada, configurada na convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família, devidamente comprovada por decisão judicial, escritura pública ou pelos meios previstos contratualmente.
- 2.16. **Condições Contratuais**: Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais e da apólice.
- 2.17. **Condições Especiais**: Conjunto de disposições específicas relativas a cada modalidade de cobertura de um plano de seguro que, eventualmente, alteram as condições gerais.
- 2.18. **Condições Gerais**: Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da seguradora, das seguradas e dos beneficiários.

- 2.19. Corretor:** É o intermediário, seja pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado e legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguro entre as sociedades seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas.
- O corretor de seguros responderá civilmente perante as seguradas e as seguradoras pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência no exercício da profissão.**
- 2.20. Custeio do Seguro:** É o pagamento do seguro, que será efetuado integralmente pela segurada.
- 2.21. Declaração Pessoal de Saúde e Atividade:** Documento utilizado para avaliação do risco pela seguradora, no qual a proponente presta as informações e declarações sobre a atividade profissional exercida e o seu estado de saúde.
- 2.22. Diagnóstico de Câncer:** É o conjunto de medidas de ordem médica capazes de estabelecer a confirmação de uma doença neoplásica maligna (câncer), nos termos das condições contratuais desse seguro. **O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER TERÁ DE ATENDER, INTEGRALMENTE, OS CRITÉRIOS ESTABELECIDOS NA LITERATURA MUNDIAL E ACEITOS PELAS RESPECTIVAS SOCIEDADES MÉDICO-CIENTÍFICAS ESPECIALIZADAS E PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL.**
- 2.23. Diária de Internação Hospitalar:** É o valor contratado pela segurada por dia, por período superior a 48 (quarenta e oito) horas de hospitalização, comprovados através de notas fiscais ou qualquer outro instrumento legal de cobrança, pedido médico de internação acompanhado de relatório médico ou declaração do hospital onde ocorreu a internação.
- 2.24. Doenças e Lesões Preexistentes e suas Consequências:** São as doenças ou lesões, inclusive congênitas, contraídas pela segurada em data anterior à contratação do seguro, de seu conhecimento, não declarada na contratação do seguro, caracterizando-se pela omissão de tratamento ou pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações do seu estado de saúde.
- 2.25. Doença Profissional:** É toda e qualquer deficiência e/ou enfraquecimento da saúde humana, causada por uma exposição contínua a condições inerentes à ocupação de uma pessoa, ou seja, é aquela que decorre da atividade profissional desempenhada.
- 2.26. Endosso:** Documento emitido pela seguradora por meio do qual se formaliza qualquer eventual alteração na apólice.
- 2.27. Estádio da Neoplasia:** É a fase da evolução de uma neoplasia. O conceito de estágio é utilizado na caracterização da progressão de uma neoplasia possibilitando a sua classificação, orientando a determinação da melhor conduta médica e subsidiando definições ao prognóstico da doença.
- 2.28. Exame Anatomopatológico:** É o exame composto de estudo macroscópico e microscópico de material orgânico voltado ao estabelecimento de diagnósticos. Tais exames são utilizados quando da realização de biópsias e de coletas de material, como ocorre nos exames preventivos na mulher. A parte microscópica também é chamada de exame histopatológico. O exame anatomopatológico é um dos exames de escolha para o diagnóstico de câncer.

- 2.29. Exames de Prevenção:** São procedimentos de investigação médica capazes de antecipar o diagnóstico de situações clínicas que sejam precursoras de doenças ou mesmo realizar seus diagnósticos precocemente. Para fins aplicados a esta apólice os exames de prevenção mencionados são aqueles capazes de antecipar o conhecimento de lesões que possam estar relacionadas aos cânceres de mama e de colo do útero.
- 2.30. Foro:** Âmbito geográfico competente para as disputas judiciais decorrentes do seguro.
- 2.31. Franquia:** Período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual a segurada não terá direito à cobertura do seguro.
- 2.32. Hospital:** Instituição legalmente autorizada pelo Ministério da Saúde correspondente, para o diagnóstico, cuidados médicos e cirúrgicos de feridos ou doentes, oferecendo centros cirúrgicos, médicos e enfermeiras certificados, disponíveis 24 (vinte e quatro) horas por dia. **Não entende-se como estabelecimento hospitalar: casa de saúde, ambulatórios, instituições para atendimento de deficientes mentais e/ou doentes psiquiátricos, centro de diagnose, laboratórios, “day hospital”, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescença para idosos ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool.**
- 2.33. Impotência Funcional:** É a alteração de função orgânica ou de partes do organismo que gera prejuízo impeditivo ao indivíduo.
- 2.34. Indenização:** É o valor a ser pago ao beneficiário pela seguradora na ocorrência do evento coberto, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada, vigente na data da ocorrência do sinistro.
- 2.35. Médico Assistente:** Profissional legalmente licenciado para a prática da medicina responsável pelo acompanhamento clínico e pelo diagnóstico da segurada. **Não serão aceitos como médico assistente a própria segurada, seu cônjuge, companheiro, dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da seguradora.**
- 2.36. Médico Especialista:** É o profissional médico reconhecido segundo critérios estabelecidos e referendados em Resolução expedida pelo Conselho Federal de Medicina, como especialista em um segmento da medicina, chamado de especialidade médica.
- 2.37. Metástase:** É o crescimento de uma neoplasia em região do organismo diferente daquela na qual o tumor se originou, sem que haja continuidade entre a lesão à distância (metástase) e o foco inicial (tumor primário), caracterizando disseminação da doença.
- 2.38. Neoplasia:** É uma proliferação anormal e independente de tecido orgânico, fora do controle do organismo com efeitos agressivos sobre o hospedeiro.
- 2.39. Neoplasia Benigna:** É uma proliferação anormal e independente de tecido orgânico, fora do controle do organismo, mas de caráter benigno, no qual os efeitos agressivos sobre o hospedeiro tendem a se limitar ao local do seu desenvolvimento.
- 2.40. Neoplasia Maligna:** É uma proliferação anormal e independente de tecido orgânico, fora do controle do organismo, com a característica de invasão e destruição dos tecidos locais e os normais ao seu redor, no qual os efeitos agressivos sobre o hospedeiro não se limitam ao local do seu desenvolvimento, podendo disseminar para outras regiões além daquela em que se originou.

- 2.41. Neoplasia Maligna de Pele Não-Melanoma:** O câncer de pele não melanoma é um dos mais comuns, se desenvolve lentamente e dificilmente se espalha para outras áreas do corpo. Tem origem nas camadas mais externa, geralmente é o das células basais ou escamosas, sendo o último com risco maior de invadir o tecido gorduroso, atingir os linfonodos, e outros órgãos.
- 2.42. Parâmetros Técnicos:** A taxa de juros, o índice de atualização de valores e as taxas estatísticas e puras utilizadas e/ou tábuas biométricas, quando for o caso.
- 2.43. Período de Cobertura:** Prazo durante o qual os beneficiários farão jus ao capital segurado contratado, em caso de ocorrência de evento coberto.
- 2.44. Prêmio:** Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.
- 2.45. Prêmio Comercial:** Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos se houver.
- 2.46. Prognóstico:** Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 2.47. Pro Rata Temporis:** É o cálculo do prêmio do seguro, proporcional aos dias de vigência do contrato.
- 2.48. Proponente:** Pessoa física que demonstra interesse em contratar a(s) cobertura(s) do seguro, a partir da apresentação da proposta de contratação.
- 2.49. Proposta de Contratação:** Documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que a proponente, expressa a intenção de contratar cobertura(s), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 2.50. Redução Funcional:** É a alteração de função, de intensidade variável, que pode gerar disfunção ou insuficiência de órgãos ou de partes do organismo.
- 2.51. Regime Financeiro de Repartição Simples:** É a estrutura técnica em que os prêmios pagos por todas as seguradas do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse período.
- 2.52. Regulação de Sinistro:** É o processo administrativo que visa verificar as causas e circunstâncias de um evento, a partir de sua comunicação pelo beneficiário e, em face dessas verificações, concluir sobre a sua cobertura, bem como se a segurada cumpriu todas as suas obrigações legais e contratuais.
- 2.53. Reintegração do Capital Segurado:** É o restabelecimento do capital segurado após o pagamento de uma indenização.
- 2.54. Riscos Excluídos:** Correspondem aos riscos, previstos nas condições contratuais não cobertos pelo plano de seguro contratado.
- 2.55. Segurada:** Pessoa física, com interesse segurável, sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 2.56. Seguradora:** É empresa legalmente constituída para comercializar seguro e que se responsabiliza pela(s) cobertura(s) contratada(s), mediante recebimento de prêmio, conforme estabelecido nestas condições contratuais.
- 2.57. Sinistro:** A ocorrência de um evento coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.
- 2.58. Vigência do Seguro:** Período no qual a apólice do seguro está em vigor e as coberturas de risco propostas serão garantidas pela seguradora.



