

## CARO(A) SEGURADO(A)

Parabéns! Você acaba de adquirir o **BRB Vida Especial**, um seguro de vida com amplas coberturas e diversos serviços opcionais, e que ainda oferece a possibilidade de você ganhar R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) todos os sábados(\*) pela Loteria Federal. São R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) em prêmios todo mês.

Leia atentamente as Condições Gerais deste manual para saber mais sobre as vantagens do seu novo seguro.

Para aviso de sinistros e demais informações você conta com nossa **Central de Atendimento**, e para acionar os serviços do **BRB Vida Especial** basta entrar em contato com a **Assistência 24 horas**. Os telefones constam no verso deste manual e no cartão do Segurado. Mantenha-os sempre em mãos para qualquer eventualidade.

E a **Liberty** também oferece o serviço de **Ouvidoria**. Podem recorrer ao serviço os Segurados que discordarem de decisões tomadas pela diretoria da **Liberty** em função de sinistro ou de qualquer outro conflito de interesse que surja na execução do contrato de seguro, desde que observados os termos do regulamento.

Os requisitos imprescindíveis para recorrer são:

- a reclamação tenha valor igual ou inferior a R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais);
- tenha se esgotado a via de reclamação perante os departamentos competentes, inclusive dos Serviços de Atendimento ao Cliente, e ainda:
  1. já tenha havido uma decisão expressa da diretoria da **Liberty**;
  2. tenha transcorrido um período mínimo de 60 (sessenta) dias corridos, contados desde o pedido inicial por escrito, e este não tenha sido resolvido; e
  3. a reclamação não tenha sido objeto de ação judicial ou reclamação junto aos órgãos de proteção ao consumidor.

Para recorrer é só enviar o recurso formulado por escrito, acompanhado dos documentos relativos à ocorrência para: **Rua Dr. Geraldo Campos Moreira, 110 – 11º andar – Ouvidoria – São Paulo – SP - CEP 04571-020**.

Para mais informações, envie um e-mail para: [ouvidoria@libertyseguros.com.br](mailto:ouvidoria@libertyseguros.com.br) ou ligue (11) 5503-4431. Confira o regulamento na íntegra acessando nossa página na internet: [www.libertyseguros.com.br](http://www.libertyseguros.com.br).

**Obrigado por escolher a Liberty Seguros.**

E seja muito bem-vindo à sua conquista mais segura!

**Luis Maurette**

Presidente



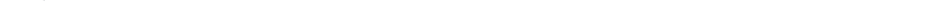
Uma empresa do grupo Liberty Mutual.

(\*) No caso de meses com 5 (cinco) sábados, valem os 4 (quatro) últimos. Sobre o valor do prêmio incidirá ainda Imposto de Renda, obedecida a legislação vigente na época.



<b>CONDIÇÕES GERAIS - BRB VIDA ESPECIAL .....</b>	<b>5</b>
<b>GLOSSÁRIO DE TERMOS E DEFINIÇÕES DO SEGURO .....</b>	<b>5</b>
<b>CLÁUSULAS E CONDIÇÕES .....</b>	<b>10</b>
1. Declarações do Segurado .....	10
2. Âmbito Geográfico das Coberturas .....	10
3. Objetivo do Seguro .....	10
4. Conceito das Coberturas .....	10
5. Riscos Excluídos .....	19
6. Aceitação e Inclusão de Segurados .....	21
7. Vigência e Renovação .....	22
8. Carência .....	23
9. Designação e Alteração de Beneficiário(s) .....	24
10. Capital Segurado .....	25
11. Sorteio .....	25
12. Atualização do Capital Segurado e do Prêmio .....	26
13. Atualização de Valores .....	26
14. Prêmio, Cálculo e Recálculo .....	27
15. Reenquadramento e Reajuste de Prêmios .....	27
16. Custeio do Seguro .....	28
17. Periodicidade de Pagamento do Prêmio .....	28
18. Pagamento do Prêmio .....	28
19. Cancelamento das Coberturas por Atraso nos Pagamentos do Prêmio Mensal ou Anual .....	30
20. Cancelamento do Seguro .....	31
21. Ocorrência de Sinistros .....	31
22. Relação de Documentos para Liquidação de Sinistros .....	32
23. Perda de Direito à Indenização .....	34
24. Material de Divulgação .....	35
25. Transferência de Direitos e Alterações no Seguro .....	35
26. Prescrição .....	35
27. Disposições Finais .....	35
28. Foro Contratual .....	35





As presentes Condições Gerais são parte integrante do Contrato de Seguro, juntamente com a respectiva Apólice.

