

CONDIÇÕES GERAIS - ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL	2
Glossário de Termos e Definições do Seguro	2
1. Cláusulas e Condições	4
2. Âmbito Geográfico	4
3. Objeto do Seguro	4
4. Objetivo das Garantias Básicas	4
5. Conceito de Invalidez por Acidente	5
6. Riscos Excluídos	6
7. Aceitação do Seguro	7
8. Vigência e Renovação da Apólice	7
9. Início da Garantia Individual de Cada Segurado	8
10. Designação e Alteração de Beneficiário(s)	8
11. Capital Segurado Individual	8
12. Atualização do Capital Segurado Individual	9
13. Atualização das Obrigações Decorrentes do Contrato de Seguro	9
14. Prêmio Mensal, Cálculo e Recálculo	9
15. Pagamento do Prêmio	9
16. Suspensão e Reabilitação das Garantias	11
17. Cessação dos Efeitos do Seguro em Decorrência de Rescisão do Contrato e Cancelamento da Apólice	11
18. Ocorrência de Sinistros	11
19. Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro	12
20. Transformação da Indenização em Renda	13
21. Perda de Direito à Indenização	13
22. Cancelamento do Seguro	13
23. Material de Divulgação	14
24. Transferência de Direitos	14
25. Ratificação	14
26. Prescrição	14
27. Foro Contratual	14
CONDIÇÕES ESPECIAIS	14
Garantia Adicional de Despesas Médico-Hospitalares (DMH)	14
1. Objetivo da Garantia	14
2. Caracterização	14
3. Riscos Excluídos	14
4. Livre Escolha	15
5. Franquia	15
6. Comprovação das Despesas	15
7. Pagamento do Reembolso	15
8. Reintegração do Capital Segurado	15
9. Acumulação de Indenizações	15
10. Disposições Gerais	15
LIBERTY SORTEIO - GRATUITO	16
Do Sorteio de Prêmio em Dinheiro	16
LIBERTY ASSISTÊNCIA VIAGEM - SERVIÇO ADICIONAL	16
Objetivo	16
Descrição	16
Contratação	17
Coberturas	17
Abrangência das Coberturas	18
Limitações do Seguro	18

GLOSSÁRIO DE TERMOS E DEFINIÇÕES DO SEGURO:

- **Acidente** - Acontecimento imprevisto e involuntário, não caracterizado por ato doloso ou ato ilícito do Segurado, do qual resulta um dano causado a pessoa do Segurado.
- **Acidente Pessoal** - É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e 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, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:
 - a) **Incluem-se nesse conceito:**
 - a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparada, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
 - a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
 - a.3) os acidentes decorrentes de escapamento de acidental de gases e vapores;
 - a.4) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e
 - a.5) 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:**
 - b.1) 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 visível causado em decorrência de acidente coberto;
 - b.2) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
 - b.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médica-científica, bem como as conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
 - b.4) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência e assemelhadas, como "invalidez previdenciária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.
- **Agravamento do Risco** - É uma circunstância que após à contratação do seguro, aumenta a probabilidade de ocorrência de sinistro, independente ou não da vontade do Segurado.
- **Apólice** - É o documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais.
- **Aviso de Sinistro** - É a comunicação à Seguradora da ocorrência de evento coberto, conforme previstos nas Condições Gerais e/ou Condições Especiais.
- **Ato Doloso** - É o ato intencional, mediante ação ou omissão, com características de dolo, no qual fica demonstrado que o agente que o praticou - (Segurado, seu beneficiário ou o representante de um ou de outro) - quis o resultado ou assumiu o risco de produzi-lo com o objetivo de fraudar o contrato de seguro.
- **Beneficiário** - É a pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro.
- **Boa-Fé** - É a boa intenção, isenta de dolo ou engano, com que uma pessoa física ou jurídica realiza o contrato de seguro, sendo o pressuposto indispensável para a existência, execução, validade e contratação do seguro.
- **Capital Segurado** - É o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.
- **Certificado Individual do Seguro** - É o documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.
- **Cobertura** - É a garantia prometida pela Seguradora no sentido de cobrir os riscos predeterminados contratados com o Segurado, mediante pagamento do capital segurado, com base nos valores e condições pactuadas no Contrato de Seguro.
- **Condições Gerais** - É o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade seguradora, dos segurados, dos beneficiários, e quando couber, do estipulante.
- **Condições Especiais** - É conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.
- **Condições Contratuais** - É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual do seguro.

- **Corretor de Seguros** - É o profissional habilitado e autorizado a angariar e promover contratos de seguros, remunerados mediante comissões estabelecidas nas tarifas. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site da www.susep.gov.br, por meio do seu número de registro na SUSEP - Superintendência de Seguros Privados, nome completo, CNPJ ou CPF.
- **Declaração Pessoal de Saúde** - É o documento formal e legal, incluso na proposta de adesão, em que o proponente a ser Segurado presta informações sobre as suas condições de saúde.
- **Doenças ou Lesões Preexistentes** - São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo segurado anteriormente à data da contratação do seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento na data da contratação de seguro.
- **Endosso** - É o documento emitido pela Sociedade Seguradora, acessório ao contrato de seguro, que formaliza toda e qualquer alteração na Apólice, durante sua vigência, implicando em modificação de dados, condições ou objeto do contrato de seguro ou sua transferência para outrem. Uma vez anexado à Apólice, o Endosso passa a prevalecer sobre as condições originais do contrato.
- **Evento Coberto** - É o acontecimento incerto e futuro, de natureza súbita e imprevisível, em decorrência de acidente pessoal ou doença, ocorrido durante a vigência do Contrato de Seguro e capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora.
- **Franquia** - É a participação obrigatória do Segurado em caso de sinistro, e que será aplicada sobre o total de prejuízos indenizáveis.
- **Médico Assistente** - É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados para exercer a prática da medicina.
- **Nota Técnica Atuarial** - É o documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente a comercialização.
- **Período de Avaliação do Risco** - É o período de 15 dias corridos que mediará entre a data do recebimento da Proposta de Seguro pela Seguradora e sua expressa aceitação ou recusa em assumir o risco.
- **Plano** - Grupo de Garantias diferenciadas, estabelecidos no **item 02** destas Condições Gerais.
- **Período de Carência** - É o período contado a partir do início de vigência do seguro, do aumento do capital ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência de sinistro, o Segurado ou o(s) Beneficiário(s) não terão direito à receber os capitais segurados contratados.
- **Prêmio do Seguro** - É o valor pago pelo Segurado, à Liberty Paulista Seguros S/A, para que esta assuma a responsabilidade pelas Garantias contratadas.
- **Prêmio Comercial** - Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos e custo de emissão de apólice, se houver.
- **Prêmio Puro** - Valor corresponde ao prêmio pago, excluindo-se os carregamentos, impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.
- **Processo SUSEP** - É o registro deste plano na SUSEP, porém não implica por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
- **Profissionais Liberais ou Autônomos** - São aqueles que contribuem com a Previdência Privada (INSS) e recebem pagamentos por prestação de serviços sem qualquer vínculo empregatício, sendo esta a forma principal de seus rendimentos.
- **Proponente** - É o interessado em contratar a(s) cobertura(s) securitária(s).
- **Proposta de adesão** - É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção em aderir à contratação individual, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- **Proposta de Contratação** - Documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- **Reintegração** - É a manutenção do valor da importância segurada garantida pelo contrato, feita ou não através do pagamento de prêmio adicional.
- **Regime Financeiro de Repartição Simples** - É aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados neste mesmo período.
- **Regulação do Sinistro** - São os procedimentos realizados pela Seguradora para apuração e exame das causas e circunstâncias que caracterizaram o sinistro e, em face dessas verificações, concluir sobre a sua cobertura, bem como se o Segurado cumpriu as suas obrigações legais e contratuais.