## CLÁUSULA 3 - COBERTURAS DO SEGURO

- 3.1. As coberturas descritas nestas condições gerais não poderão ser comercializadas isoladamente. Todas as coberturas descritas nestas condições gerais são de contratação obrigatória.
- 3.2. **Cobertura de Morte, Natural ou Acidental (MNA):** Garante o pagamento de indenização ao beneficiário do seguro de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de morte natural ou acidental da segurada, durante a vigência do seguro, observada as condições contratuais e **os riscos expressamente excluídos.**
- 3.3. **Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA):** É a garantia de pagamento de uma indenização à própria segurada, referente à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, durante a vigência do seguro, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, **causada por acidente coberto, calculada conforme a TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE**, constante no subitem 3.3.5. desta cláusula e desde que não se trate de risco expressamente excluído, limitado ao valor correspondente a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta cobertura.
- 3.3.1. Para fim deste seguro, considera-se Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis na oportunidade e determine a perda total ou parcial do uso de um membro ou órgão.
- 3.3.2. No caso de Invalidez Permanente decorrente de Acidente Pessoal coberto, após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e verificada a existência de Invalidez Permanente **AVALIADA QUANDO DA ALTA MÉDICA DEFINITIVA**, a seguradora pagará à própria segurada, de uma só vez, uma indenização, de acordo com a **TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE**, descrita no subitem 3.3.5.
- a) Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para a sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução E, SENDO INFORMADO APENAS O GRAU DE REDUÇÃO (MÁXIMO, MÉDIO OU MÍNIMO), A INDENIZAÇÃO SERÁ CALCULADA, RESPECTIVAMENTE, NA BASE DAS PORCENTAGENS DE 75% (SETENTA E CINCO POR CENTO), 50% (CINQUENTA POR CENTO) E 25% (VINTE E CINCO POR CENTO);
  - b) Em todos os casos de Invalidez Permanente Parcial não especificados na citada tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física da segurada, independentemente da sua profissão;
  - c) QUANDO DE UM MESMO ACIDENTE RESULTAR INVALIDEZ DE MAIS DE UM MEMBRO OU ÓRGÃO, a indenização deve ser calculada somando-se as porcentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta cobertura. Da mesma forma, HAVENDO DUAS OU MAIS LESÕES EM UM MESMO MEMBRO OU ÓRGÃO, a soma das porcentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total;

- d) A perda ou maior redução funcional de membro ou órgão JÁ DEFEITUOSO ANTES DO ACIDENTE será indenizada, deduzindo-se do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente; e
- e) A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

**3.3.3. As indenizações pelas coberturas de Morte e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por IPA, verificar-se a morte da segurada em decorrência do mesmo acidente, a seguradora pagará a indenização relativa a Morte, deduzido o valor já pago pela IPA.**

**3.3.4. Após o pagamento de indenização referente à cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, haverá reintegração do capital segurado após cada sinistro.**

**3.3.5. TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE.**

Caracterizada a Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, conforme previsto nestas condições gerais, a indenização será efetuada conforme tabela abaixo:

<b>TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE</b>		
<b>INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE</b>	<b>DISCRIMINAÇÃO</b>	<b>% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA DE MORTE</b>
<b>TOTAL</b>	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 e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100
<b>PARCIAL DIVERSAS</b>	Perda total da visão de um olho quando a segurada já não tiver a outra vista	70
	Mudez incurável	50
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Perda total da visão de um olho	30
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20

**TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE**

<b>INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE</b>	<b>DISCRIMINAÇÃO</b>	<b>% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA DE MORTE</b>
<b>PARCIAL MEMBROS SUPERIORES</b>	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 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 da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 (um terço) do valor do dedo	
<b>PARCIAL MEMBROS INFERIORES</b>	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
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos de uma parte do mesmo pé	25
	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

**TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE**

<b>INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE</b>	<b>DISCRIMINAÇÃO</b>	<b>% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA DE MORTE</b>
<b>PARCIAL MEMBROS INFERIORES</b>	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, indenização equivalente a ½ (metade), e dos demais dedos, equivalente a 1/3 (um terço) do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 4 (quatro) centímetros	10
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 3 (três) centímetros	06
	Encurtamento de um dos membros inferiores de menos de 3 (três) centímetros	sem indenização
<b>PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA</b>		
<p>A Perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.</p>		
<b>DIVERSAS</b>	<b>MANDÍBULA</b>	
	<b>Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos</b>	
	Em grau máximo	15
	Em grau médio	10
	Em grau mínimo	05
	<b>NARIZ</b>	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	Perda total do olfato	7
	<b>APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO</b>	
	Diplopia	15
	<b>Lesões das vias lacrimais</b>	
	Bilateral com fístulas	25
Unilateral com fístulas	15	
Bilateral	14	

**TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE**

INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA DE MORTE
<b>DIVERSAS</b>	<b>APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO</b>	
	Unilateral	7
	<b>Lesões da pálpebra</b>	
	Entrópio bilateral	14
	Ptose palpebral bilateral	10
	Entrópio bilateral	7
	Ectrópio bilateral	6
	Má oclusão palpebral bilateral	6
	Ptose palpebral unilateral	5
	Ectrópio unilateral	3
	Má oclusão palpebral unilateral	3
	<b>APARELHO DA FONAÇÃO</b>	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	<b>SISTEMA AUDITIVO</b>	
	Amputação total das duas orelhas	16
	Amputação total de uma orelha	8
	<b>PERDA DO BAÇO</b>	<b>15</b>
	<b>APARELHO URINÁRIO</b>	
	Incontinência urinária permanente	30
	Cistostomia (definitiva)	30
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	<b>Perda de rim único</b>	<b>75</b>
	<b>Perda de um rim, com rim remanescente</b>	
	Redução da função renal (dialítica)	75
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Com função preservada	30

**TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE**

<b>INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE</b>	<b>DISCRIMINAÇÃO</b>	<b>% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA DE MORTE</b>
<b>DIVERSAS</b>	<b>APARELHO REPRODUTOR E GENITAL</b>	
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda do útero antes da menopausa	30
	Perda de dois testículos	15
	Perda de dois ovários	15
	Perda do útero depois da menopausa	10
	Perda de um testículo	05
	Perda de um ovário	05
	<b>PESCOÇO</b>	
	Traqueostomia definitiva	40
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	<b>TÓRAX</b>	
	<b>APARELHO RESPIRATÓRIO</b>	
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
	<b>Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia - parcial ou total)</b>	
	Com insuficiência respiratória	75
	Com redução em grau médio da função respiratória	50
	Com redução em grau mínimo da função respiratória	25
	Com função respiratória preservada	15
	<b>MAMAS (FEMININAS)</b>	
	Mastectomia bilateral	20
	Mastectomia unilateral	10
	<b>ABDOMEM (ÓRGÃO E VÍSCERAS)</b>	
	Gastrectomia total	40
	Gastrectomia subtotal	20
	<b>INTESTINO DELGADO</b>	
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia	40
	Ressecção parcial	20
	<b>INTESTINO GROSSO</b>	
	Colostomia definitiva	40
	Colectomia total	40
	Colectomia parcial	20

TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA DE MORTE
DIVERSAS	<b>RETO E ÂNUS</b>	
	Incontinência fecal com prolapso	50
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Retenção anal	10
	<b>FÍGADO</b>	
	Lobectomia com insuficiência hepática	50
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	<b>SÍNDROMES NEUROLÓGICAS</b>	
	Epilepsia pós-traumática	20
	Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
	<b>HÉRNIAS</b>	
	Hérnia de Disco Cervical	20
	Hérnia de Disco Lombar e Torácica	25
	Hérnia de Diafragma (sem comprometimento respiratório)	20
	Hérnia de Diafragma (com comprometimento respiratório)	40
	Hérnia Inguinal ou Inguino Escrotal	10
	Hérnia Incisional	20
	Hérnia de Hiato	10
Hérnia Umbilical	10	
Hérnia Epigástrica	10	

**3.4. Cobertura de Acessibilidade Física em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:** É a garantia do pagamento de uma indenização adicional, **correspondente a 50% (cinquenta por cento) do capital segurado relativo à cobertura de Morte Natural ou Acidental**, caso se caracterize uma Invalidez Permanente Total ou Parcial com percentual superior a 50% (cinquenta por cento), **calculada conforme a TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE**, constante no item 3.3.5. desta cláusula e desde que não se trate de risco expressamente excluído.

**3.4.1. As indenizações pelas coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e Acessibilidade Física em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente se acumulam.**

**3.4.2. Após o pagamento de indenização referente à cobertura de Acessibilidade Física em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, não haverá reintegração do capital segurado e a mesma será excluída da apólice de seguro.**

**3.5. Auxílio Funeral:** Garante o reembolso das despesas incorridas com o funeral, tendo o beneficiário a livre escolha do prestador de serviço, podendo o beneficiário optar de forma expressa, se assim desejar, pela prestação de serviço da rede credenciada, até o limite do capital segurado contratado, em caso de falecimento da segurada, **desde que não se trate de risco expressamente excluído.**

**3.5.1.** O beneficiário poderá optar pelo reembolso ou pela prestação do serviço de sepultamento e/ou cremação da segurada (onde existir este serviço no município de moradia habitual da segurada), por meio de rede credenciada à seguradora, respeitado os limites e critérios estabelecidos na apólice de seguro.

**3.5.2.** Caso o beneficiário opte pelo reembolso:

- a) Será vedada a utilização de quaisquer serviços da rede especializada de prestadores de serviços credenciada; e
- b) O reembolso dos gastos suportados será efetuado até o limite do capital segurado contratado e mediante comprovação por notas fiscais originais ou cópia autenticada, sem rasuras.

**3.5.3.** Caso o beneficiário opte pela prestação de serviços:

- a) Não caberá qualquer tipo de reembolso;
- b) A seguradora providenciará os serviços funerários e os custos serão pagos diretamente à funerária do município, limitados ao capital segurado contratado; e
- c) Deverá ser utilizada a rede especializada de prestadores de serviços credenciada, por meio do Serviço de Atendimento aos Clientes da seguradora. A ligação é gratuita e pode ser feita de qualquer lugar do Brasil.

**3.5.4.** Entende-se por “despesas com funeral” a cobertura das despesas com sepultamento ou cremação (quando houver o serviço disponível no município de moradia habitual da segurada), de acordo com o limite de despesas previamente acordado e conforme os itens abaixo relacionados:

- Urna/caixão;
- Higienização Básica;
- Ornamentação do corpo;
- Coroa de flores da estação;
- Véu;
- Paramentos (essa);
- Velas;
- Carro Fúnebre para remoção dentro do município de moradia habitual;
- Repatriamento até o município de moradia habitual;
- Registro em cartório, quando autorizado pela legislação local;
- Livro de presença;
- Locação de sala para velório somente em capelas municipais ou particulares;



- Taxas de sepultamento em cemitério municipal ou em outro cemitério com valor equivalente;
- Taxa de cremação (onde existir este serviço no município de moradia habitual); e
- Locação de jazigo em cemitério no município da segurada ou em cemitério de outro município, desde que o valor seja equivalente ao que seria pago em cemitério no município da segurada, quando necessário e disponível na cidade.