Cabe ao Segurado definir quais as coberturas que deseja contratar, as quais devem constar expressamente da Proposta de Seguro encaminhada à **Liberty Seguros**, uma vez que somente as coberturas indicadas na Proposta e constantes na Apólice serão objeto do Contrato de Seguro.

### GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS

**Acidente Pessoal:** é o evento com data caracterizada, exclusiva 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, ainda, 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 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, ressaltadas 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 superveniente à contratação do seguro, que aumenta a probabilidade de ocorrência de sinistro, independente ou não da vontade do Segurado.

**Agravo Mórbido:** piora de uma doença.

**Alienação Mental:** distúrbio mental ou neuromental em que haja alterações completas da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o Segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.

**Aparelho Locomotor:** conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

**Apólice:** é o documento escrito, emitido pela Seguradora, que caracteriza o instrumento do contrato de seguro celebrado entre a Seguradora e Segurado, e que é integrado por estas Condições Gerais e, se houver, pelas Condições Especiais e pelo Contrato. A apólice prova a existência e o conteúdo do contrato de seguro.

**Atividade Laborativa:** qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.

**Ato Médico:** procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.

**Auxílio:** a ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

**Aviso de Sinistro:** é a comunicação à Seguradora da ocorrência de evento coberto, conforme previstos nas Condições Gerais e/ou Condições Especiais.

**Beneficiários:** são as pessoas designadas pelo Segurado Principal para receber o valor do Capital Segurado, na hipótese de sua morte devidamente coberta. No caso das coberturas de Invalidez Permanente por Acidente, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, bem como no caso de Morte do Segurado Dependente, quando houver, o Beneficiário será o próprio Segurado Principal.

**Capital Segurado:** é o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro coberto.

**Cardiopatía Grave:** doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatía Grave”.

**Carência:** é o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência do seguro individual, do aumento do capital ou da recondução depois de suspenso, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito às coberturas contratadas, sem prejuízo do pagamento dos prêmios individuais. A carência poderá ser total ou parcial, abrangendo todas as coberturas ou algumas delas.

**Carregamento:** é o percentual incidente sobre os prêmios pagos destinado a atender às despesas administrativas e de comercialização do Seguro.

**Cognição:** conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.

**Certificado Individual de Seguro:** é o documento destinado ao Segurado, comprovador de sua inclusão no seguro, 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.

**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, de eventuais endossos e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da

proposta de adesão e do certificado individual do seguro.

**Condições Especiais:** é o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano 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.

**Conectividade com a Vida:** capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

**Consumpção:** definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

**Contrato:** é o instrumento jurídico firmado entre o Segurado e a sociedade seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações da sociedade seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.

**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 [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do seu número de registro na SUSEP - Superintendência de Seguros Privados, nome completo, CNPJ ou CPF.

**Dados Antropométricos:** no caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.

**Deambular:** ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.

**Declaração Médica:** documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

**Declaração Pessoal de Saúde:** é o documento formal e legal, incluso na proposta de adesão, em que o proponente a Segurado presta informações sobre as suas condições de saúde.

**Deficiência Visual:** qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

**Disfunção Imunológica:** incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

**Doença Crônica:** doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

**Doença Crônica de Caráter Progressivo:** doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

**Doença Crônica em Atividade:** doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

**Doença do Trabalho:** aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida através de perícia médica previdenciária, onde há confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).

**Doença em Estágio Terminal:** aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

**Doença Neoplásica Maligna Ativa:** crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.

**Doença Profissional:** aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.

**Doenças, Lesões e Acidentes Pré-Existentes:** são sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas ou acidente sofrido pelo Segurado, antes da contratação do seguro e que seja de seu conhecimento.

**Endosso:** é o documento, 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.

**Estados Conexos:** representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.

**Etiologia:** causa de cada doença.

**Evento Coberto:** é o acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nas Condições Gerais do Seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seus Beneficiários.

**Fatores de Risco e Morbidade:** aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

**Hígido:** saudável.

**Indenização:** é o valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura contratada.

**Médico Assistente:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consangüíneos ou afins, mesmo que habilitados para exercer a prática da medicina. O Médico Assistente é o profissional que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

**Plano:** grupo de coberturas diferenciadas, estabelecidos no item 03 destas Condições Gerais.

**Prêmio:** é o valor a ser pago à Seguradora em contraprestação às coberturas contratadas. Cada cobertura determinará a cobrança de um prêmio correspondente.

**Processo SUSEP:** é o registro deste plano na SUSEP, porém não implica por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

**Prognóstico:** juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

**Proponente:** é a pessoa física que propõe a sua adesão ao Seguro e que passará a condição de Segurado Principal somente após a sua aceitação pela Seguradora.