- **Riscos Excluídos** - São aqueles riscos, previstos nas condições gerais e/ou especiais que não serão cobertos pelo presente contrato de seguro.
- **Seguradora** - É a **Liberty Paulista Seguros S/A**, registrada no CNPJ sob o nº 61.550.141/0001-72, que assume os riscos inerentes às garantias deste contrato de seguro, nos termos da legislação vigente, nas condições gerais deste contrato e demais normas aplicadas ao setor.
- **Segurado Principal:** é a pessoa que mantém vínculo direito com a Seguradora.
- **Seguro** - Contrato em que a **Liberty Paulista Seguros S/A** se obriga com o Estipulante a indenizar os Segurados, mediante recebimento de uma importância (Prêmio), em caso de ocorrência de evento coberto.
- **Sinistro** - É a ocorrência do risco coberto, durante a vigência do plano de seguro.
- **Susep - Superintendência de Seguros Privados:** Autarquia Federal fiscalizadora e reguladora das entidades do mercado securitário.
- **Suspensão** - É a interrupção da cobertura do seguro por falta de pagamento de prêmio.
- **Termo Inicial** - Entende-se pela data em que se inicia o prazo a ser obedecido pela Seguradora para realizar a regulação do sinistro. O termo inicial passará a fluir a partir do momento em que a Seguradora for detentora de todas as informações e documentos necessários ao processo regulatório do sinistro, solicitados ao Segurado.
- **Vigência do Contrato de Seguro** - É o período no qual a Apólice de Seguro está em vigor.
- **Vigência da Cobertura Individual** - É o período em que o seguro está coberto pelas garantias previstas no Contrato de Seguro.

1. CLÁUSULAS E CONDIÇÕES

Das Declarações do Segurado

1.1. As declarações do Segurado junto à Seguradora serão revestidas, obrigatoriamente, da mais estrita boa-fé, exatidão, veracidade e, principalmente, da totalidade de circunstâncias envolvidas para a correta avaliação do risco e justa fixação do prêmio.

2. ÂMBITO GEOGRÁFICO

O âmbito geográfico das coberturas será em todo Globo Terrestre, salvo disposição em contrário discriminados nas Condições Contratuais ou no Certificado Individual do Seguro.

2.1. Quando for o caso, eventuais encargos de tradução, referentes ao reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da Seguradora, o qual deve ser realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecida, atualizado monetariamente nos termos da legislação.

3. OBJETO DO SEGURO

O presente seguro abrange, obrigatoriamente, uma de suas Garantia Básicas, para os eventos cobertos e ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, durante o período de vigência da Apólice, mediante o pagamento do prêmio correspondente e dentro dos limites especificados nas Condições Contratuais, a saber:

3.1. **Garantia Básica de Morte Acidental (MA)** do Segurado, que tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s) indicado(s) pelo Segurado.

3.1.1. **Garantia Básica Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)** do Segurado e paga ao próprio Segurado.

3.2. **Garantias Adicionais:** quando contratada(s) e expressamente incluída(s) na Apólice, este seguro também terá por objetivo o pagamento do Capital Segurado, ao próprio Segurado, quando relativo à:

3.2.1. **Garantia Adicional de Despesas Médico-Hospitalares (DMH):** garante o reembolso de despesas médicas e hospitalares efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos trinta primeiros dias contados da data do acidente pessoal. O capital segurado desta cobertura equivale a 10% do capital de Morte Acidental, limitado em R\$ 3.000,00.

3.3. Quando for o caso, eventuais encargos para a tradução, referentes ao reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da Seguradora o qual deve ser realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecida, atualizado monetariamente nos termos da legislação.

4. OBJETIVO DAS GARANTIAS BÁSICAS

Especificaremos a seguir todas as coberturas do produto Liberty Acidentes Pessoais Individual, disponíveis para contratação, mas verifique na sua apólice as coberturas realmente contratadas.

4.1. Morte Acidental (MA)

Garantir ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do valor do Capital Segurado contratado, na ocorrência da Morte Acidental, sendo considerado

o valor vigente na data do acidente, excluídos os casos constantes do item 6.1, e respeitado o disposto nestas Condições Gerais, Contratuais e as disposições legais aplicáveis.

4.1.1. A data do evento para efeito de determinação do Capital Segurado é a data da ocorrência do falecimento do Segurado.

4.2. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)

Garantir o pagamento de valor proporcional ao valor do Capital Segurado para o Segurado que, durante o período de vigência desta Garantia, ficar permanentemente inválido, total ou parcialmente, em consequência de acidente pessoal diretamente responsável pela invalidez, e desde que o médico assistente do Segurado, após a utilização de todos os recursos médico-terapêuticos disponíveis na oportunidade, considere o tratamento encerrado e ateste que a invalidez é irreversível.

4.2.1. A data do evento para efeito de determinação do Capital Segurado é a data da ocorrência do acidente.

5. CONCEITO DE INVALIDEZ POR ACIDENTE

Como INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE entende-se a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, sentido ou função do corpo, de elementos anatômicos, em virtude de lesão física, causada por acidente.

5.1.1. **Após 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 deve pagar ao próprio Segurado uma indenização, estipulada de acordo com “TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE”, constante no subitem 5.1.11. destas Condições Gerais.**

5.1.2. Na perda parcial, ficando reduzida(s) a(s) função(ões) do(s) membro(s) ou órgão(s) lesado(s), a indenização será calculada pela aplicação do grau de redução funcional apresentado sobre a percentagem prevista na tabela para sua perda total. O percentual final apurado será aplicado ao Capital Segurado correspondente à cobertura de invalidez.

5.1.3. **Na falta de indicação de percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau de redução - máximo, médio e mínimo -, a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75%, 50% e 25% respectivamente.**

5.1.4. Nos casos não especificados na Tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

5.1.5. Quando o mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento); da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder a indenização prevista para sua perda total.

5.1.6. A perda ou maior redução de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito à indenização, salvo quando previamente declarado na proposta de Seguro ou em adendo à mesma, caso em que se deduzirá do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente.

5.1.7. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito a indenização por invalidez permanente.

5.1.8. A Invalidez Permanente deve ser comprovada com a apresentação à Seguradora de declaração Médica.

5.1.9. **As indenizações por MORTE e INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE não se acumulam.** Se, depois de paga uma indenização por INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo evento, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de Morte, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de Morte.

5.1.10. Após cada acidente o Capital Segurado relativo a esta garantia será reintegrado automaticamente sem cobrança de prêmio adicional.

5.1.11. TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE IMP. SEG.
INVALIDEZ PERMANENTE 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 mão e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL (DIVERSAS)	%
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 PARCIAL DE 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 PARCIAL DE 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 parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma das falanges do 1º dedo, indenização equivalente a 1/2, 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) centímetro	6
• menos de 3 (três) centímetros:	sem indenização

6. RISCOS EXCLUÍDOS

6.1. Estão expressamente excluídos de todas as cobertura previstas neste Contrato de Seguro os eventos ocorridos em consequência:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como contaminação radiativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) ato de operação de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha ou revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou qualquer perturbações da ordem pública e delas decorrentes exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem;
- c) direta ou indireta de quaisquer alterações mentais conseqüentes do uso do álcool, de drogas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas;
- d) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- e) qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências;
- f) o parto ou aborto e suas conseqüências;
- g) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamento, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- h) suicídio, ou a sua tentativa, nos primeiros 2 (dois) anos, contados a partir do início da vigência individual do Seguro ou da data de sua recondução, caso sejam suspensas às Garantias ou cancelamento do Seguro por falta de pagamento;
- h1) Este seguro está estruturado sob o Regime Financeiro de Repartição Simples, impossibilitando, tecnicamente, a devolução de prêmio ou reserva caso ocorra suicídio durante o período de exclusão da cobertura;
- i) O choque anafilático e suas conseqüências;
- j) Danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com toda documentação hábil,

- acompanhada de laudo que caracterize a natureza do atentado, independentemente do seu propósito, e desde que tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade competente;
- l) morte do Segurado provocado por epidemia declarada pela autoridade competente;
 - m) indenizações ou prejuízos decorrente de acordo ou condenação judicial por Danos Morais;
 - n) prejuízos decorrentes de Lucros Cessantes;
 - o) danos causados por atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticado pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro.