**3.5.5. Todos os itens acima serão disponibilizados conforme infraestrutura local. Não caberá a seguradora a responsabilidade pela falta de itens que não estejam disponíveis ou não sejam comercializados em determinadas praças.**

**3.5.6.** Nas situações nas quais os valores dos itens forem regulamentados pela legislação municipal e houver necessidade de urnas especiais (gorda, zincada) e/ou preparação do corpo para o velório em razão da data do óbito, o capital segurado contratado poderá ser insuficiente. **A SEGURADORA NÃO SE RESPONSABILIZA PELOS VALORES QUE ULTRAPASSAREM O CAPITAL SEGURADO CONTRATADO, SENDO OS MESMOS DE RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA DO BENEFICIÁRIO OU DA FAMÍLIA DA SEGURADA.**

**3.5.7. Cremação:** Traslado do corpo da cidade onde ocorrer o óbito para a cidade mais próxima que tenha o serviço de cremação num raio máximo de 100 km (cem quilômetros), e o posterior retorno das cinzas aos familiares.

**3.5.8. Sepultamento:** Sepultamento do corpo em jazigo da família, em cemitério municipal, na cidade indicada por esta.

**3.5.8.1.** Não havendo jazigo da família será alugado jazigo pelo o período de até 3 (três) anos em cemitério público, conforme legislação local. E quando não for possível o aluguel em cemitério público, será alugado em cemitério particular, no qual exista acordo com prefeitura local.

**3.5.9. Traslado:** Da cidade do óbito até o local de domicílio da segurada ou de sepultamento, conforme designado pela família.

- a) O traslado do corpo para a realização do funeral ou cremação em outro município será realizado até o limite do capital segurado contratado. Caso o beneficiário tenha optado pela prestação do serviço, em vez do reembolso das despesas, o traslado será realizado até o local de sepultamento, **desde que não ultrapasse a distância entre o município onde ocorreu o óbito e o município de moradia habitual da segurada;**
- b) Caso a família opte pela realização do funeral ou cremação fora desse limite descrito na alínea “a”, **deverá assumir integralmente a responsabilidade pela diferença do pagamento das despesas.** A partir da chegada do corpo nesse município, a prestadora de serviço assumirá os serviços garantidos pelo seguro; e
- c) **A SEGURADORA FICARÁ ISENTA DA RESPONSABILIDADE DE PRESTAR O SERVIÇO, CASO HAJA RECUSA DA FAMÍLIA EM EFETUAR O PAGAMENTO DO(S) VALOR(ES) EXCEDENTE(S).**

**3.6. Cobertura de Diárias de Internação Hospitalar decorrente de Acidente (DIH\_A):** É a garantia do pagamento de um valor fixo por dia de hospitalização da segurada em consequência de acidente pessoal, limitado ao número máximo de diárias contratado e definidos na apólice, observado o período de franquia, sendo vedada a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares incorridas, de acordo com os riscos cobertos e **desde que não se trate de risco expressamente excluído.**

**3.6.1. Riscos Cobertos:**

- a) Estão cobertas as diárias de internação hospitalar da segurada, determinadas por médico e comprovadas por meio da documentação obrigatória, por motivo de acidente pessoal, ocorrido durante a vigência do risco individual, após o período de franquia previsto na CLÁUSULA 6 - FRANQUIA; e
- b) **Limite Máximo de Eventos:** Será limitado em 3 (três) internações hospitalares a cada 12 (doze) meses, contados a partir do último aniversário da apólice.

**3.6.2. A contratação desta cobertura não implica em garantia de internação hospitalar. A responsabilidade pela obtenção de vaga para internação em hospital é da própria segurada, de seus familiares ou de seu acompanhante.**

**3.6.3. A indenização será paga somente APÓS A ALTA MÉDICA DEFINITIVA, para a contabilização dos dias de internação.**

**3.7. Cobertura de Diagnóstico de Câncer de Mama ou Ginecológicos:** É garantir o pagamento de indenização de 100% (cem por cento) do capital segurado, contratado para esta cobertura, para as seguradas por serem diagnosticadas com seu primeiro câncer de mama ou no aparelho ginecológico, **excluindo os câncer do tipo pele não-melanoma e/ou carcinomas *in situ***, nos termos destas condições gerais. **O EVENTO SERÁ COBERTO EM CASO DA PRIMEIRA NEOPLASIA MALIGNA DIAGNOSTICADA LOCALIZADA NA MAMA OU NO APARELHO GINECOLÓGICO, DESDE, QUE CUMULATIVAMENTE, SEJAM CUMPRIDOS OS SEGUINTE REQUISITOS:**

- I. **NÃO ESTEJA ABRANGIDA PELA CLÁUSULA 4 - RISCOS EXCLUÍDOS, DESTAS CONDIÇÕES GERAIS;**
- II. **QUE A NEOPLASIA MALIGNA TENHA O SEU PRIMEIRO DIAGNÓSTICO, OBRIGATORIAMENTE EM VIDA DA SEGURADA, COMPROVADO EM DATA POSTERIOR AO INÍCIO DA VIGÊNCIA DA COBERTURA DA APÓLICE; E**
- III. **O EVENTO COBERTO OCORRA DEPOIS DE FINDO O PERÍODO DE CARÊNCIA DETERMINADO NA CLÁUSULA 7 - CARÊNCIA, DESTAS CONDIÇÕES GERAIS.**

**3.7.1.** Após o pagamento de indenização referente à cobertura de Diagnóstico de Câncer de Mama ou Ginecológicos, não há reintegração do capital segurado, portanto, **SOMENTE HAVERÁ GARANTIA DESTA COBERTURA PARA A PRIMEIRA NEOPLASIA MALIGNA DIAGNOSTICADA, CONFORME O ITEM 3.7., ESTANDO EXCLUÍDAS, EM TODA E QUALQUER HIPÓTESE, PARA EFEITO DESTA SEGURO E DE SUAS RENOVAÇÕES, SE OCORREREM, A POSSIBILIDADE DE ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES PELO DIAGNÓSTICO DE MAIS DE UM CÂNCER.**

## **CLÁUSULA 4 - RISCOS EXCLUÍDOS**

- 4.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS, DESTE SEGURO OS EVENTOS RELACIONADOS OU 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 A EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;**
  - B) DE ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, DE GUERRA QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, INVASÕES, ATOS MILITARES, HOSTILIDADES, DE GUERRA CIVIL OU GUERRILHA, DE REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DE LAS DECORRENTES; EXCETO SE DECORRENTE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR OU ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;**
  - C) DE LESÕES OU DOENÇAS PREEXISTENTES DE CONHECIMENTO DA SEGURADA E NÃO DECLARADA NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO, QUE A OBRIGUE A FAZER ACOMPANHAMENTO MÉDICO OU USO DE MEDICAMENTO DE FORMA CONTINUADA OU TRATAMENTO EM REGIME HOSPITALAR EM PERÍODO CUJOS EFEITOS PERSISTAM ATÉ A DATA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO, E QUE CONTRIBUA DIRETA OU INDIRETAMENTE NA CARACTERIZAÇÃO DE UM EVENTO PREVISTO NESTAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS;**
  - D) DA TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS, OCORRIDOS ANTES DE COMPLETADOS 2 (DOIS) ANOS DE VIGÊNCIA DO SEGURO, CONTADOS DO INÍCIO DA RESPECTIVA COBERTURA DO SEGURO OU DO AUMENTO DE CAPITAL SEGURADO A PEDIDO DA SEGURADA, CUJA EXCLUSÃO SERÁ APLICADA SOMENTE EM RELAÇÃO AO CAPITAL SEGURADO AUMENTADO;**
  - E) DANOS E PERDAS CAUSADAS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATO TERRORISTA, CABENDO À SEGURADORA COMPROVAR COM DOCUMENTAÇÃO HÁBIL, ACOMPANHADA DE LAUDO CIRCUNSTANCIADO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTE DE SEU PROPÓSITO, E DESDE QUE ESTE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATENTATÓRIO À ORDEM PÚBLICA PELA AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE;**
  - F) DE ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELA SEGURADA, PELO BENEFICIÁRIO OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO;**
  - G) OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DE FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA; E**
  - H) EPIDEMIAS E PANDEMIAS, DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE, INCLUINDO A GRIPE AVIÁRIA, FEBRE AFTOSA, MALÁRIA, DENGUE, MENINGITE, DENTRE OUTRAS, MAS NÃO SE LIMITANDO A ELAS.**