**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

ao seguro, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

**Proposta de Seguro:** é o documento através do qual o proponente manifesta a sua vontade em contratar o seguro na qualidade de Segurado, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

**Quadro Clínico:** conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

**Recidiva:** reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

**Refratariedade Terapêutica:** incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

**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.

**Relações Existenciais:** aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

**Renda:** é a série de pagamentos periódicos devidos ao(s) beneficiário(s) ou ao próprio Segurado.

**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 Seguros S/A**, registrada no CNPJ sob o nº 61.550.141/0001-72, que assume os riscos inerentes às coberturas deste contrato de seguro, nos termos da legislação vigente, nas condições gerais deste contrato e demais normas aplicadas ao setor.

**Segurado Dependente:** é o cônjuge, do Segurado Principal, que tenha sido regularmente incluído no seguro.

**Segurado Principal:** é o proponente que teve aceita a sua proposta de adesão pela seguradora.

**Sentido de Orientação:** faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca.

**Seqüela:** qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

**Sinistro:** é a ocorrência de um evento coberto pelas coberturas contratadas, ocorrido durante a vigência material do seguro e capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora.

**SUSEP – Superintendência de Seguros Privados:** autarquia federal fiscalizadora e reguladora das entidades do mercado securitário.

**Transferência Corporal:** capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

### 1. DECLARAÇÕES DO SEGURADO

As declarações do Segurado junto à Seguradora serão revestidas, obrigatoriamente, da mais estrita boa-fé e também de exatidão e veracidade.

### 2. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS

2.1. O presente seguro garante os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, salvo disposição em contrário discriminada expressamente nas Condições Contratuais ou na Apólice.

2.1.1. Quando for o caso, ficarão totalmente a cargo da Seguradora os eventuais encargos de tradução referentes ao reembolso de despesas efetuadas no exterior, 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. OBJETIVO DO SEGURO

3.1. O presente seguro tem por objetivo garantir ao Segurado ou aos seus Beneficiários o pagamento de uma importância em dinheiro, limitado ao valor do Capital Segurado contratado, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos previstos nas coberturas constantes da Apólice e respectiva Proposta, exceto se decorrentes de riscos excluídos, e desde que observadas as demais Cláusulas destas Condições Gerais.

3.2. As coberturas deste seguro dividem-se em:

3.2.1. Cobertura Básica: Morte.

3.2.2. Coberturas Adicionais:

- a) Indenização Especial por Morte Acidental (IEA);
- b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA); e,
- c) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IPD-F).

3.3. O Proponente deverá informar na Proposta de Adesão quais coberturas pretende contratar, sendo que a básica é de contratação obrigatória.

### 4. CONCEITO DAS COBERTURAS

4.1. **Cobertura Básica – Morte:** visa garantir ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do valor do Capital Segurado contratado para esta cobertura, na ocorrência de morte do Segurado por causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais Cláusulas destas Condições Gerais.

4.1.1. Esta cobertura, para Segurados menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante

apresentação das contas originais especificadas, que podem ser substituídas por outros comprovantes satisfatórios, a critério da Seguradora, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.

**4.2. Cobertura Adicional de Indenização Especial por Morte Acidental:** quando contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do valor do respectivo Capital Segurado em caso de morte do Segurado causada exclusivamente por acidente pessoal coberto pelo seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais Cláusulas destas Condições Gerais.

4.2.1. Esta cobertura, para Segurados menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da Seguradora por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.

**4.3. Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:** quando contratada, garante ao Segurado o pagamento de indenização quando ocorrer a sua Invalidez Permanente por Acidente, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais Cláusulas destas Condições Gerais.

4.3.1. Como Invalidez Permanente por Acidente entende-se a perda, redução ou impotência funcional definitiva total ou parcial de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada exclusivamente por acidente pessoal coberto.

4.3.2. 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 os percentuais estabelecidos na “Tabela para Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente” destas Condições Gerais.

4.3.3. Na perda parcial, ficando reduzida(s) a(s) função(ões) do(s) membro(s) ou órgão 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.

4.3.4. Na falta de indicação de percentagem de redução, e sendo informado apenas o grau de redução - máximo, médio ou mínimo -, a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento) respectivamente.

4.3.5. 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.

4.3.6. Quando do 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.

4.3.7. 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 Contratação ou em adendo à mesma, caso em que se deduzirá do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente.

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

4.3.9. A Invalidez Permanente deve ser comprovada com a apresentação, à Seguradora, de declaração médica idônea para essa finalidade. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o mesmo se recuse.

4.3.9.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

4.3.10. As indenizações por Morte Acidental 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 ou sua Invalidez Total e Permanente em consequência do mesmo acidente, será deduzido, do valor do Capital Segurado a ser pago, o valor já indenizado em razão da Invalidez Parcial por Acidente.