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

7.1. Somente poderão ser incluídos no Seguro, os proponentes/segurados que na data estabelecida para início de vigência do risco estiverem:

- a) em boas condições de saúde; e,
- b) tenham idade dentro dos limites estabelecidos nas Condições Contratuais da Apólice na data do início da vigência individual do Segurado.

7.2. A inclusão dos proponentes no contrato de seguro far-se-á mediante o preenchimento e assinatura da proposta de adesão que, sob pena ser declinado o risco, deverá conter:

- a) dados pessoais;
- b) CPF e, na falta deste, outro documento identificador de âmbito nacional;
- c) declaração ou prova de saúde;
- d) declaração de conhecimento prévio das condições gerais do presente contrato;
- e) Indicação de seu(s) Beneficiário(s).

7.3. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para se manifestar sobre a Proposta de Seguro, assinada pelo Proponente, Segurado ou seu representante legal e pelo Corretor do Seguro, na qual deverão constar, obrigatoriamente, entre outros dados, os elementos essenciais do Segurado, dos Beneficiários e do objeto do contrato de seguro. A Seguradora poderá exigir a apresentação de Declaração de Saúde do Segurado.

7.4. Recebido a Proposta de Seguro com todos os dados exigíveis, o mesmo será integralmente aceito, abrangendo todas as Garantias, caso a Seguradora sobre ele não se manifeste formalmente ao Proponente e ao Estipulante, no prazo de 15 (quinze) dias contados do seu recebimento, explicitando o(s) motivo(s) da recusa.

7.5. No prazo de 15 (quinze) dias, a Seguradora poderá solicitar a apresentação de novos documentos ou informações, complementares ou explicativas às contidas na Proposta de Seguro. A contagem do prazo voltará a correr às 24 (vinte e quatro) horas da data em que for protocolada a entrega da documentação solicitada.

7.6. A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez durante o prazo previsto no item 7.3.

7.7. No caso de não aceitação da Proposta de Seguro a Seguradora, no prazo de 15 (quinze) dias, deverá comunicar por escrito ao Segurado informando de forma clara e objetiva o motivo da recusa.

7.8. O início de vigência do risco individual, será o estabelecido abaixo:

- a) os certificados ou endossos terão seu início e término de vigência às 24 horas das datas para tal fim neles indicados;
- b) para as propostas recepcionadas sem o pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a data de aceitação da proposta de adesão ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e indicada nas Condições Contratuais da Apólice;
- c) para as propostas recepcionadas com o pagamento de prêmio, total ou parcial, o início de vigência às 24 horas da data em que a Seguradora receber a proposta assinada pelo Proponente/Segurado ou seu representante legal e pelo corretor de seguros.

8. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

8.1. A Apólice terá seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas da(s) data(s) definida(s) nas Condições Contratuais da Apólice ou, inclusive, as datas constantes no certificado individual do seguro e endossos correspondentes.

8.2. A Seguradora providenciará a emissão da Apólice ou do endosso no prazo de 15 (quinze) dias úteis, a partir da data da aceitação da proposta.

8.3. Para as propostas de seguro recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a data de aceitação da proposta ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e indicada nas Condições Particulares da Apólice.

8.4. As propostas de seguros recepcionadas com adiantamento do prêmio, total ou parcial, terão seu início de vigência às 24 horas da data em que a Seguradora receber a proposta assinada pelo Segurado, Proponente ou seu representante legal.

8.5. A Apólice poderá ser renovada automaticamente, uma única vez, pelo mesmo período, salvo se ocorrer uma das situações previstas no item 22 - Cancelamento do Seguro destas Condições Gerais.

8.6. A renovação automática a que se refere este item não se aplica aos segurados ou à Seguradora que comunicarem desinteresse na continuidade do contrato, caso avisem, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data do final de vigência contrato, a inexistência de interesse na sua renovação.

8.7. Feita uma renovação automática, as renovações seguintes deverão ter anuência expressa do Segurado.

8.8. Após a primeira renovação automática, o Segurado, seu representante e/ou o corretor de seguros deverá enviar à Seguradora pedido de renovação até 30 (trinta) dias antes do termo final da vigência deste contrato.

8.9. A Seguradora fornecerá ao proponente, seu representante e /ou o corretor de seguros, protocolo que identifique o pedido/proposta de renovação por ela recepcionado, com indicação da data e hora de seu recebimento.

8.10. À proposta de renovação se aplicam os mesmos prazos e procedimentos de aceitação indicados no item 7 - Aceitação do Seguro destas Condições Gerais

9. INÍCIO DA GARANTIA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO

9.1. O início de vigência do risco individual, desde que aceita a Proposta de Adesão, conforme item 7 - Aceitação do Seguro , será o seguinte:

- a) os certificados individuais ou endossos terão seu início e término de vigência às 24 horas das datas para tal fim indicadas;
- b) para a proposta de adesão ou pedido de endosso sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a data de aceitação da proposta ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e indicada nas Condições Contratuais da Apólice;
- c) para a proposta de adesão ou pedido de endosso recepcionado com adiamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, desde que aceita a proposta de adesão, **conforme item 7 - Aceitação de Seguro**, o início de vigência do risco individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção da proposta pela Sociedade Seguradora.

9.2. No início de cada vigência Individual do Seguro, bem como nos aniversários subseqüentes, a Seguradora providenciará a emissão do Certificado Individual do Seguro, com os nomes do Segurado , início e final de vigência do seguro, Capital Segurado e Prêmio de cada garantia, entre outros.

10. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S)

10.1. É facultado ao Segurado indicar livremente o(s) Beneficiário(s). Na falta da indicação de Beneficiário(s), aplicar-se-á, para efeito de pagamento do Capital Segurado, o disposto no art. 792 do Código Civil Brasileiro.

“Art. 792 - Na falta de indicação de pessoa ou de Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária”.

Parágrafo Único - Na falta das pessoas indicada neste artigo, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência”.

10.2. Para fins deste dispositivo, a(o) companheira(o) será equiparada(o) à(ao) esposa(o), nos casos admitidos pela lei Civil, observado o disposto no artigo 793 do Código Civil Brasileiro

10.3. Para efeito de pagamento de indenização do seguro, com quem o(a) Segurado(a) mantenha relações não eventuais e com quem esteja impedido de casar está legalmente inibido(a) de figurar como Beneficiário(a), de acordo com o artigo 793 do Código Civil Brasileiro, que dispõe:

“ Art. 793 - é válida a instituição do Companheiro como Beneficiário, se ao tempo do contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato”

10.4. É facultado ao Segurado, em qualquer época, substituir o(s) seu(s) Beneficiário(s), mediante comunicação por escrito à Seguradora, devidamente assinada e protocolada pela Seguradora, por intermédio do Estipulante.

10.5. Qualquer mudança de Beneficiário(s), desde que respeitada a formalidade acima, entrará em vigor a partir da data em que for recebida pela Seguradora, sob protocolo.

10.6. Caso o Segurado não de ciência à Seguradora da substituição de seu(s) Beneficiário(s) na forma prevista no subitem anterior, a Seguradora desobrigar-se-á pagando o Capital Segurado ao(s) antigo(s) Beneficiário(s).

11. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

Para fins deste seguro, Capital Segurado é a importância máxima a ser paga ou reembolsada em função do valor estabelecido para a(s) Garantia(s) Básica(s), vigente na data do evento.

11.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado:

- a) na Garantia Básica, a data do acidente; e
- b) nas Garantias Adicionais e Cláusulas Suplementares, as definidas em cada uma das Garantias Adicionais ou Cláusulas Suplementares que forem contratadas pelo Segurado/Proponente ou seu representante legal.

12. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

12.1. O Capital Segurado Individual e o prêmio do seguro serão atualizados monetariamente a cada ano com base no índice indicado no subitem 13.1.1.

13. ATUALIZAÇÃO DAS OBRIGAÇÕES DECORRENTES DO CONTRATO DE SEGURO

13.1. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

13.1.1. Para efeito de atualização monetária será utilizado o índice IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

13.1.1.1. Na falta, extinção ou proibição do uso do índice definido, a atualização monetária terá por base índice que vier a substituí-lo.

13.1.1.2. A atualização será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

13.1.2. Os juros de mora pactuados no caso de descumprimento contratual será fixado no percentual máximo de 2% (dois por cento) ao mês.

13.2. Os valores devidos a título de devolução de prêmios sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice estabelecido acima, a partir da data em que se tornarem exigíveis:

- a) no caso de cancelamento do contrato: a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora;
- b) no caso de recebimento indevido de prêmio: a partir da data de recebimento do prêmio;
- c) no caso de recusa da Proposta de Seguro ou Proposta de Adesão: a partir da data de formalização da recusa, se ultrapassado o prazo de 10 (dez) dias.

13.3. Os demais valores, das obrigações pecuniárias da Seguradora, incluindo as indenizações, sujeita-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido acima, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária, a partir da data de exigibilidade. A critério da Seguradora, a atualização poderá ser aplicada a partir da data de exigibilidade, mesmo que a obrigação tenha sido paga dentro do prazo previsto. Considera-se data de exigibilidade a data de ocorrência do evento;

13.3.1. Os valores relativos às obrigações pecuniárias serão acrescidos de multa, quando prevista nas Condições Contratuais/Especificação da Apólice de juros moratórios, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado em contrato para esse fim. Os juros moratórios, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado em contrato, devem utilizar a taxa estipulada acima, sendo que na sua falta, serão equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional.

14. PRÊMIO MENSAL, CÁLCULO E RECÁLCULO

14.1. O prêmio mensal de cada Segurado é o produto da taxa indicada nas Condições Contratuais da Apólice pelo respectivo capital da Garantia Básica de cada Segurado ou prêmio pré-determinado.

14.1.1. Segundo as definições acima a Seguradora poderá, com a periodicidade definida nas Condições Contratuais, recalculer a taxa e alterar o faturamento dos prêmios mensais se a natureza dos riscos do seguro tornar-se inviável ou prejudicar o equilíbrio financeiro-atuarial do presente contrato.

15. PAGAMENTO DO PRÊMIO

15.1. A cobrança do prêmio à vista ou parcelado será efetuado por meio de documento emitido pela Seguradora, do qual deverão constar, no mínimo, os seguintes elementos, independentemente de outros que sejam exigidos pela regulamentação em vigor:

- a) nome do Segurado;
- b) valor do prêmio;
- c) data de emissão;
- d) número da Apólice e proposta de seguro;
- e) data limite para o pagamento.

Quando a periodicidade de pagamento do prêmio for anual, o capital segurado deverá ser atualizado até a data do evento gerador, com base no índice previsto no subitem 13.1.1.

15.1.1. A Seguradora encaminhará o documento a que se refere o subitem 15.1. diretamente ao Segurado ou seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.

15.2. Qualquer que seja a forma de pagamento do prêmio adotada, ficará a Seguradora obrigada a manter registro das datas das operações realizadas.

15.3. O pagamento do prêmio será feito à Seguradora através da rede bancária, cartão de crédito ou outras formas admitidas em lei.

15.3.1. Quando o pagamento for efetuado através da rede bancária, além das informações mínimas a que se refere o item 15.1., deverão constar do documento de cobrança o número da conta corrente da Seguradora, o nome e respectiva agência do banco receptor e, se for o caso, a indicação de que o prêmio poderá ser pago em qualquer agência do mesmo ou de outros bancos.

15.4. Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil seguinte.

15.5. Caso o plano preveja o fracionamento do prêmio, o critério adotado será o seguinte:

15.5.1. Não será permitida a cobrança de nenhum valor adicional a título de custo administrativo de fracionamento.

15.5.2. Deverá ser garantido ao Segurado, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a conseqüente redução proporcional dos juros pactuados.

15.5.3. Os prêmios serão pagos em parcelas sucessivas, não podendo a primeira parcela ser paga em prazo superior a 30 dias, contados da emissão da Apólice, endosso ou aditivo, bem como a data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar a vigência desta Apólice.

15.5.4. Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subseqüentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada, no mínimo, a fração prevista na tabela de prazo curto especificada a seguir:

Relação % entre a Parcela de Prêmio paga e o Prêmio Total da Apólice	Fração a ser aplicada sobre a Vigência Original	Relação % entre a Parcela de Prêmio paga e o Prêmio Total da Apólice	Fração a ser aplicada sobre a Vigência Original
5	4/365	46	105/365
7	7/365	50	120/365
10	10/365	56	135/365
13	15/365	60	150/365
17	20/365	66	165/365
19	25/365	70	180/365
20	30/365	73	195/365
23	35/365	75	210/365
25	40/365	78	225/365
27	45/365	80	240/365
28	50/365	83	255/365
29	55/365	85	270/365
30	60/365	88	285/365
33	65/365	90	300/365
36	70/365	93	315/365
37	75/365	95	330/365
38	80/365	98	345/365
39	85/365	100	365/365
40	90/365		

15.5.5. Para percentuais não previstos no subitem 15.5.4. deste artigo, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

15.5.6. A Seguradora deverá informar ao Segurado ou ao seu representante legal, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, conforme item 15.5.4. acima.

15.5.7. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos no item 13- Atualização das Obrigações decorrentes do Contrato de Seguro destas Condições Gerais ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da Apólice, ocorrendo o pagamento dentro do novo prazo de vigência ajustada.

15.5.8. Findo o novo prazo de vigência da cobertura proporcional referida neste artigo, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, operará de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro, desde que haja expressa previsão contratual neste sentido.

15.5.9. No caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de prazo curto não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura, a Seguradora irá suspender sua vigência, sendo vedada a cobrança de prêmio pelo período de sua suspensão em caso de restabelecimento do contrato.

15.5.10. Respeitado o disposto neste artigo, quando o pagamento do prêmio for efetuado por meio de carnê, neste deverão constar, obrigatoriamente, as seguintes informações, quando for o caso:

- “a falta de pagamento da primeira parcela implicará o cancelamento da Apólice”;
- “a falta de pagamento de qualquer uma das demais parcelas subseqüentes à primeira poderá implicar o cancelamento da Apólice, nos termos da cláusula de fracionamento de prêmio constante das condições contratuais do seguro”.

15.5.11. O disposto neste artigo não se aplica aos planos cujo custeio do prêmio se dê sob a forma mensal.

15.6. A Seguradora providenciará aviso alertando a inadimplência, no prazo máximo de 30 dias contados da primeira parcela não paga.

15.6.1. Neste caso, quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vincendas do prêmio deverão ser deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento.

15.7. Fica vedado o cancelamento do seguro cujo prêmio tenha sido pago à vista, mediante financiamento obtido junto a instituições financeiras, nos casos em que o Segurado deixar de pagar o financiamento.

15.8. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que o pagamento tenha sido realizado, o direito à indenização não ficará prejudicado.