- 4.2. ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NO ITEM 4.1., ESTARÃO, TAMBÉM, EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL:**
- A) DESPESAS COM COMPRA DE JAZIGO;**
  - B) CREMAÇÃO PARA AS SEGURADAS QUE TENHAM MORADIA HABITUAL EM MUNICÍPIOS QUE NÃO DISPONHAM DESSE SERVIÇO; E**
  - C) DESPESAS DE QUALQUER NATUREZA, QUANDO SOLICITADA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS.**
- 4.3. ALÉM DAS EXCLUSÕES PREVISTAS NO ITEM 4.1., ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE:**
- A) DOENÇAS MENTAIS, PSIQUIÁTRICAS, ESTRESSE E DEPRESSÃO, INCLUINDO AS INTERNAÇÕES EM DEPARTAMENTOS PSIQUIÁTRICOS DE HOSPITAIS GERAIS OU PRONTOS-SOCORROS PARA TRATAMENTO DESTAS DOENÇAS E/OU AQUELAS QUE EXIJAM PSICANÁLISE, SONOTERAPIA OU PSICOTERAPIA;**
  - B) INTERNAÇÕES DOMICILIARES (HOME CARE);**
  - C) INTERNAÇÕES EM CLÍNICAS OU INSTITUIÇÕES PARA ACOMODAÇÃO OU TRATAMENTO DE IDOSOS, INCLUINDO ASILOS E CASAS DE REPOUSO;**
  - D) DANOS ESTÉTICOS;**
  - E) CIRURGIAS PLÁSTICAS, EXCETO AS PÓS-ACIDENTAIS RESTAURADORAS QUE SEJAM NECESSÁRIAS PARA RESTABELECIMENTO DA SEGURADA EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO;**
  - F) A PERDA DE DENTES OU TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DE QUALQUER ESPÉCIE;**
  - G) INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE COBERTO;**
  - H) INTERNAÇÕES HOSPITALARES PARA INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA, ESPERA PARA A REALIZAÇÃO DE CIRURGIA, AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SANIDADE (CHECK-UP), REPOUSO OU GERIATRIA;**
  - I) ESTADOS DE CONVALESCENÇA (APÓS A ALTA MÉDICA) E AS DESPESAS DE ACOMPANHANTES;**
  - J) INTERNAÇÕES HOSPITALARES REALIZADAS POR PROFISSIONAIS DE ESPECIALIDADES NÃO RECONHECIDAS PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA OU POR MÉDICOS QUE NÃO SEJAM LEGALMENTE HABILITADOS;**
  - K) LESÕES CORPORAIS, BEM COMO SUAS CONSEQUÊNCIAS, DECORRENTES DE ACIDENTES OCORRIDOS ANTES DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO RISCO INDIVIDUAL;**
  - L) PROCEDIMENTOS NÃO PREVISTOS NO CÓDIGO BRASILEIRO DE ÉTICA MÉDICA, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS EXPERIMENTAIS E TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS NÃO RECONHECIDOS PELO SERVIÇO NACIONAL DE FISCALIZAÇÃO DE MEDICINA E FARMÁCIA;**

- M) ATOS CONTRÁRIOS À LEI, INCLUSIVE A DIREÇÃO DE VEÍCULOS AUTOMOTORES, INCLUINDO MOTOS, BARCOS, AERONAVES E ASSEMELHADOS, SEM A DEVIDA HABILITAÇÃO OU SEM A UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA OBRIGATÓRIOS POR LEI, COMO CAPACETES E CINTOS DE SEGURANÇA; E
  - N) EVENTOS NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO.
- 4.4. ALÉM DAS EXCLUSÕES PREVISTAS NO ITEM 4.1., ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA OU GINECOLÓGICOS:
- A) NEOPLASIA MALIGNA CLASSIFICADA COMO CARCINOMA *IN SITU*;
  - B) NEOPLASIAS BENIGNAS;
  - C) NEOPLASIAS MALIGNAS DE PELE; E
  - D) NEOPLASIAS NÃO PRIMÁRIAS.

## **CLÁUSULA 5 - ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA**

- 5.1. O âmbito territorial de cobertura é o globo terrestre.

## **CLÁUSULA 6 - FRANQUIA**

- 6.1. PARA A COBERTURA DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE SERÁ APLICADA FRANQUIA DE 2 (DUAS) DIÁRIAS, DESTA FORMA, INICIA-SE A COBERTURA A PARTIR DA 3ª (TERCEIRA) DIÁRIA.
- 6.1.1. PARA O CÁLCULO DA RESPONSABILIDADE DA SEGURADORA E DO CAPITAL SEGURADO, CONSIDERA-SE A QUANTIDADE DE DIÁRIAS A PARTIR DA DATA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR SUBTRAINDO O PERÍODO DE FRANQUIA, CONFORME DEFINIDO NO ITEM 6.1. DESTA CLÁUSULA.

## **CLÁUSULA 7 - CARÊNCIA**

- 7.1. HAVERÁ CARÊNCIA DE 2 (DOIS) ANOS ININTERRUPTOS PARA A TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS.
- 7.2. PARA A COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA OU GINECOLÓGICOS HAVERÁ CARÊNCIA DE 90 (NOVENTA) DIAS CORRIDOS.
- 7.3. O PRAZO DE CARÊNCIA SERÁ CONTADO A PARTIR DA DATA DE INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA OU DO AUMENTO DO CAPITAL SEGURADO POR SOLICITAÇÃO DA SEGURADA, CUJA EXCLUSÃO SERÁ APLICADA SOMENTE EM RELAÇÃO AO CAPITAL SEGURADO AUMENTADO.
- 7.4. NÃO HÁ PRAZO DE CARÊNCIA PARA SINISTROS DECORRENTES DE ACIDENTES PESSOAIS, RESSALVADA A HIPÓTESE PREVISTA NO ITEM 7.1.

## **CLÁUSULA 8 - ACEITAÇÃO DO SEGURO**

- 8.1. A ACEITAÇÃO DO SEGURO ESTARÁ SUJEITA À ANÁLISE DO RISCO.
- 8.2. Poderá ser aceito como segurada, toda proponente que esteja, na data da contratação do seguro, em plenas condições de exercer atividade profissional, ou aposentada por idade ou tempo de serviço e que se encontre em perfeitas condições de saúde e **com idade compreendida entre 18 (dezoito) anos e 70 (setenta) anos completos.**

- 8.3. A CONTRATAÇÃO DO SEGURO SE FORMALIZARÁ APÓS A ACEITAÇÃO DA SEGURADORA DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO E DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE DEVIDAMENTE ASSINADA PELA PROPONENTE E/OU CORRETOR, APÓS O CONHECIMENTO DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO E AS DEMAIS INFORMAÇÕES DEFINIDAS PELAS DISPOSIÇÕES LEGAIS E REGULAMENTARES EM VIGOR.**
- 8.4. A seguradora tem o prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data de protocolo da proposta na seguradora, seja para seguros novos ou renovações bem como para alterações que impliquem modificação do risco, para aceitação ou recusa do risco.**
- 8.5. O prazo de 15 (quinze) dias, para a análise e aceitação do risco ou alteração da proposta, será suspenso, quando a seguradora verificar que as informações contidas na proposta de contratação são insuficientes e solicitar, por uma única vez, a apresentação de novos documentos ou de exames. A contagem do prazo de 15 (quinze) dias voltará a correr a partir da data em que ocorrer o protocolo de entrega do que tiver sido solicitado.**
- 8.5.1. Serão considerados como pendentes, sem contagem de prazo, os processos de aceitação do seguro com documentação incompleta até a data do protocolo de recebimento do último documento exigido.**
- 8.6. O seguro será automaticamente aceito, caso a seguradora não manifeste por escrito, o motivo da recusa no prazo de 15 (quinze) dias, contados da data em que a proposta de contratação for protocolizada junto à seguradora.**
- 8.7. Na proposta de contratação deverão ser prestadas todas as informações que permitirão à sociedade seguradora avaliar as condições de aceitação ou de recusa do seguro, e que, na existência de omissões ou de declarações inverídicas, que possam influir na aceitação da proposta ou no prêmio, ensejará a perda do direito à cobertura e nulidade do contrato, conforme disposto no Código Civil Brasileiro.**
- 8.8. O pagamento antecipado do seguro, não caracteriza a aceitação da proposta. Recebida a proposta pela sociedade seguradora, com todos os documentos exigidos para análise dos riscos e o prêmio antecipado, terá início um período máximo de 15 (quinze) dias, no qual a sociedade seguradora avaliará o risco.**
- 8.9. No caso de não aceitação de seguro em que já tenha havido pagamento do prêmio à seguradora, os valores pagos, líquidos de IOF, serão devolvidos deduzido da parcela “*pro rata temporis*” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos após a formalização da recusa, sendo garantida a cobertura do seguro da data do recebimento da proposta até a data da formalização da recusa.**
- 8.10. O PRÊMIO, A QUE SE REFERE NO ITEM 8.9., SERÁ ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE - ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, COM BASE NA VARIAÇÃO POSITIVA APURADA ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DA FORMALIZAÇÃO DA RECUSA E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO.**
- 8.10.1. No caso de extinção do índice pactuado no item 8.10., o índice a ser utilizado será o IGP-M/FGV (Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas) ou outro índice admitido oficialmente que venha a substituí-lo.**

8.11. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 8.10., APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O PRÊMIO ATUALIZADO, DE 0,25% (VINTE E CINCO CENTÉSIMOS POR CENTO) AO MÊS “*PRO RATA TEMPORIS*”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO FIM DO PRAZO DE 10 (DEZ) DIAS CORRIDOS PARA DEVOLUÇÃO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.

8.12. É VEDADA A CONTRATAÇÃO DO SEGURO POR PROCURAÇÃO.

## CLÁUSULA 9 - INÍCIO DE VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

9.1. O início de vigência do seguro será às 24 (vinte e quatro) horas da data de contratação da proposta pela segurada, desde que aceita pela seguradora.

9.1.1. As propostas de contratação que tenham sido recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta de contratação ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

9.1.2. As propostas de contratação que tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela seguradora.

9.2. O prazo de vigência da apólice será de 5 (cinco) anos, podendo ser renovada automaticamente uma única vez por igual período, salvo se a seguradora ou a segurada, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias da data de renovação, comunicar por escrito o desinteresse pela continuidade.

9.3. As renovações posteriores a primeira deverão ser expressas entre as partes, seguradora e segurada, sendo que cabe à seguradora, com no mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência à data de renovação, comunicar por escrito o interesse pela renovação do seguro.

9.4. A aceitação da proposta, bem como de cada alteração ou renovação, implicará na emissão do respectivo endosso e envio da apólice de seguro, quando for o caso. **Em caso de inexatidão das informações da apólice, a segurada deverá comunicar imediatamente a seguradora para a sua regularização. Caso seja comprovado que as informações inexatas da apólice são decorrentes das declarações da proponente imputadas na proposta de contratação, e não havendo a correção imediata das informações após o recebimento da apólice, a segurada poderá perder o direito à indenização.**

## CLÁUSULA 10 - PAGAMENTO DE PRÊMIO

10.1. O valor do prêmio inicial será determinado em função da idade da segurada, das coberturas contratadas, do capital segurado e da periodicidade de pagamento do prêmio, definidos na proposta de contratação.