4.3.11. Após cada acidente o Capital Segurado relativo a esta cobertura será reintegrado automaticamente sem cobrança de prêmio adicional, salvo nos casos de invalidez permanente direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente.

#### TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

Grau de Invalidez	Discriminação	% Capital Segurado
<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 um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100
<b>PARCIAL DIVERSAS</b>	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

Grau de Invalidez	Discriminação	% Capital Segurado
<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 da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total 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 de polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	-
<b>PARCIAL MEMBROS INFERIORES</b>	Perda total do uso de um membro inferior	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbios-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 de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 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) centímetros	6
	• menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	-
<b>DIVERSAS</b>	<b>Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos</b>	
	Em grau mínimo	10
	Em grau médio	20
	Em grau máximo	30
	<b>Nariz</b>	
	Perda total do nariz	25
	Perda total do olfato	07
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	<b>Aparelho Visual</b>	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais	
	• Unilateral	07
	• Unilateral com fistulas	15
	• Bilateral	14
	• Bilateral com fistulas	25
	Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris	
	• Ectrópio unilateral	03

Grau de Invalidez	Discriminação	% Capital Segurado	
DIVERSAS (continuação)	• Ectrópio bilateral	06	
	• Entrópio unilateral	07	
	• Entrópio bilateral	14	
	• Má oclusão palpebral unilateral	03	
	• Má oclusão palpebral bilateral	06	
	• Ptose palpebral unilateral	05	
	• Ptose palpebral bilateral	10	
	<b>Aparelho da fonação</b>		
	• Perda da palavra (mudez incurável)	50	
	• Perda de substância (palato mole e duro)	15	
	• Amputação total da língua	50	
	• Parcial (menos de 50%)	15	
	• Parcial (mais de 50%)	30	
	Sistema Auditivo		
	• Perda total de uma orelha	08	
	• Perda total das duas orelhas	16	
	<b>Perda do uso de membros sem perda anatômica</b>		
	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.		
	Perda do Baço	15	
	Aparelho Urinário		
	• Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15	
	• Cistostomia (definitiva)	30	
	• Incontinência urinária permanente	30	
	Perda de um rim		
	• Função renal preservada	30	
	• Redução da função renal (não dialítica)	50	
	• Redução da função renal (dialítica)	75	
	<b>Aparelho Genital e Reprodutor</b>		
	• Perda de um testículo	10	
	• Perda de dois testículos	30	
	• Amputação traumática do pênis	50	
	• Perda do útero antes da menopausa	40	
	• Perda do útero depois da menopausa	10	
	<b>Parede Abdominal</b>		
	• Hérnia traumática	10	
	<b>Pescoço</b>		
	• Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15	
	• Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15	
	• Paralisia de uma corda vocal	10	
	• Paralisia de duas cordas vocais	30	
	• Traqueostomia definitiva	40	
	<b>Tórax</b>		
	<b>Aparelho Respiratório</b>		
	• Sequêlas pós-taumáticas pleurais	10	
	<b>Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):</b>		
	• Função respiratória preservada	15	
	• Redução em grau mínimo da função respiratória	25	
• Redução em grau médio da função respiratória	50		
• Insuficiência respiratória	75		

Grau de Invalidez	Discriminação	% Capital Segurado
DIVERSAS (continuação)	<b>Mamas</b>	
	• Mastectomia unilateral	10
	• Mastectomia bilateral	20
	<b>Abdômen (Órgão e Visceras)</b>	
	• Gastrectomia subtotal	20
	• Gastrectomia total	40
	<b>Intestino Delgado</b>	
	• Ressecção parcial	20
	• Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
	<b>Intestino Grosso</b>	
	• Colectomia parcial	20
	• Colectomia total	40
	• Colostomia definitiva	40
	<b>Reto e Ânus</b>	
	• Incontinência fecal sem prolapso	30
	• Incontinência fecal com prolapso	50
	• Retenção anal	10
	<b>Fígado</b>	
	• Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	• Lobectomia com insuficiência hepática	50
• Extirpação da vesícula biliar	7	
<b>Síndromes Neurológicas</b>		
• Epilepsia pós-traumática	20	
• Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20	
• Síndrome pós-concussional	05	

**4.4. Cobertura Adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença:** quando contratada, esta cobertura garante ao Segurado, desde que este requeira, o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a garantia básica - morte, em caso de sua invalidez funcional total e permanente por doença, devidamente coberta pelo seguro, exceto se decorrente dos riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e, se houver, das Condições Particulares.

4.4.1. Para fins desta garantia, entende-se por Invalidez Funcional Total e Permanente por Doença aquela que cause a perda da existência independente do Segurado.