15.9. Decorridos os prazos de vencimento, sem que tenha sido quitado o respectivo documento de cobrança, o contrato ou aditamento a ele referente ficará automaticamente, e de pleno direito, suspenso por 60 (sessenta) dias, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela de prêmio já paga.

15.10. Será admitida a reabilitação da Garantia do Seguro antes que se completem, no máximo, 1 (uma) parcela mensal em atraso, desde que não seja ultrapassado o prazo concedido pela Seguradora para quitação da(s) parcela(s) em atraso(s), observadas as condições estabelecidas no item 16 - Suspensão e Reabilitação das Garantias e subitens.

15.11. Este seguro está estruturado sob Regime Financeiro de Repartição Simples, que não contempla o resgate ou a devolução de prêmio(s) pago(s) pelo(s) Segurado(s) ou Estipulante.

16. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DAS GARANTIAS

Ficarão suspensas as Garantias do seguro na falta de pagamento do prêmio do seguro, seja pela não quitação da fatura ou do carnê, seja pela inexistência de saldo suficiente na conta-corrente indicada na proposta de Seguro, por um período de até 30 (trinta) dias, contados a partir do primeiro dia após o vencimento do prêmio em atraso.

16.1. Durante o período de suspensão e desde que não tenha ocorrido sinistro, poderá ser solicitado por escrito pelo segurado o restabelecimento do contrato de seguro, observado a seguinte condição:

16.1.1. Durante o período de suspensão, a Seguradora estará isenta de responsabilidade quanto ao pagamento do Capital Segurado da(s) Garantia(s) deste seguro.

16.1.2. As garantias do seguro serão restabelecidas, a partir das 24 horas do 1º (primeiro) dia subsequente ao do efetivo pagamento.

16.1.3. A Seguradora, se aceitar a solicitação, reabilitará o seguro sem cobrança de prêmio proporcional ao período de suspensão e estará isenta de responsabilidade quanto ao pagamento do Capital Segurado, relativo a(s) Garantia(s) contratada(s), dentro deste período, desde que estabelecido nas Condições Especiais/Contratuais da Apólice, com assinaturas dos contratantes.

17. CESSAÇÃO DOS EFEITOS DO SEGURO EM DECORRÊNCIA DE RESCISÃO DO CONTRATO E CANCELAMENTO DA APÓLICE

17.1. Este Contrato de Seguro poderá ser rescindido a qualquer tempo, com o conseqüente cancelamento de sua respectiva Apólice, mediante acordo entre as Partes contratantes (Seguradora e Segurado).

17.2. Independentemente de acordo, a rescisão poderá ser solicitada:

- a) pelo Segurado, a qualquer tempo;
- b) pela Seguradora;
- b1) Quando da inobservância pelo Segurado de quaisquer obrigações previstas neste Contrato de Seguro e respectiva Apólice.

17.3. Em qualquer um dos casos acima, a rescisão do Contrato de Seguro com o cancelamento da respectiva Apólice deverá ser comunicada, por escrito, aos interessados, com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

18. OCORRÊNCIA DE SINISTROS

18.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, deverá(ão) o(s) Beneficiário(s), informar imediatamente o sinistro e comprovar satisfatoriamente a sua ocorrência, por meio dos documentos básicos listados no item 19 - Relação de documentos para Liquidação do Sinistro, bem como esclarecer todas as circunstâncias a ele relacionadas.

18.2. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento do Capital Segurado devido pelo presente Contrato de Seguro, contados a partir do recebimento pela Seguradora de toda documentação que comprovem a ocorrência de Sinistro coberto pela Apólice e os prejuízos indenizáveis

18.3. Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar ao(s) Beneficiários(s) ou Segurado outros documentos além daqueles estabelecidos no item 19 - Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro e seus subitens, inclusive informações ou esclarecimentos complementares, neste caso, o prazo mencionado no subitem 18.2. será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento

pela Seguradora destes documentos e informações ou esclarecimentos.

18.4. Não respeitado o prazo previsto no subitem 18.2. os valores devidos serão acrescidos de juros moratórios e atualização monetária conforme definido no item 13 - Atualização das Obrigações Decorrentes do Contrato de Seguro, aplicados a partir da data do evento até a data do efetivo pagamento

18.5. O pagamento será feito por meio de crédito em conta, ordem de pagamento ou cheque nominativo, pagável no domicílio ou praça indicada pelo (s) Beneficiário(s) ou Segurado, no aviso de sinistro.

18.6. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e os documentos necessários correrão por conta do interessado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora

19. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

19.1. Os documentos abaixo indicados são imprescindíveis para o procedimento de regulação de sinistro. Assim, deverão ser encaminhados à Seguradora os documentos, originais ou cópias autênticas, para conclusão do procedimento administrativo:

19.2. Para Cobertura Básica Morte Acidental

19.2.1. Formulário

a) Aviso de sinistro.

19.2.2. Documentos do Segurado

- a) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- b) Cópia da carteira de Identidade, do CPF e do comprovante de residência do Segurado;
- c) Declaração médica indicando causa mortis com firma reconhecida;
- d) Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), quando for o caso;
- e) Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
- f) Radiografias e exames médicos do Segurado (quando houver);
- g) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial,
- h) Declaração do Hospital onde a vítima foi atendida, quando for o caso;
- i) Conclusão do Inquérito Policial, caso não esteja concluído, suas peças processuais, tais como portarias, declarações de familiares do Segurado e depoimentos de testemunhas arroladas, sendo que a falta do documento citado no item anterior não será causa de indeferimento para o pagamento do Capital Segurado, sendo que em caso de dúvida fundada e justificada a Seguradora promoverá a consignação em pagamento.
- j) Certidão de Registro de Ocorrência Policial
- l) Cópia do Laudo do IML, incluindo resultados dos exames de dosagem alcoólica e/ou toxicológica, se realizado ;
- m) Cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização.

19.3. Para Invalidez Total ou Parcial por Acidente, além dos documentos acima mencionados, incluir:

a) Atestado de alta médica definitiva, discriminando as seqüelas deixadas pelo acidente, se o Segurado encontrava-se em tratamento quando da entrega do aviso de sinistro.

19.4. Documentos do(s) Beneficiário(s)

Os Beneficiários das indenizações previstas deverão comprovar, tal condição, mediante apresentação dos seguintes documentos:

- a) Cópia da carteira de Identidade, do CPF e do comprovante de residência do(s) Beneficiário(s), quando maior (es) de 18 (dezoito) anos, ou Certidão de Nascimento, quando menor(es) de 18 anos;
- b) Cópia do termo de Curatela, Alvará Judicial no caso de Beneficiário(s) incapaz(es);
- c) Em caso de Companheiro(a), além dos documento indicados na **letra "a"** deste **subitem**, providenciar cópia da Cédula de Identidade, da anotação na Carteira de Trabalho ou Comprovante de Dependente do INSS ou no Imposto de Renda ou Declaração de duas testemunhas de que o Segurado vivia maritalmente, especificando data, e se deixou filhos, com assinatura reconhecida em cartório.

19.5. A responsabilidade pelo pagamento das indenizações oriundas deste contrato é de exclusiva competência da LIBERTY PAULISTA SEGUROS S/A, não se estabelecendo nenhuma relação neste sentido com o Estipulante.

19.6. Havendo divergência entre o médico assistente do Segurado e o da Seguradora, sobre a causa, natureza e a extensão das lesões, bem como avaliação da incapacidade ou sobre matéria médica não prevista expressamente na Apólice, será proposto pela Seguradora, no prazo de 30 (trinta) dias, a constituição de uma junta médica com 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

19.6.1. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado e os honorários do terceiro serão pagos em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

20. TRANSFORMAÇÃO DA INDENIZAÇÃO EM RENDA

As indenizações pelas Garantias Básicas Morte Acidental ou Invalidez Total por Acidente, podem ser pagas integral ou parcialmente, sob a forma de renda certa, temporária ou vitalícia, em prestações mensais, iguais e sucessivas, conforme acordado entre as partes, desde que tenha havido opção expressa do Segurado neste sentido, devendo ser estabelecido pelas partes, nas Condições Contratuais, o valor da renda mínima inicial.