10.2. Anualmente, no aniversário da apólice, o valor do prêmio será reajustado em função do reenquadramento de taxas por mudança de idade da segurada, de acordo com a tabela descrita na CLÁUSULA 15 - TABELA DE REENQUADRAMENTO ETÁRIO, desta condição geral.

10.3. Para garantir seu direito à cobertura, a segurada deverá efetuar o pagamento do prêmio anual do seguro, até a data de seu vencimento, podendo ser em 1 (uma) parcela ou fracionado em até 12 (doze) parcelas, de acordo com o escolhido na proposta de contratação.

10.3.1. Em caso de pagamento fracionado do prêmio, a segurada poderá antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a consequente redução proporcional dos juros pactuados, quando couber.

- 10.3.2.** Para os prêmios fracionados, a data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice.
- 10.3.3.** Não será permitida cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento.
- 10.4.** A segurada poderá optar entre a forma de pagamento **por débito em conta, mediante preenchimento de autorização de débito, devidamente assinada ou débito em cartão de crédito emitido pela instituição financeira que comercializa o seguro.**
- 10.5.** Nos casos de opção de pagamento por débito em conta, a 1ª (primeira) parcela do prêmio, poderá ser debitada no ato da contratação ou após a respectiva aceitação da proposta pela seguradora. As demais parcelas subseqüentes à 1ª (primeira) parcela do prêmio fracionado ou o prêmio anual na renovação serão debitados na data de vencimento definida pela segurada na proposta de contratação.
- 10.6.** Para os casos de opção pelo pagamento por fatura do cartão de crédito, os prêmios serão debitados no vencimento da fatura do cartão. Nesse caso, o não pagamento de pelo menos a fatura mínima do cartão, acarretará na inadimplência da segurada, sendo aplicado o disposto na **CLÁUSULA 12 - INADIMPLÊNCIA, SUSPENSÃO E CANCELAMENTO.**
- 10.7. A SUSPENSÃO DA AUTORIZAÇÃO DO DÉBITO EM CONTA OU EM FATURA DE CARTÃO DE CRÉDITO CARACTERIZARÁ INADIMPLÊNCIA DA SEGURADA, SENDO APLICADO O DISPOSTO NA CLÁUSULA 12 - INADIMPLÊNCIA, SUSPENSÃO E CANCELAMENTO.**
- 10.8.** A segurada poderá solicitar a substituição da forma de pagamento do prêmio de débito em conta para cartão de crédito ou vice-versa.
- 10.9.** Caso a data estabelecida para pagamento do prêmio de seguro corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, a segurada poderá efetuar o pagamento do prêmio no 1º (primeiro) dia útil subseqüente em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas coberturas, e sem acréscimo de valor.
- 10.10. NÃO HAVERÁ DEVOLUÇÃO DE PRÊMIOS NO SEGURO, RESPEITADA A VIGÊNCIA DOS PRÊMIOS PAGOS, EM CASO DE NÃO RENOVAÇÃO, CONFORME O DISPOSTO NA CLÁUSULA 9 - INÍCIO DE VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE E NA CLÁUSULA 11 - CANCELAMENTO DA APÓLICE.**
- 10.11. Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar.**
- 10.12.** A segurada deverá continuar pagando o valor integral do prêmio de seguro, independente de qualquer indenização que tenha sido efetuada **em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.**
- 10.13.** Após o pagamento de indenização referente à cobertura de Acessibilidade Física em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, respeitado o período cujo prêmio tenha sido integralmente pago, não haverá cobrança de prêmio para esta cobertura.

## **CLÁUSULA 11 - CANCELAMENTO DA APÓLICE**

- 11.1. A rescisão do seguro só poderá ser realizada mediante acordo entre as partes contratantes.**
- 11.2. No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.**



- 11.2.1. Em caso de pagamento do prêmio anual em 1 (uma) parcela, a seguradora reterá do prêmio, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.
- 11.2.2. Em caso de pagamento de prêmio fracionado, a sociedade seguradora reterá do prêmio, além dos emolumentos, a parte do tempo decorrido, calculado “*pro rata temporis*”, entre a data de início de vigência, ou aniversário da apólice, e a data de cancelamento do seguro.
- 11.3. As apólices não poderão ser canceladas pela seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.
- 11.4. Independentemente de acordo entre as partes, a apólice será cancelada nas seguintes situações:
- a) No final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitado o período ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos;
  - b) Pela seguradora, quando da inobservância pela segurada de quaisquer obrigações previstas na proposta de contratação e na respectiva apólice; e
  - c) Quando a segurada, mediante solicitação por escrito e protocolado na seguradora, requerer o cancelamento do seguro.
- 11.5. Além das situações mencionadas anteriormente, a apólice estará automaticamente cancelada:
- a) Com o óbito da segurada; e
  - b) Por falta de pagamento do prêmio, respeitado o que dispõe na CLÁUSULA 12 - INADIMPLÊNCIA, SUSPENSÃO E CANCELAMENTO.

## **CLÁUSULA 12 - INADIMPLÊNCIA, SUSPENSÃO E CANCELAMENTO**

### **12.1. EM CASO DE PAGAMENTO DO PRÊMIO FRACIONADO:**

- 12.1.1. O NÃO PAGAMENTO DA 1ª (PRIMEIRA) PARCELA DO PRÊMIO ATÉ A DATA DE SEU VENCIMENTO, CARACTERIZA A NÃO EFETIVAÇÃO DO CONTRATO DO SEGURO.
- 12.1.2. NA FALTA DE PAGAMENTO DE PARCELA POSTERIOR À PRIMEIRA, HAVERÁ SUSPENSÃO DA COBERTURA ENQUANTO NÃO OCORRER O CANCELAMENTO DO SEGURO.
- 12.1.3. O NÃO PAGAMENTO DO PRÊMIO POR PARTE DA SEGURADA NOS PRAZOS ESTIPULADOS, ACARRETARÁ A SUSPENSÃO DAS COBERTURAS DESTE SEGURO A PARTIR DAS 24 (VINTE E QUATRO) HORAS DA DATA DO VENCIMENTO DO PRÊMIO NÃO PAGO ATÉ AS 24 (VINTE E QUATRO) HORAS DA DATA DO EFETIVO CANCELAMENTO DA APÓLICE, SENDO QUE, EM CASO DE SINISTRO NESTE PERÍODO, A SEGURADA E SEUS BENEFICIÁRIOS NÃO TERÃO DIREITO ÀS GARANTIAS DO SEGURO.
- 12.1.4. AS COBERTURAS SERÃO RESTABELECIDAS A PARTIR DAS 24 (VINTE E QUATRO) HORAS DO DIA EM QUE A SEGURADA RETOMAR O PAGAMENTO DO PRÊMIO, DESDE QUE NÃO ULTRAPASSADOS O PERÍODO DE SUSPENSÃO.

12.1.5. A seguradora enviará correspondência à segurada, em até 10 (dez) dias após a falta de pagamento da 1ª (primeira) parcela inadimplente, advertindo quanto à necessidade de quitação do prêmio de seguro em atraso. Esta correspondência funciona como notificação para o cumprimento da contraprestação do contrato (pagamento do prêmio), sob pena da aplicação do disposto no item 11.5. da CLÁUSULA 11 - CANCELAMENTO DA APÓLICE destas condições gerais.

12.1.6. NÃO RESTABELECIDO O PAGAMENTO DO PRÊMIO, A SEGURADA SERÁ INFORMADA DO CANCELAMENTO DA APÓLICE, COM O PRAZO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA AJUSTADO EM FUNÇÃO DO PRÊMIO EFETIVAMENTE PAGO, TOMANDO-SE POR BASE O CÁLCULO “*PRO RATA TEMPORIS*”.

12.1.7. RESTABELECIDO O PAGAMENTO DO PRÊMIO ANTES DO CANCELAMENTO CONFORME O ITEM 11.5. DA CLÁUSULA 11 - CANCELAMENTO DA APÓLICE, FICARÁ RESTAURADO O PRAZO ORIGINAL DE VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL.

## 12.2. EM CASO DE PAGAMENTO ANUAL:

12.2.1. DECORRIDO O PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS DA DATA DE VENCIMENTO, SEM QUE O PAGAMENTO DO PRÊMIO TENHA SIDO EFETUADO, O SEGURO ESTARÁ AUTOMATICAMENTE E DE PLENO DIREITO CANCELADO, E NÃO PODERÁ MAIS SER RESTABELECIDO.

12.2.2. HAVENDO INTERESSE DEVERÁ SER CONTRATADO UM NOVO SEGURO ATENDENDO TODOS OS PRÉ-REQUISITOS PARA ACEITAÇÃO DA PROPONENTE, CONFORME O DISPOSTO NA CLÁUSULA 8 - ACEITAÇÃO DO SEGURO DESTAS CONDIÇÕES GERAIS. EM CASO DE NOVA CONTRATAÇÃO, NÃO SERÁ ADMITIDO QUALQUER VÍNCULO COM O SEGURO CANCELADO POR FALTA DE PAGAMENTO.

## CLÁUSULA 13 - CAPITAL SEGURADO

13.1. O capital segurado corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro coberto pela apólice e vigente na data do evento, respeitando os limites estabelecidos na contratação.

13.2. Para a cobertura de **Diárias de Internação Hospitalar Decorrente de Acidente**, o capital segurado será definido na apólice, **respeitado o limite máximo de 60 (sessenta) diárias** e, corresponde ao valor máximo de indenização diária devida na ocorrência de um sinistro coberto pela apólice e vigente na data do evento.