4.4.1.1. A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado. Este quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados na Cláusula 22 - Relação de Documentos para Liquidação de Sinistros destas Condições Gerais.

4.4.2. Riscos Cobertos

4.4.2.1. Consideram-se como riscos cobertos a ocorrência comprovada, segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada, de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença:

- doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao

- controle clínico;
- c) doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;
  - d) alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
  - e) doenças manifestas no sistema nervoso com seqüelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital, e/ou sentido de orientação, e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
  - f) doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
  - g) deficiência visual, decorrente de:
    - cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 (zero vírgula zero cinco) no melhor olho, com a melhor correção óptica;
    - baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 (zero vírgula três) e 0,05 (zero vírgula zero cinco) no melhor olho, com a melhor correção óptica;
    - casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60° (sessenta graus); ou
    - ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
  - h) doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado.
  - i) estados mórbidos, decorrentes de:
    - perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou,
    - perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou,
    - perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

#### 4.4.3. Demais Riscos Cobertos

4.4.3.1. Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através do Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF previsto no subitem 4.4.10 destas Condições Gerais, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

4.4.3.2. O IAIF é composto por dois documentos: o primeiro (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo três graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

4.4.3.3. O 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.

4.4.3.4. Para a classificação no 2º ou no 3º Graus, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

4.4.3.5. Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

4.4.3.6. O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.

4.4.3.7. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

4.4.4. Ocorrendo a Invalidez Funcional Total e Permanente por Doença, poderá o Segurado requerer o pagamento do Capital contratado. Por ser essa garantia uma antecipação da garantia de Morte, o seu requerimento, desde que fique efetivamente comprovada a invalidez funcional total e permanente por doença devidamente coberta, imediata e automaticamente extingue a garantia para o caso de morte, bem como o presente contrato de seguro.

4.4.4.1. Nesta hipótese, os prêmios pagos após a data do requerimento serão devolvidos, atualizados monetariamente pelo índice estabelecido no contrato, juntamente com o pagamento da indenização.

4.4.5. Na hipótese do subitem anterior, não ficando comprovada a Invalidez Funcional Total e Permanente por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais Cláusulas destas Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e do Contrato, sem qualquer devolução de prêmios.

4.4.6. Inexistindo o requerimento, o Capital Contratado, quando da morte devidamente coberta do Segurado, será regularmente pago ao(s) Beneficiário(s).

4.4.7. A garantia de Invalidez Funcional Total e Permanente por Doença não se acumula com as garantias Morte, Indenização Especial por Morte Acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente.

4.4.8. A Invalidez Funcional Total e Permanente por Doença deverá ser comprovada com apresentação, à Seguradora, de declaração médica idônea para essa finalidade, acompanhada de relatório médico informando que o Segurado está totalmente inválido por doença, segundo os critérios previstos nos subitens 4.4.1, 4.4.2 e 4.4.3 destas Condições Gerais, indicando seu início, causas, circunstâncias, acompanhado de resultado de exames complementares e laudo pericial que comprove a invalidez.

4.4.8.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência ou semelhantes não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

4.4.8.2. A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de grau de incapacidade parcial.

4.4.9. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da Invalidez Funcional Total e Permanente por Doença e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não-pagamento da indenização, caso o Segurado se recuse.

4.4.10. Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF

#### 4.4.10.1. Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTUAÇÃO
Relações do Segurado com o cotidiano	<b>1º grau:</b> O Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; caminha livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	<b>00</b>
	<b>2º grau:</b> O Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativa, ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	<b>10</b>
	<b>3º grau:</b> O Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	<b>20</b>
Condições clínicas e estruturais do Segurado	<b>1º grau:</b> O Segurado apresenta-se saudável; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	<b>00</b>
	<b>2º grau:</b> O Segurado apresenta disfunção(ões) e/ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	<b>10</b>
	<b>3º grau:</b> O Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e/ou técnico.	<b>20</b>
Conectividade do Segurado com a vida	<b>1º grau:</b> O Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se, dirigir-se ao banheiro, lavar o rosto, escovar seus dentes, pentear-se, barbear-se, banhar-se, enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a auto-suficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	<b>00</b>
	<b>2º grau:</b> O Segurado necessita de auxílio para trocar de roupa, entrar e sair do chuveiro, para realizar atos de higiene e de asseio pessoal, para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar frutas, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	<b>10</b>
	<b>3º grau:</b> O Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	<b>20</b>

#### 4.4.10.2. Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e Morbidade

<b>DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>
A idade do Segurado interfere na análise da morbidade do caso e/ou há IMC – Índice de Massa Corporal superior a 40 (quarenta).	02
Há risco de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de dois fatores de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e/ou de suporte à sobrevivência e/ou refratariedade terapêutica.	08