20.1. O valor de cada parcela deve ser calculado utilizando-se a taxa de juros definida nas Condições Contratuais, limitada a 6%. (seis por cento) ao ano, na forma da Tabela Price, e atualizado monetariamente pelo índice definido no item 13. Atualização das Obrigações Decorrentes do Contrato de Seguro destas Condições Gerais.

20.2. Será constituída a (s) provisão (ões) matemática(s) de acordo com a legislação vigente, para as indenizações sob a forma de renda.

20.3. Para a concessão ou manutenção de qualquer dos benefícios garantidos por esta Cláusula, o Segurado se compromete a submeter-se a exames e/ou perícia médica, solicitados pela Seguradora.

20.4. Caso o Segurado venha a falecer durante o período de pagamento da renda, fica garantido pela Seguradora o pagamento imediato do restante do Capital Segurado da Garantia ao(s) Beneficiário(s).

20.5. Se o estado de invalidez do Segurado cessar antes do término do pagamento das rendas contratadas, o Segurado poderá ser reincluído no seguro, a critério da Seguradora.

21. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

21.1. Conforme estabelecido no artigo 766 do Código Civil Brasileiro:

“Se o Segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa, perderá o direito à Garantia, além de ficar obrigado ao Prêmio vencido”.

“Parágrafo único. Se a inexatidão ou omissão não resultar de má fé do Segurado, a Seguradora terá direito a resolver o contrato, ou a cobrar, mesmo após o Sinistro, a diferença do Prêmio”.

21.2. O Segurado também perderá o direito ao pagamento do Capital Segurado com base no presente seguro, caso haja por parte dele, seus representantes ou seu(s) Beneficiários :

- a) inobservância das obrigações convencionadas neste seguro; e
- b) agravamento intencional do risco objeto do contrato, conforme previsto no Código Civil Brasileiro:
Art. 768. “O Segurado perderá direito à garantia se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato”.

21.3. Caso ocorra incidente suscetível de agravar o risco coberto, o Segurado, de imediato, deverá comunicar o fato, por escrito à Seguradora, sob pena de perder o direito à Garantia, conforme estabelecido no Código Civil Brasileiro:

Art. 769. “ O Segurado é obrigado a comunicar ao segurador, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à garantia, se provar que silenciou de má-fé”.

21.4. A Seguradora poderá cancelar o contrato de seguro, mediante comunicação escrita do Segurado, dentro do prazo de 15 (quinze) dias do recebimento do aviso de agravação, conforme previsto no parágrafo primeiro do artigo 769 do Código Civil Brasileiro:

“O segurador, desde que o faça nos quinze dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco sem culpa do Segurado, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de resolver o contrato”.

22. CANCELAMENTO DO SEGURO

22.1. Este Contrato de Seguro poderá ser rescindido a qualquer tempo, com o conseqüente cancelamento de sua respectiva Apólice, mediante acordo entre as Partes contratantes (Seguradora e Segurado).

22.2. Independentemente de acordo, a rescisão poderá ser solicitada:

- a) pelo Segurado, a qualquer tempo;
- b) pela Seguradora;
 - b1) quando da inobservância pelo Segurado de quaisquer obrigações previstas neste Contrato de Seguro e respectiva Apólice;
 - b2) quando do não pagamento dos prêmios por prazo superior a 30 (trinta) dias;
 - b3) quando a natureza dos riscos sofrer alterações de forma a aumentá-los e agravá-los, tornando o seguro incompatível com as condições inicialmente ajustadas;
- c) com o falecimento do segurado;
- d) quando for declarado nulo, nas hipóteses previstas no item 21 destas condições.

22.3. Em qualquer um dos casos acima, a rescisão do Contrato de Seguro com o cancelamento da respectiva Apólice deverá ser comunicada, por escrito, aos interessados, com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

23. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a promoção do seguro, por parte do Segurado e/ou corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições da Apólice e as normas do seguro, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

24. TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS

No seguros de pessoas, a Seguradora não poderá sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado ou do(s) Beneficiários, contra o causador do sinistro, conforme disposto no art. 800 do Código Civil Brasileiro.

“Art.800. No seguro de pessoas, o segurador não poderá sub-rogar-se nos direitos e ações do segurado, ou do beneficiário, contra o causador do sinistro”.

25. RATIFICAÇÃO

As presentes Condições Gerais passam a fazer parte integrante dos documentos de contratação do seguro.

26. PRESCRIÇÃO

Qualquer direito do Segurado, com fundamento na presente Apólice, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

27. FORO CONTRATUAL

Fica eleito o foro da Comarca do domicílio do Segurado, para nele serem dirimidas as dúvidas, conflitos ou litígios oriundos deste Contrato de Seguro, renunciando as Partes expressamente a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES (DMH)

1. OBJETIVO DA GARANTIA

1.1. Garantir ao próprio Segurado o pagamento ou reembolso das despesas médicas e dentárias, bem como das diárias hospitalares decorrentes de acidente coberto, incorridas a critério médico, que o Segurado efetuar para seu restabelecimento, desde que iniciado nos primeiros 30 (trinta) dias contados da data do acidente.

1.1.1. A Seguradora reserva a si o direito de não reembolsar quaisquer despesas caso seja comprovado que o tratamento teve início depois de decorridos 30 (trinta) dias da data de ocorrência do sinistro.

2. CARACTERIZAÇÃO

2.1. Como tratamento considera-se inclusive a internação hospitalar a critério do médico assistente do Segurado, bem como as despesas com radiografia, ultra-sonografia tomografia computadorizada, medicamentos, sala de operação, anestesia, fisioterapia, laboratório, bem como despesas de pronto-socorro, assistência de enfermeiro(s) diplomado(s) e honorário(s) médico(s) e dentista(s).

2.2. O reembolso de despesas com dentistas abrange exclusivamente a restauração e/ou colocação de prótese em substituição a dentes naturais danificados, parciais ou totalmente, em acidente coberto e sofrido pelo Segurado.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura do Seguro, os acidentes ocorridos em consequência de:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como contaminação radiativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) ato de operação de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha ou revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou qualquer perturbações da ordem pública e delas decorrentes exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem;
- c) direta ou indireta de quaisquer alterações mentais conseqüentes do uso do álcool, de drogas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas;
- d) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- e) ato reconhecidamente perigoso, inclusive atividade física radical, que não seja motivado por necessidade justificada ou atos e da prática, pelo(s) Segurado(s), de atos ilícitos ou contrários à lei;
- f) parto ou aborto e suas conseqüências;
- g) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamento, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- h) suicídio, ou a sua tentativa, nos primeiros 2 (dois) anos, contados a partir do início da vigência individual do Seguro ou da data de sua recondução, caso sejam suspensas às Garantias ou cancelamento do Seguro por falta de pagamento;
- i) choque anafilático e suas conseqüências;

- j) danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com toda documentação hábil, acompanhada de laudo que caracterize a natureza do atentado, independentemente do seu propósito, e desde que tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade competente;
- k) lesões preexistentes;
- l) eventos provocados intencionalmente pelo segurado.

3.2 Além dos riscos definidos acima, estão expressamente excluídos da cobertura de Despesas Médicas Hospitalares (DMH), as despesas decorrentes dos acidentes ocorridos em consequência de:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e de dietas especiais, bem como quaisquer despesas de acompanhantes;
- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais em consequência de acidente coberto;

4. LIVRE ESCOLHA

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

5. FRANQUIA

Estabelecida para esta Garantia a aplicação de franquias, a mesma será dedutível e aplicada sobre o valor da indenização devida.