13.2.1. Para os casos de re-internação, isto é, nova internação após alta médica, mas por causa do mesmo acidente, serão somadas as diárias da internação anterior e respeitado o limite máximo contratado, não sendo considerado como outro evento, exceto quando o intervalo entre as internações for superior a 6 (seis) meses.

13.3. Para a cobertura de **Diagnóstico de Câncer de Mama ou Ginecológicos**, o capital segurado corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência de sinistro coberto pela apólice e vigente na data do evento, sendo respeitado o limite máximo de 100% (cem por cento) do que couber à cobertura de Morte Natural ou Acidental.

**13.4. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros:**

- a) Para as coberturas de Morte Natural ou Acidental e Auxílio Funeral: a data do falecimento;
- b) Para as coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Acessibilidade Física em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Diárias de Internação Hospitalar Decorrentes de Acidente: a data do acidente; e
- c) Para a cobertura e Diagnóstico de Câncer de Mama ou Ginecológicos: a data do relatório médico do diagnóstico do primeiro câncer, realizado em vida.

**13.5. Todos os valores são expressos em moeda corrente nacional.**

#### **CLÁUSULA 14 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA**

**14.1. Os capitais segurados e os prêmios de cada segurada sofrerão atualizações monetárias anualmente, com base na variação do IGP-M/FGV - Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas, acumulado dos últimos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao aniversário do seguro.**

**14.2. No caso de extinção do índice acima pactuado, o índice a ser utilizado será o IPCA/IBGE - ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA ou outro índice admitido oficialmente, que venha a substituí-lo.**

#### **CLÁUSULA 15 - TABELA DE REENQUADRAMENTO ETÁRIO**

**15.1. Anualmente, na data de aniversário da apólice, o valor do prêmio das coberturas de Morte Natural ou Acidental e Auxílio Funeral serão reajustados em função da nova idade da segurada e assim do seu risco, conforme os seguintes percentuais por faixa etária:**

Idade		Percentual de Reenquadramento Anual
De	Para	
18	19	3,2609%
19	20	2,7085%
20	21	3,0935%
21	22	3,6473%
22	23	3,9962%
23	24	4,2688%
24	25	4,6749%
25	26	4,8431%
26	27	5,2150%
27	28	5,4109%
28	29	5,5639%

Idade		Percentual de Reenquadramento Anual
De	Para	
29	30	5,9357%
30	31	6,1757%
31	32	6,4093%
32	33	6,6690%
33	34	6,8665%
34	35	7,1558%
35	36	7,3443%
36	37	7,4961%
37	38	7,8047%
38	39	7,9855%
39	40	8,1473%

Idade		Percentual de Reenquadramento Anual
De	Para	
40	41	9,6057%
41	42	11,7154%
42	43	12,9875%
43	44	13,6102%
44	45	13,7036%
45	46	13,5063%
46	47	13,1256%
47	48	12,6318%
48	49	12,0778%
49	50	11,4969%
50	51	10,9835%
51	52	10,4553%
52	53	9,9927%
53	54	9,5193%
54	55	9,1322%
55	56	8,7797%
56	57	8,4520%
57	58	8,1561%
58	59	7,9200%
59	60	7,7095%
60	61	7,7176%
61	62	7,8800%
62	63	8,0705%
63	64	8,2043%
64	65	8,3940%
65	66	8,5270%
66	67	8,6807%
67	68	8,8196%
68	69	8,8743%
69	70	8,9690%

Idade		Percentual de Reenquadramento Anual
De	Para	
70	71	9,0534%
71	72	9,1827%
72	73	9,2462%
73	74	9,4144%
74	75	9,5409%
75	76	9,4447%
76	77	9,7089%
77	78	10,8508%
78	79	10,6714%
79	80	8,2559%
80	81	10,9013%
81	82	9,2703%
82	83	8,9770%
83	84	14,8795%
84	85	4,4571%
85	86	8,6006%
86	87	14,0816%
87	88	6,7704%
88	89	11,0083%
89	90	5,9460%
90	91	9,6606%
91	92	8,6725%
92	93	10,3241%
93	94	8,3707%
94	95	8,2347%
95	96	8,0836%
96	97	7,9160%
97	98	7,7306%
98	99	7,5279%
99	100	7,3056%

**15.2.** Anualmente, além da aplicação do item 15.1., na data de aniversário da apólice, o valor do prêmio da cobertura de diagnóstico de câncer de mama ou ginecológicos também será reajustado em função da nova idade da segurada e assim do seu risco, conforme a tabela a seguir:

Idade		% Reajuste do Prêmio
De	Para	
18	19	15,17%
19	20	15,45%
20	21	15,74%
21	22	16,02%
22	23	16,30%
23	24	16,58%
24	25	16,85%
25	26	17,12%
26	27	17,39%
27	28	17,65%
28	29	17,91%
29	30	18,15%
30	31	18,40%
31	32	18,63%
32	33	18,85%
33	34	19,07%
34	35	19,28%
35	36	19,48%
36	37	19,67%
37	38	19,85%
38	39	20,03%
39	40	3,66%
40	41	3,70%
41	42	3,74%
42	43	3,79%
43	44	3,84%
44	45	3,58%
45	46	3,60%
46	47	3,63%
47	48	3,65%
48	49	3,68%
49	50	3,54%
50	51	3,56%
51	52	3,58%
52	53	3,60%
53	54	3,62%

Idade		% Reajuste do Prêmio
De	Para	
54	55	3,24%
55	56	3,24%
56	57	3,25%
57	58	3,25%
58	59	3,26%
59	60	3,23%
60	61	3,23%
61	62	3,23%
62	63	3,23%
63	64	3,24%
64	65	3,24%
65	66	3,24%
66	67	3,24%
67	68	3,24%
68	69	3,25%
69	70	3,25%
70	71	3,25%
71	72	3,25%
72	73	3,26%
73	74	3,26%
74	75	3,26%
75	76	3,26%
76	77	3,26%
77	78	3,27%
78	79	3,27%
79	80	3,27%
80	81	3,27%
81	82	3,28%
82	83	3,28%
83	84	3,28%
84	85	3,28%
85	86	3,29%
86	87	3,29%
87	88	3,29%
88	89	3,30%
89	90	3,30%

Idade		% Reajuste do Prêmio
De	Para	
90	91	3,30%
91	92	3,30%
92	93	3,31%
93	94	3,31%
94	95	3,31%

Idade		% Reajuste do Prêmio
De	Para	
95	96	3,32%
96	97	3,32%
97	98	3,32%
98	99	3,32%
99	100	3,33%

**15.3.** Além dos reajustes a que se referem os itens acima, anualmente, na mesma data, haverá atualização monetária do capital segurado, e conseqüentemente do prêmio, conforme previsto na **CLÁUSULA 14 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA**.

## CLÁUSULA 16 - CUSTEIO DO SEGURO

**16.1.** O custeio do prêmio do seguro será integralmente pago pela segurada.

## CLÁUSULA 17 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

**17.1.** Ocorrendo qualquer um dos eventos cobertos pelo seguro, a segurada ou seu beneficiário deverá comunicar imediatamente o sinistro à seguradora, por meio do Serviço de Atendimento aos Clientes (SAC).

**17.2.** Para o processo de regulação do sinistro deverão ser apresentados pela segurada ou seus beneficiários os documentos básicos relacionados abaixo:

### 17.2.1. Documentação para **qualquer evento**:

- a) Formulário “aviso de sinistro” assinado;
- b) Cópia do RG e CPF da segurada que sofreu o sinistro;
- c) Cópia do comprovante de residência em nome da segurada e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de sinistro (solicitante); e
- d) **Formulário Individual “Autorização de Pagamento de Sinistro”**.

**17.2.2. Além dos documentos descritos no subitem 17.2.1.,** para o processo de regulação de sinistro da cobertura de **Morte Natural ou Acidental**, deverão ser apresentados também os seguintes documentos:

- a) Certidão de óbito da pessoa que sofreu o sinistro;
- b) Relatório Médico carimbado e assinado pelo médico assistente, com firma reconhecida em cartório;
- c) Formulário de Autorização de Pesquisa Médica;
- d) Exames Médicos Realizados, que comprovem o diagnóstico firmado e indicado no Relatório Médico apresentado, se o caso;
- e) Quando a Morte tiver ocorrido por acidente, além do documento descrito na alínea “a)” deste item, também deverão ser apresentados:
  - i. Cópia do Laudo de Necropsia;
  - ii. Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO), se cabível;
  - iii. Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), se cabível;
  - iv. Cópia do Brevê de Piloto, **em caso de acidente aeronáutico e se a segurada for a piloto**;

- v. Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), **se acidente automobilístico e a segurada for a condutora**;
- vi. Cópia do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente; e
- vii. Cópia dos Laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (se o condutor do veículo for a segurada).

**17.2.3. Além dos documentos descritos no subitem 17.2.1., para o processo de regulação de sinistro da cobertura de **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente**, deverão ser apresentados também os seguintes documentos complementares:**

- a) Cópia da carta de concessão de aposentadoria, no caso de IPA Total (se houver);
- b) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), se acidente automobilístico e a segurada for a condutora;
- c) Cópia do Comunicado de Acidente do Trabalho (CAT) se houver;
- d) Cópias dos Laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (se o condutor do veículo for a segurada);
- e) Original do Exame de raios X do segmento (órgão ou parte do corpo) afetado, com Laudo Radiológico (ou Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Eletroencefalograma, Eletroneuromiografia);
- f) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO), se cabível;
- g) Relatório médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo médico assistente da pessoa que sofreu o sinistro, com firma reconhecida em cartório; e
- h) Formulário de Autorização de Pesquisa Médica.