### 5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Estão expressamente excluídos de todas as coberturas 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, atos terroristas, ou qualquer perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) doenças, lesões ou acidentes preexistentes à contratação do seguro, não declarados na Proposta de Adesão, e de conhecimento da Segurado e/ou do Estipulante;
- d) quaisquer alterações mentais direta ou indiretamente consequentes do uso do álcool, de drogas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas;
- e) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- f) suicídio e suas tentativas, ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspensão, sendo que 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;
- g) danos causados por atos ilícitos dolosos, ou por culpa grave equiparável ao dolo, praticados pelo Segurado, pelo(s) Beneficiário(s) ou pelo representante legal, de um ou de outros;
- h) prática, por parte do Segurado, de atos contrários à Lei, inclusive a condução ou pilotagem de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal;
- i) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando do exercício de serviço militar, da prática de atos de humanidade em auxílio de outrem, utilização de meio de transporte mais arriscado ou da prática de esporte; e
- j) indenizações ou prejuízos decorrentes de acordo ou condenação judicial por danos morais.

5.2. Além dos riscos mencionados no subitem 5.1, estão expressamente excluídos das coberturas de Indenização Especial por Morte Acidental (IEA) e Invalidez Permanente por Acidente (IPA):

- a) as doenças (inclusive as profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de microtraumas de repetição tais como DORT - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, LER - Lesões por Esforços Repetitivos, Tenossinovite etc), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente;
- b) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências;
- d) o parto ou aborto e suas conseqüências, mesmo quando decorrentes de acidente coberto;
- e) 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;
- f) o choque anafilático e suas conseqüências, mesmo que o tratamento médico ocorra em virtude de acidente pessoal coberto; e,
- g) 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 sob a nomenclatura de LER, DORT, LTC (Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo), ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal.

5.3. Além dos riscos mencionados no subitem 5.1, estão expressamente excluídos da cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IPD-F), ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:

- a) a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b) a invalidez laborativa permanente total por doença, assim entendida aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com recursos disponíveis no momento de sua constatação, para o exercício da atividade laborativa exercida pelo Segurado;
- c) os quadros clínicos decorrentes de doenças ocupacionais, incluídas as profissionais e as do trabalho, de qualquer origem causal (etiologia);
- d) as doenças em geral, cuja etiologia possa guardar alguma relação de causa e efeito, direta ou indireta, em qualquer expressão, com atividade laborativa exercida pelo Segurado, em qualquer tempo progressivo;
- e) as doenças agravadas por traumatismos;
- f) as doenças nas quais se documente alguma interação e ou intercorrência relacionadas a traumatismos e ou exposições a esforços físicos, repetitivos ou não, e ou a posturas viciosas;

- g) os quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da existência independente do Segurado;
- h) toda e qualquer outra condição médica que não se enquadre nos critérios definidos nos subitens 4.4.1, 4.4.2 e 4.4.3 da Cláusula 4 – Conceito das Coberturas destas Condições Gerais.

## 6. ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS

### 6.1. Segurados Principais

6.1.1. Somente poderão ser incluídos no seguro os Proponentes que na data estabelecida para início de vigência do risco:

- a) tenham idade entre 14 (quatorze) anos e 55 (cinquenta e cinco) anos;
- b) estejam em plena atividade profissional;
- c) estejam em perfeitas condições de saúde; e,
- d) se enquadrem nas atividades profissionais autônomas e empresariais.

6.1.2. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para avaliar a proposta de adesão, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificações no risco. A ausência de manifestação por escrito da Seguradora no prazo previsto caracterizará a aceitação tácita da proposta.

6.1.3. A inclusão dos Proponentes no contrato de seguro far-se-á mediante o preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão que, sob pena de 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).

6.1.3.1. A Proposta de Adesão será recepcionada pela Seguradora sob protocolo com indicação da data e hora de seu recebimento e, com base na declaração prestada pelo Proponente, a Seguradora fará análise para aceitação ou recusa dos riscos individuais propostos.

6.1.3.2. É facultado à Seguradora solicitar, para efeito de subscrição, informação ao Segurado ou ao Proponente da existência de outros contratos de seguro de pessoas com coberturas concomitantes.

6.1.4. A Seguradora reserva-se o direito de exigir do Proponente as informações complementares necessárias para avaliação do risco, dentro do prazo de 15 (quinze) dias.

6.1.4.1. Uma vez solicitada a documentação complementar, o prazo para a aceitação ou recusa será suspenso, e a sua contagem será retomada a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que for protocolada a entrega da mesma.

6.1.4.2. A solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta poderá ser feita apenas uma única vez durante o prazo de avaliação do risco.