O valor da franquia constará nas Condições Contratuais, na Proposta de Adesão e no Certificado Individual de Seguro.

6. COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS

O Segurado deverá comprovar as despesas de assistência médico-hospitalares, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Relatório Médico assinado pelo médico assistente;
- c) Receitas Médicas;
- d) Exames médicos e radiológicos realizados;
- e) Notas Fiscais e Recibos originais;
- f) Contas Hospitalares;
- g) Cópia da Carteira de habilitação, somente para casos em que o Segurado conduzia o veículo;
- h) Cópia autenticada do CPF e RG do Segurado.

6.1. Devem ser anexados, também, cópia autenticada dos seguintes documentos:

- a) Certidão de Registro de Ocorrência Policial, Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), quando for o caso;
- b) As Principais peças do inquérito policial ou outros atestados de autoridades administrativas e policiais instaurados para esclarecer o sinistro (cópia autenticada);
- c) RG, CPF e Certidão de Nascimento ou Casamento;
- d) Comprovante de Residência.

7. PAGAMENTO DO REEMBOLSO

7.1. O reembolso das Despesas Médico-Hospitalar (DMH), poderá ser feito a terceiros, quando as despesas forem devidamente comprovadas e os comprovantes contiverem a assinatura do responsável pelo menor.

7.2. As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de vendas da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se os limites estabelecidos na garantia, atualizadas monetariamente pela Seguradora, quando da liquidação do sinistro.

8. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

Após cada acidente o Capital Segurado relativo a esta garantia será reintegrado automaticamente sem cobrança de prêmio adicional.

9. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

As indenizações por Despesas Médico-Hospitalares (DMH) são cumulativas com qualquer outra garantia do presente Seguro, isto é, se em consequência de acidente coberto o Segurado vier a falecer ou ficar definitivamente inválido, e antes disso, em virtude do mesmo ou de outro acidente tiver recebido indenização por conta da garantia de DMH, a Seguradora não abaterá da indenização devida por Morte ou Invalidez, a indenização paga por DMH.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplicam-se à cobertura do risco previsto nesta cláusula, todas as disposições contidas nas “Condições Gerais” e “Condições Contratuais” da Apólice, prevalecendo as demais condições constantes neste, não mencionadas nas “Condições Contratuais” do presente seguro.

LIBERTY SORTEIO - GRATUITO

O Segurado titular participará gratuitamente, de 01 (um) sorteio mensal, sempre no último sábado do mês, a partir do mês seguinte à sua adesão no seguro, através de títulos de capitalização, garantidos pela Sul América Capitalização S/A, cujo valor da premiação será de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), bruto de I.R.

Sobre o valor do prêmio de sorteio, incidirá Imposto de Renda, obedecida a legislação vigente na época.

DO SORTEIO DE PRÊMIO EM DINHEIRO:

O Segurado Titular, participará de 01 (um) sorteio mensal, cujo valor da premiação será de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) bruto de I.R., incidindo sobre este valor, Imposto de Renda, obedecida a legislação vigente na época.

A Liberty Paulista Seguros se obriga a adquirir, nos termos da lei, títulos de capitalização emitidos pela Sul América Capitalização S/A-SULACAP, CNPJ nº 03.558.096/0001-04, aprovados pelo Processo SUSEP nº 10.005813/01-86 e a ceder os direitos originados daqueles títulos, ao Segurado, notadamente no que tange à participação nos sorteios.

Cada Segurado terá direito a 1 (um) título de capitalização.

A cada título será atribuído um número aleatório para fins de sorteio (número da sorte), não repetido na mesma série, composto de 5 (cinco) algarismos, compreendido entre 00.000 e 99.999 e especificado no título.

O “número da sorte” será enviado para o endereço do Segurado, juntamente com a apólice de Seguro e certificado individual do seguro.

Cada título concorrerá, a partir do mês seguinte a sua adesão ao seguro, a 01 (um) sorteio mensal pela extração da Loteria Federal do Brasil, realizado no último sábado de cada mês.

O título será contemplado quando seu número para sorteio coincidir, da esquerda para a direita, com as unidades dos 5 (cinco) prêmios extraídos pela Loteria Federal do Brasil, lidos de cima para baixo, conforme exemplo a seguir:

Primeiro prêmio	48.397	Número sorteado 73.950
Segundo prêmio	63.263	
Terceiro prêmio	15.279	
Quarto prêmio	23.755	
Quinto prêmio	18.020	

Em cada série, somente 1 (um) título poderá ser contemplado por sorteio.

O Segurado, sempre quando contemplado, será comunicado pela Liberty Paulista Seguros por escrito, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a partir da data do sorteio.

A vigência do número da sorte acompanhará a vigência do contrato de seguro e não mudará quando da renovação do Contrato de Seguro e respectiva Apólice.

O segurado só terá direito em participar dos sorteios, caso esteja em dia com os pagamentos do prêmio do seguro e não estejam enquadrados no item 18 destas condições.

Caso não ocorra a extração da Loteria Federal do Brasil na data prevista, o sorteio correspondente será adiado para a extração da Loteria Federal do Brasil imediatamente seguinte ao último sorteio previsto para o título.

Caso a Caixa Econômica Federal suspenda definitivamente as extrações da Loteria Federal do Brasil, cancele as extrações realizadas aos sábados, modifique as referidas extrações de forma que não mais coincidam com as regras de sorteio estabelecidas nestas Condições Gerais ou haja qualquer impedimento à vinculação da Loteria Federal do Brasil aos sorteios previstos nestas Condições Gerais, a Sul América Capitalização S/A, emitente dos respectivos títulos, dentro do prazo máximo de 90 (noventa) dias contados do fato, passará a promover os sorteios ainda não realizados, com aparelhos próprios, em local de livre acesso ao público, sob fiscalização de auditoria independente e nas mesmas condições previstas nos itens anteriores, dando prévia e ampla divulgação do fato e dos sorteios.

Ao aderir a este Contrato de Seguro o segurado aceita que a premiação poderá ser divulgada, para fins promocionais, à critério da Liberty Paulista Seguradora, concordando, desde já, de forma irrevogável e irretroatável, com a cessão de direitos de utilização de sua imagem, à título gratuito, especificamente para a finalidade aqui prevista.

LIBERTY ASSISTÊNCIA VIAGEM - SERVIÇO ADICIONAL

OBJETIVO

Propiciar ao proponente do seguro um serviço diferenciado que abrange assistência 24 horas para situações emergenciais quando em viagem.

DESCRIÇÃO

O LIBERTY ASSISTÊNCIA VIAGEM é um serviço de assistência via atendimento telefônico, 0800 DDG, 24 horas por dia, 365 dias por ano,

que visa assistir o segurado da Liberty Paulista Seguros em situações difíceis ou emergências, quando este estiver em viagens a uma distância superior a 100 Km de sua residência.

CONTRATAÇÃO

Para se contratar o LIBERTY ASSISTÊNCIA VIAGEM, o proponente deverá optar pelo serviço no momento de preencher o cartão-proposta do produto LIBERTY Acidentes Pessoais Individual, estando disponível apenas para o Segurado Titular.

COBERTURAS

a) REMOÇÃO HOSPITALAR

Na ocorrência de acidente pessoal ou doença súbita do Segurado, ocorrida durante viagem e, de acordo com a natureza e gravidade das lesões ou sintomas, e após ter sido prestado o atendimento emergencial, o Segurado será transferido para o centro hospitalar mais adequado ao seu atendimento, podendo ser feita por ambulância, avião comercial ou avião UTI.