**17.2.3.1. A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ CONCEDIDA POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA, OU ASSEMELHADAS, NÃO CARACTERIZA POR SI SÓ O ESTADO DE INVALIDEZ PERMANENTE DE QUE SE TRATA A COBERTURA CONTRATADA, DEVENDO SER COMPROVADA ATRAVÉS DE DECLARAÇÃO MÉDICA.**

**17.2.4. Além dos documentos descritos nos subitens 17.2.1. e 17.2.2., para o processo de regulação de sinistro da cobertura de **Auxílio Funeral** deverão ser apresentados também os seguintes documentos complementares:**

- 17.2.4.1.** Para o pedido de reembolso de despesas, deverão ser apresentados os documentos relacionados abaixo:
- a) Cópia da certidão de óbito da segurada;
  - b) Cópia do RG, CPF e comprovante de residência da pessoa que efetuou o pagamento das despesas com o funeral;
  - c) Original das Notas fiscais e recibos das despesas com o funeral.

**17.2.5. Além dos documentos descritos no subitem 17.2.1,** para o processo de regulação de sinistro da cobertura de **Diárias de Internação Hospitalar Decorrente de Acidente** deverão ser apresentados também os seguintes documentos complementares:

- a) Relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas e diagnósticos necessários;
- b) Declaração da entidade hospitalar constatando: nome da segurada, data de internação hospitalar e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico.

**17.2.5.1. O pagamento da indenização não tem caráter de reembolso.**

**17.2.6. Além dos documentos descritos no subitem 17.2.1.,** para o processo de regulação de sinistro da cobertura de **Diagnóstico de Câncer de Mama ou Ginecológicos** deverão ser apresentados também os seguintes documentos:

- a) Declaração médica em formulário da seguradora, devidamente preenchida e assinada pelo médico assistente da segurada, contendo o resultado do exame anatomopatológico, estágio de neoplasia, tratamento realizado e a realizar de modo detalhado e prognóstico;
- b) Cópia do exame anatomopatológico que comprove o diagnóstico de câncer;
- c) Laudo do perito médico, quando solicitado pela seguradora; e
- d) Formulário de Autorização de Pesquisa Médica.

**17.3.** O pagamento das indenizações relativas às coberturas de Morte Natural ou Acidental e Diagnóstico de Câncer de Mama ou Ginecológicos se acumula, ou seja, se depois de paga uma indenização pela cobertura de Diagnóstico de Câncer de Mama ou Ginecológicos, verificar-se a morte da segurada em decorrência do mesmo evento, a seguradora responderá também pela indenização referente à cobertura de morte, observados os termos e disposições das condições contratuais.

**17.3.1.** Após o pagamento de indenização referente à cobertura de diagnóstico de câncer de mama ou ginecológico, respeitado o período cujo prêmio tenha sido integralmente pago, não haverá cobrança de prêmio para esta cobertura, pois a cobertura será excluída.

**17.4.** O(s) beneficiário(s) indicado(s) pela segurada, **além dos documentos descritos nos subitens 17.2.1. e 17.2.2.,** deverão apresentar também os seguintes documentos:

- a) Cópias de RG(s) e CPF(s):
  - i. Na falta do RG, para beneficiário(s) menor(es) de idade poderá(ão) ser enviada(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento. **Independente da idade do(s) beneficiário(s), a(s) cópia(s) das certidão(ões) de nascimento não dispensará(ão) o envio da(s) cópia(s) do(s) CPF(s) dele(s);**



- b) Se o cônjuge for o beneficiário do seguro é necessário o envio da Certidão de Casamento, extraída no cartório após o óbito, **necessária somente** caso o estado civil da segurada seja casada, divorciada, separada ou viúva. Em caso de companheiro(a) é necessária Declaração que comprove união estável ou condição equiparada, firmada em cartório, ou emitida pelo órgão previdenciário ou cópia da declaração de imposto de renda onde consta que o companheiro(a) seja dependente da segurada; e
- c) Cópia do(s) comprovante(s) de residência em nome do(s) beneficiário(s) e indicação de número de telefone para contato:
  - i. Caso o(s) beneficiário(s) seja(m) menor(es) de idade e não tenha(m) comprovante de endereço em seu(s) nome(s);
  - ii. Encaminhar cópia do comprovante de residência do(s) representante(s) legal(is); e
  - iii. Encaminhar declaração assinada por seu(s) representante(s) legal(is), confirmando seu(s) respectivo(s) endereço(s).

**17.4.1. Na falta de beneficiário(s) indicado(s) pela segurada, o(s) beneficiário(s) legal(is), além dos documentos descritos nos subitens 17.2.1. e 17.2.2., deverão enviar à seguradora os seguintes documentos:**

- a) Declaração do(s) herdeiro(s) legal(is) com firma reconhecida em cartório, informando o número total de filhos da segurada, contendo o nome completo e suas respectivas datas de nascimento.

**17.5. A SEGURADORA SE RESERVA NO DIREITO DE SUBMETER A SEGURADA A EXAMES REALIZADOS POR MÉDICO DE SUA INDICAÇÃO PARA CONSTATAR:**

- a) **Em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:** perícia médica para confirmação do grau ou permanência da invalidez;
- b) **Em caso de Acessibilidade física em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:** perícia médica para confirmação do grau ou permanência da invalidez.

**17.6.** As menores de 18 (dezoito) anos deverão ser assistidas por um dos seus pais, e na sua falta, por quem legalmente as represente nos atos da vida civil, mediante apresentação de documentação comprobatória.

**17.7.** No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada à segurada, a seguradora deverá propor à segurada, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação, a constituição de junta médica.

**17.8.** A junta médica de que trata no item anterior, será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pela segurada e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados. **Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pela segurada e pela seguradora.** O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro pela segurada.

- 17.9. O NÃO COMPARECIMENTO DO MÉDICO INDICADO PELAS PARTES SERÁ REGISTRADO EM ATA PELOS MÉDICOS QUE COMPARECEREM, E CASO AS PARTES RESOLVAM REALIZAR NOVA JUNTA, A PARTE QUE IMPOSSIBILITOU A REALIZAÇÃO DA JUNTA DEVERÁ ARCAR COM TODAS AS DESPESAS.**
- 17.10. A RECUSA DA SEGURADA PARA A REALIZAÇÃO DA JUNTA MÉDICA E/OU DA PERÍCIA MÉDICA ENSEJARÁ NO ENCERRAMENTO DO PROCESSO DE SINISTRO SEM INDENIZAÇÃO POR IMPOSSIBILIDADE DA CARACTERIZAÇÃO DE UMAS DAS COBERTURAS CONTRATADAS.**
- 17.11. A SEGURADA ACIDENTADA DEVERÁ RECORRER IMEDIATAMENTE, A SUA CUSTA, AOS SERVIÇOS DE MÉDICOS LEGALMENTE HABILITADOS, SUBMETENDO-SE AO TRATAMENTO EXIGIDO PARA UMA CURA COMPLETA.**
- 17.12. AS DESPESAS EFETUADAS COM A COMPROVAÇÃO DO SINISTRO E DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO CORRERÃO POR CONTA DA SEGURADA OU DE SEU(S) BENEFICIÁRIO(S), SALVO AS DIRETAMENTE REALIZADAS PELA SEGURADORA.**
- 17.13. A segurada, ao fazer contratação do seguro, autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, a empreender visita hospitalar ou domiciliar e a requerer e proceder a exames físicos e complementares. Os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para a segurada por meio de seu médico assistente.**
- 17.14. A seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a liquidação do sinistro, contados da data em que lhe tiverem sido entregues todos os documentos e informações previstas no item 17.2.**
- 17.15. A seguradora se reserva ao direito de solicitar quaisquer documentos ou exames complementares além dos mencionados no item 17.2., mediante dúvida fundada e justificável. Neste caso, será suspensa a contagem do prazo de 30 (trinta) dias de que trata o item 17.14 no caso de solicitação de nova documentação ou informações necessárias para a liquidação de sinistro, voltando a correr, a contagem do prazo a partir do 1º (primeiro) dia útil subsequente àquele em que ocorrer a entrega protocolada do que tiver sido solicitado.**
- 17.16. SERÃO CONSIDERADOS COMO PENDENTES, SEM CONTAGEM DE PRAZO PARA PAGAMENTO, OS PROCESSOS DE SINISTRO COM DOCUMENTAÇÃO INCOMPLETA ATÉ A DATA DO PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DO ÚLTIMO DOCUMENTO EXIGIDO, EM CASO DE DÚVIDA FUNDADA E JUSTIFICÁVEL.**
- 17.17. A NÃO ENTREGA DOS DOCUMENTOS SOLICITADOS, EM ATÉ 90 (NOVENTA) DIAS, SEM QUALQUER JUSTIFICATIVA, ENSEJARÁ NO ENCERRAMENTO DO PROCESSO ADMINISTRATIVAMENTE. O PROCESSO PODERÁ SER REABERTO A QUALQUER TEMPO, MEDIANTE SOLICITAÇÃO DO BENEFICIÁRIO COM A APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS, OBSERVADO O PRAZO PRESCRIONAL PREVISTO EM LEI.**
- 17.18. Será efetuada a atualização dos valores das indenizações a serem pagas desde a data da última atualização aplicada sobre o capital segurado até a data de ocorrência do evento gerador do sinistro, conforme previsto na CLÁUSULA 14 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.**

**17.19. VENCIDO O PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS PARA A REGULAÇÃO DO SINISTRO, APÓS ENTREGA DE TODA A DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÕES SOLICITADAS NESTA CLÁUSULA, AS INDENIZAÇÕES SERÃO ATUALIZADAS DESDE A DATA DO EVENTO PELO IPCA/IBGE - ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, COM BASE NA VARIAÇÃO POSITIVA APURADA ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DA OCORRÊNCIA DO EVENTO, CONFORME DEFINIDO NO ITEM 13.4. DA CLÁUSULA 13 - CAPITAL SEGURADO, E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO.**

**17.19.1.** No caso de extinção do índice pactuado no item 17.19., o índice a ser utilizado será o IGP-M/FGV (Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas) ou outro índice admitido oficialmente que venha a substituí-lo.