6.1.4.3. A não-aceitação da Proposta de Adesão por parte da Seguradora será comunicada por escrito ao Proponente, e implicará na devolução integral de qualquer prêmio eventualmente pago, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, atualizados pelo IPCA/IBGE - Índice ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, da data do pagamento pelo Segurado até a data da efetiva restituição, conforme legislação vigente.

## 6.2. Segurados Dependentes

6.2.1. De acordo com a opção informada na Proposta de Adesão, o Segurado Principal poderá incluir o seu cônjuge neste seguro, na qualidade de Segurado Dependente, desde que, no momento da inclusão, esteja em perfeitas condições de saúde e tenha no máximo 65 (sessenta e cinco) anos de idade.

6.2.2. Contratada a inclusão de cônjuge e pago o prêmio adicional, a morte deste, desde que coberta, garante ao Segurado Principal o pagamento de uma indenização no valor do Capital Segurado contratado para esta Cláusula Suplementar, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Cláusulas destas Condições Gerais.

6.2.2.1. Além da Cobertura Básica (Morte), ao cônjuge poderão ser concedidas, ainda, as Coberturas Adicionais de Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) e de Invalidez Permanente por Acidente (IPA), desde que essas coberturas tenham sido contratadas pelo Segurado Principal.

6.2.2.2. Ao cônjuge não poderá ser concedida a Cobertura Adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IPD-F).

6.2.2.3. O Capital Segurado do cônjuge será de 50% (cinquenta por cento) dos Capitais Segurados das respectivas coberturas do Segurado Principal.

6.2.3. Equiparam-se ao cônjuge a(o) companheira(o) do Segurado Principal, desde que comprovada documentalmente a união estável entre ambos, na forma da legislação aplicável à matéria.

6.2.4. Ao Segurado Principal caberá declarar sobre o estado de saúde de seu cônjuge.

6.2.5. Desfeita a sociedade conjugal, ainda que de fato, ou a união estável, estarão automaticamente canceladas as coberturas contratadas para o Segurado Dependente incluído na condição de cônjuge, seja a inclusão automática ou facultativa, independentemente desse fato ter sido ou não comunicado pelo Segurado Principal à Seguradora, e ter havido pagamento de prêmio.

6.2.6. No caso previsto no subitem anterior, os eventuais prêmios pagos serão devolvidos atualizados monetariamente pelo IPCA/IBGE, desde a data de pagamento até a da sua efetiva restituição.

6.2.7. Não poderá ser incluído no seguro o cônjuge que já ostente a qualidade de Segurado Principal na mesma apólice.

## 7. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

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

- a) Os certificados terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas da data para tal fim neles indicada;
- 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 adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início de vigência do risco individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção da proposta pela Seguradora.

7.2. 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 e Dependentes, se for o caso, início e final de vigência do seguro, Capital Segurado e prêmio total, entre outros.

7.3. O seguro terá vigência de 12 (doze) meses e poderá ser renovado automaticamente, uma única vez, pelo mesmo período, salvo se ocorrer uma das situações previstas na Cláusula 20 - Cancelamento do Seguro destas Condições Gerais.

7.4. A autorização para renovação automática a que se refere este item é facultada ao Segurado quando da assinatura do Cartão-Proposta, e poderá ser cancelada durante a vigência do contrato, desde que seja requerida com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias da data do final de vigência.

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

7.6. Após a primeira renovação automática, o Segurado, seu representante e/ou o Corretor de Seguros deverá enviar à Seguradora pedido de renovação até 60 (sessenta) dias antes do termo final da vigência deste contrato.

7.7. A Seguradora fornecerá ao Proponente, seu representante e/ou Corretor de Seguros, protocolo que identifique o pedido/proposta de renovação por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

7.8. À Proposta de Renovação se aplicam os mesmo prazos e procedimentos de aceitação indicados na Cláusula 6 - Aceitação e Inclusão de Segurados destas Condições Gerais.

## **8. CARÊNCIA**

8.1. A critério da Seguradora, poderá ser estabelecido prazo de carência para a Cobertura Básica – Morte e para a Cobertura Adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IPD-F), a qual estará limitada a 2 (dois) anos.

8.1.1. Havendo carência, o período estará especificado na Proposta de Adesão e no Certificado Individual de Seguro e, exceto no caso de suicídio e sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto no Certificado de Seguro.

**8.1.2. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto para a hipótese de suicídio e/ou sua tentativa, caso em que deverá ser cumprida a carência legal de**

## **2 (dois) anos, de acordo com o artigo 798 do Código Civil.**

8.2. O período de carência será contado a partir da data do início de vigência do risco individual, e considerará dias consecutivos e ininterruptos.