Limite R\$ 3.000,00

b) DESPESAS MÉDICAS, CIRÚRGICAS E DE HOSPITALIZAÇÃO

Será assegurado o pagamento até o limite de R\$ 5.000,00 em casos de acidente pessoal ou doença súbita ocorridos durante a viagem, mediante apresentação do relatório médico justificando as despesas e honorários médicos, despesas cirúrgicas e dos gastos de hospitalização.

c) DESPESAS ODONTOLÓGICAS

Pagamento até o limite de R\$ 200,00, em casos de urgência (acidente pessoal ou doença súbita ocorrida durante a viagem), mediante apresentação de relatório do odontologista.

d) DESPESAS FARMACÊUTICAS

Pagamento até o limite de R\$ 200,00, das despesas farmacêuticas, em casos de acidente pessoal ou doença súbita ocorridos durante a viagem, prescritas pelo médico responsável pelo atendimento.

e) TRANSPORTE E ENVIO DE FAMILIAR

Disponibilização de 1 bilhete aéreo comercial ida-e-volta para um parente ou uma pessoa indicada pelo Segurado, quando o Segurado, por motivo de doença súbita ou acidente pessoal ocorridos durante a viagem, permanecer hospitalizado por mais de 10 dias no Brasil ou no exterior e desde que esteja desacompanhado.

Limite no Brasil: R\$ 1.200,00 - Limite no Exterior: R\$ 3.000,00

f) HOSPEDAGEM PARA FAMILIAR

Pagamento de hospedagem para um familiar ou pessoa indicada, quando o Segurado ficar hospitalizado, por motivo de doença súbita ou acidente pessoal ocorridos durante a viagem, por mais de 10 dias. Esta hospedagem está limitada a R\$ 100,00 a diária até 10 dias.

g) PROLONGAMENTO DE ESTADIA

Pagamento de despesas necessárias ao prolongamento de estadia, imediatamente após a alta hospitalar, se essa permanência tiver sido prescrita pelo médico local ou pela equipe médica indicada pelo LIBERTY ASSISTÊNCIA VIAGEM. Essa garantia será limitada a R\$ 100,00 por diária do Segurado em hotel até no máximo de 10 (dez) dias, sendo excluídas da garantia quaisquer outras despesas que não integrem a diária.

h) REGRESSO DO PACIENTE APÓS ALTA HOSPITALAR

Se o Segurado, após alta hospitalar, não estiver em condições de retornar a sua residência como passageiro regular, o LIBERTY ASSISTÊNCIA VIAGEM organizará o retorno do mesmo pelo meio de transporte mais adequado às suas condições clínicas a critério da equipe médica responsável pelo atendimento. Caso o Segurado tenha passagem aérea com data ou limitação de regresso, a LIBERTY ASSISTÊNCIA VIAGEM assumirá a diferença de tarifa para o regresso ou continuidade da viagem interrompida (desde que os gastos não sejam superiores ao retorno).

Limite de Despesas: R\$ 2.000,00

i) ACOMPANHAMENTO DE MENORES DE 14 ANOS

Se o Segurado vier a falecer ou ficar hospitalizado durante a viagem, e tenha menores sob sua responsabilidade e estes fiquem desacompanhados, a LIBERTY ASSISTÊNCIA VIAGEM encarregar-se-á da guarda e retorno dos menores ou arcará com as despesas de uma passagem aérea, de ida e volta, para que um familiar possa buscá-los no local da ocorrência.

Limite de Despesas: R\$ 3.000,00

j) TRASLADO DE CORPOS

Na eventualidade do falecimento do Segurado, por motivo de doença súbita ou acidente pessoal ocorridos durante a viagem, a LIBERTY ASSISTÊNCIA VIAGEM cuidará das formalidades necessárias ao retorno do corpo, até o local de sepultamento no Brasil mais próximo a residência do segurado. Todas as demais despesas relativas a cerimônia do funeral serão de responsabilidade da família do segurado.

Limite de Despesas: R\$ 2.000,00

k) REGRESSO ANTECIPADO EM CASO DE FALECIMENTO DE PARENTES

É o pagamento das despesas adicionais de transporte, resultantes da volta antecipada do segurado ao seu local de domicílio, em virtude de falecimento de parente de 1º. Grau (cônjuge, filhos pais e irmãos). Essa cobertura é válida quando o segurado não puder utilizar seu bilhete original emitido com prazo determinado. A LIBERTY ASSISTÊNCIA VIAGEM poderá, em nome do Segurado, usar, negociar, compensar os bilhetes de transporte do usuário, dentro ou fora do prazo estipulado, de forma a assegurar o retorno do usuário a seu local de domicílio.

Limite no Brasil: R\$ 600,00, Limite no Exterior: R\$ 1.500,00

l) LOCALIZAÇÃO E ENCAMINHAMENTO DE BAGAGEM EXTRAVIADA

Assessoria necessária as providências de busca e a denúncia de extravio de bagagem, dentro dos limites da área de responsabilidade da companhia transportadora. Caso a bagagem seja localizada, será remetida até onde se encontre o Segurado ou a seu local de domicílio, desde que o Segurado comunique imediatamente a Companhia Aérea e tenha uma prova escrita desta notificação (Formulário PIR) e entre em contato com a LIBERTY ASSISTÊNCIA VIAGEM até 3 dias após o ocorrido

Limite de Despesas: R\$ 300,00

m) TRANSMISSÃO DE MENSAGENS URGENTES

É um serviço que possibilita comunicar aos parentes, empresa ou médico particular do Segurado o seu estado de saúde e sua localização.

n) INFORMAÇÕES DE VIAGENS

Informações via telefone sobre vacinas, telefones úteis, vistos, consulados, etc.

ABRANGÊNCIA DAS COBERTURAS

Todas as coberturas são estendidas ao território brasileiro e exterior, fora do domicílio do Segurado, com exceção dos itens B, C, D e I que são válidas exclusivamente no exterior.

LIMITAÇÕES DO SEGURO

As coberturas são válidas para todas as viagens que o Segurado realizar durante o ano, desde que o tempo de permanência fora de seu domicílio não seja superior a 60 dias por viagem.

Os valores máximos das coberturas referem-se aos seus limites anuais.

Em território nacional, os serviços são válidos para viagens a uma distância superior a 100 Km da residência permanente do Segurado.

O cancelamento do LIBERTY ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL implica no cancelamento do LIBERTY ASSISTÊNCIA VIAGEM.

O LIBERTY ASSISTÊNCIA VIAGEM será cancelado automaticamente na data em que o Segurado completar 75 anos de idade ou deixar de ter residência habitual no Brasil.

O Segurado não terá direito a reembolso de gastos efetuados, sem a prévia autorização da central de atendimento do LIBERTY ASSISTÊNCIA VIAGEM.

Ficam excluídas das coberturas as responsabilidades decorrentes de:

- a) Auto-lesões do segurado ou sua participação em atos criminosos;
- b) Participação do Segurado em combates, salvo em caso de defesa própria;
- c) A prática de esportes como profissional ou de alto risco (inclusive esqui), ou a participação em competições oficiais ou de exibição;
- d) Acidentes causados por material radioativo;
- e) O parto e exames pré-natais;
- f) Suicídio ou enfermidade mental;
- g) Próteses de qualquer natureza;
- h) Enfermidades ou estados patológicos produzidos por intencional ingestão ou administração de tóxicos, narcóticos, ou pela utilização de medicamentos sem prescrição médica;
- i) Viagens aéreas em aviões não destinados a transporte de passageiros.

Para acionar a LIBERTY ASSISTÊNCIA VIAGEM basta ligar para nossa central no telefone: 0 800 701 4120 (no Brasil) ou (55) 11 4331 5187 (no Exterior - ligação à cobrar).

Liberty Paulista Seguros S/A

CNPJ: 61.550.141/0001-72

SUSEP Seguradora: 518-5

Processo SUSEP: 15414.100157/2004-81

Sul América Capitalização S/A

CNPJ: 03.558.096/0001-04

Processo SUSEP: 10.005813/01-86