**17.20. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 17.19., APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O VALOR DA INDENIZAÇÃO ATUALIZADA, DE 0,25% (VINTE E CINCO CENTÉSIMOS POR CENTO) AO MÊS “PRO RATA TEMPORIS”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO FIM DO PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS PARA REGULAÇÃO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.**

**17.21.** O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios serão feitos independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

**17.22.** A indenização de qualquer uma das coberturas contratadas será paga sob a forma de parcela única, em moeda corrente e em território nacional.

## **CLÁUSULA 18 - BENEFICIÁRIOS**

**18.1.** No caso da ocorrência do evento morte da segurada, a indenização(ões) correspondente(s) à(s) cobertura(s) contratada(s) será(ão) paga(s) sob a forma de parcela única e será devida aos beneficiários indicados pela segurada. Na falta de indicação expressa de beneficiários, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que foi feita sem que haja outro beneficiário indicado, serão beneficiários aqueles designados por lei, ou seja, metade ao cônjuge e o restante aos herdeiros legais, obedecida a ordem de vocação hereditária.

**18.2.** Para efeitos deste seguro, a(o) companheira(o) será equiparado ao cônjuge, caso seja comprovada a união estável e que a segurada era solteira ou separada de fato.

**18.3.** Em caso de falecimento do único beneficiário(a) indicado na proposta de contratação e na apólice de seguro antes do óbito da segurada (premoriência), e não tenha sido indicado novo beneficiário em seu lugar, o capital segurado será pago aos beneficiários legais da segurada, conforme item 18.1.

**18.4.** Em caso de falecimento de um dos beneficiários indicados na proposta de contratação e na apólice de seguro antes do óbito da segurada (premoriência) e não tenha sido indicado novo beneficiário em seu lugar, será aplicada a cláusula de reversão, com a distribuição do capital segurado destinado ao beneficiário pré-morto entre os demais beneficiários indicados, respeitada a proporcionalidade conferida pela segurada a cada um, de forma a preservar a sua manifestação de vontade.

**18.5.** Em caso de falecimento simultâneo da segurada com um dos beneficiários, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro (comoriência), serão aplicadas as mesmas regras dos itens 18.3. e 18.4., preferencialmente a cláusula de reversão, considerando que o beneficiário comoriente não adquire direito ao capital segurado.

- 18.6. EM CASO DE INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIO IMPEDIDO POR LEI OU QUE TENHA PROVOCADO A MORTE DA SEGURADA, OU AINDA, NA IMPOSSIBILIDADE DE PAGAMENTO AO(S) BENEFICIÁRIO(S) INDICADO(S), A(S) PARTE(S) DO CAPITAL SEGURADO QUE CABERIA(M) A ESTE(S) SERÁ(ÃO) PAGA(S) AOS DEMAIS BENEFICIÁRIOS INDICADO(S), EM PARTES PROPORCIONAIS, RESPEITADO O PERCENTUAL ORIGINALMENTE DEFINIDO PELA SEGURADA E, NA FALTA DE OUTROS BENEFICIÁRIOS SERÁ PAGO CONFORME ESTABELECIDO NO ARTIGO 792 DO CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO.**
- 18.7. SE A SEGURADA NÃO RENUNCIAR À FACULDADE, PODERÁ, A QUALQUER TEMPO, SUBSTITUIR O BENEFICIÁRIO, POR ATO ENTRE VIVOS OU DE ÚLTIMA VONTADE, MEDIANTE CONTATO COM O SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE E ENCAMINHAMENTO DE CORRESPONDÊNCIA NOMEANDO OS NOVOS BENEFICIÁRIOS.**
- 18.7.1. O CONTATO COM O SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE NÃO FORMALIZA A SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO E NÃO DISPENSA O ENVIO DE CORRESPONDÊNCIA DEVIDAMENTE ASSINADA.**
- 18.7.2. QUALQUER ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO SOMENTE TERÁ VALIDADE 24 (VINTE E QUATRO) HORAS DA DATA DO PROTOCOLO NA SEGURADORA DA CORRESPONDÊNCIA DEVIDAMENTE ASSINADA PELA SEGURADA.**
- 18.7.3. EM CASO DE NÃO RECEBIMENTO DA FORMALIZAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO, DEVIDAMENTE ASSINADA PELA SEGURADA, A SEGURADORA APLICARÁ A DISTRIBUIÇÃO DO CAPITAL SEGURADO CONFORME A INDICAÇÃO IMEDIATAMENTE ANTERIOR.**
- 18.8. No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Acessibilidade Física em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Diárias de Internação Hospitalar Decorrente de Acidente e Diagnóstico de Câncer de Mama ou Ginecológicos, o beneficiário será a própria segurada.**
- 18.8.1. Se durante a regulação do sinistro ocorrer o óbito da segurada, o valor correspondente a indenização será paga aos beneficiários indicados na apólice.**

## **CLÁUSULA 19 - PERDA DE DIREITOS**

- 19.1. A SEGURADORA NÃO PAGARÁ QUALQUER INDENIZAÇÃO REFERENTE AO PRESENTE SEGURO, NEM RESTITUIRÁ O PRÊMIO DO SEGURO E TERÁ AINDA O DIREITO AO RECEBIMENTO DO PRÊMIO VENCIDO, SE A SEGURADA, SEU(S) PREPOSTO(S), SEU(S) BENEFICIÁRIO(S), SEU CORRETOR OU SEU(S) REPRESENTANTE(S) LEGAL(IS):**
- A) AGRAVAR INTENCIONALMENTE O RISCO;**
  - B) FIZER(EM) DECLARAÇÕES INEXATAS OU OMITIR(EM) CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DA PROPOSTA OU NO VALOR DO PRÊMIO. NESTE CASO, A SEGURADA TAMBÉM FICARÁ OBRIGADA AO PAGAMENTO DO PRÊMIO VENCIDO;**
  - C) FALTAR COM O CUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES AJUSTADAS POR ESTE SEGURO; E**
  - D) NO CASO DE FRAUDE CONSUMADA OU TENTATIVA DE FRAUDE SIMULAR ACIDENTE OU AGRAVAR AS SUAS CONSEQUÊNCIAS.**

- 19.2. SE A INEXATIDÃO OU A OMISSÃO NAS DECLARAÇÕES PREVISTAS NO ITEM 19.1. ALÍNEA “B)” NÃO RESULTAR DE MÁ-FÉ, A SEGURADORA PODERÁ:**
- A) NA HIPÓTESE DE NÃO OCORRÊNCIA DO SINISTRO:**
    - I. CANCELAR O SEGURO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, A PARCELA PROPORCIONAL AO TEMPO DECORRIDO; OU**
    - II. MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA.**
  - B) NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO PARCIAL DO CAPITAL SEGURADO:**
    - I. CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, ACRESCIDO DA DIFERENÇA CABÍVEL, A PARCELA CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO TEMPO DECORRIDO; OU**
    - II. MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA PARA RISCOS FUTUROS.**
  - C) NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO INTEGRAL DO CAPITAL SEGURADO, CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, MEDIANTE COBRANÇA DA DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL.**
- 19.3. A SEGURADA É OBRIGADA A COMUNICAR À SEGURADORA, LOGO QUE SAIBA, DE TODO E QUALQUER INCIDENTE SUSCETÍVEL DE AGRAVAR CONSIDERAVELMENTE O RISCO COBERTO, SOB PENA DE PERDER O DIREITO À COBERTURA, SE PROVADO QUE SILENCIOU DE MÁ-FÉ, CONFORME ARTIGO 769 DO CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO.**
- 19.3.1. COMUNICADA A RESPEITO DE QUALQUER INCIDENTE, A SEGURADORA PODERÁ CANCELAR O SEGURO OU, MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, RESTRINGIR A COBERTURA CONTRATADA OU COBRAR A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL, MEDIANTE COMUNICAÇÃO POR ESCRITO À SEGURADA, DESDE QUE O FAÇA NO PRAZO MÁXIMO DE 15 (QUINZE) DIAS APÓS O RECEBIMENTO DO AVISO DA AGRAVAÇÃO DO RISCO.**
  - 19.3.2. ENTENDE-SE COMO ALTERAÇÃO DE RISCO OCORRÊNCIAS COMO: DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO E NA DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE OU MUDANÇA DE ATIVIDADE/PROFISSÃO DA SEGURADA.**
  - 19.3.3. A RESCISÃO DO SEGURO SÓ SERÁ EFICAZ 30 (TRINTA) DIAS APÓS A NOTIFICAÇÃO, DEVENDO SER RESTITUÍDA A DIFERENÇA DO PRÊMIO, CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO PERÍODO A DECORRER.**

## CLÁUSULA 20 - REGIME FINANCEIRO

- 20.1. Este plano de seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto, não haverá devolução ou resgate de prêmios de seguro à segurada ou ao beneficiário, para a indenização em forma de pagamento único.

## CLÁUSULA 21 - PROPAGANDA E PUBLICIDADE

- 21.1. A propaganda e promoção do seguro, por parte do corretor, somente poderão ser feitas com autorização expressa da seguradora, respeitadas rigorosamente as condições da apólice e as normas de seguro. Fica a seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas respectivas divulgações **por ela expressamente autorizada**.

## CLÁUSULA 22 - PRESCRIÇÃO

- 22.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

## CLÁUSULA 23 - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- 23.1. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
- 23.2. A segurada poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.
- 23.3. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por endosso à apólice, com concordância expressa e escrita da segurada, seu representante ou por seu corretor de seguros.
- 23.4. As condições contratuais deste produto protocoladas pela seguradora na SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), de acordo com o número de processo constante da proposta de contratação.
- 23.5. Este seguro será 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.

## CLÁUSULA 24 - FORO

- 24.1. Fica eleito o Foro da Comarca de domicílio da segurada ou do beneficiário, conforme o caso, com a exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir eventuais litígios decorrentes do presente contrato.
- 24.2. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.