8.3. Nos casos de aumento do Capital Segurado será restabelecido o prazo de carência estipulado na Apólice de Seguro. Neste caso, esse período de carência aplicar-se-á somente à parcela do Capital relativa ao aumento.

8.4. Estipulada a carência para as coberturas previstas nestas Condições Gerais, durante o prazo estabelecido a Seguradora não responderá por sinistros de qualquer natureza.

## **9. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S)**

9.1. É facultado ao Segurado indicar livremente o(s) Beneficiário(s), ressalvadas as restrições legais. 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 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.”*

9.2. 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

*“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.”*

9.3. Observado o disposto no artigo 791 do Código Civil, é facultado ao Segurado, em qualquer época, substituir o(s) seu(s) Beneficiário(s), mediante manifestação escrita.

*“Art. 791 - Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a cobertura de alguma obrigação, é lícita a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade.”*

9.4. Caso o Segurado não dê 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).

9.5. No caso das coberturas de Invalidez Permanente por Acidente (IPA) e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IPD-F), previstas nestas Condições Gerais, bem como no caso de Morte do Segurado Dependente, quando houver, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado Principal.

9.5.1. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do Segurado Dependente, o Capital Segurado referente à cobertura do Segurado Dependente deverá ser pago aos herdeiros legais deste, salvo disposição em contrário.

## 10. CAPITAL SEGURADO

10.1. Para fins deste seguro, Capital Segurado é a importância máxima, por cobertura contratada, a ser paga ou reembolsada, vigente na data do evento.

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

- a) na Cobertura Básica, a data do falecimento;
- b) nas Coberturas Adicionais de Indenização Especial por Morte Acidental (IEA) e de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), a data do acidente; e,
- c) na Cobertura Adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IPD-F), a data em que a invalidez ficar caracterizada através de declaração médica idônea aceita pela Seguradora.

10.3. O Segurado poderá a qualquer momento solicitar aumento do seu Capital Segurado, preenchendo nova Proposta de Adesão e reenquadrando o novo custo à sua idade atual, pagando o prêmio correspondente, ficando sujeito as normas descritas na Cláusula 6 - Aceitação e Inclusão de Segurados, destas Condições Gerais.

## 11. SORTEIO

11.1. A presente Apólice de Seguro dará o direito ao Segurado de participar de 4 (quatro) sorteios mensais durante a vigência, cuja premiação, em valores brutos, será de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), valor sobre o qual incidirá ainda Imposto de Renda, na forma prevista na legislação vigente à época do recebimento.

11.2. Para garantia da presente Cláusula, será adquirido pela Seguradora, nos termos da lei, um título de capitalização junto à Sul América Capitalização S/A, cujos direitos de participação nos sorteios serão obrigatoriamente cedidos ao Segurado.

11.3. Cada Apólice de Seguro dará direito a 1 (um) título de capitalização premiável, que será numerado para fins de sorteio (número da sorte), não repetido na mesma série, composto de 5 (cinco) algarismos, compreendido entre a faixa 00.001 e 99.999.

11.4. O número da sorte será enviado para o endereço do Segurado, juntamente com a respectiva Apólice de Seguro, e o Segurado concorrerá, a partir do mês seguinte ao do início de vigência deste seguro, a 4 (quatro) sorteios mensais pela extração da Loteria Federal realizada pela Caixa Econômica Federal nos 4 (quatro) últimos sábados de cada mês.

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

1º Prêmio 48.397  
2º Prêmio 63.263  
3º Prêmio 15.279  
4º Prêmio 23.755  
5º Prêmio 18.020

Nº Sorteado: 73.950

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

11.7. A Seguradora se encarregará de comunicar o Segurado contemplado por escrito, no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos a partir da data do respectivo sorteio.

11.8. A vigência do número da sorte acompanhará a vigência da Apólice, e não mudará quando da renovação do seguro.

11.9. Para que o Segurado tenha direito a participar dos sorteios, é necessário que o Contrato de Seguro esteja vigente e com o pagamento das respectivas parcelas em dia.

11.10. Caso não ocorra extração da Loteria Federal em qualquer das datas previstas para os fins da presente Cláusula, o respectivo sorteio será adiado para a extração imediatamente subsequente ao último sorteio previsto para o título.

11.10.1. Caso a Caixa Econômica Federal suspenda definitivamente as extrações da Loteria Federal, cancele as extrações realizadas aos sábados, modifique as referidas extrações de forma que não mais coincidam com as regras de sorteio ora estabelecidas, ou haja qualquer impedimento à vinculação da Loteria Federal aos sorteios previstos nestas Condições Gerais, a Sul América Capitalização S/A, na qualidade de emitente dos referidos 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.

11.11. Ao contratar este seguro, o Segurado aceita que a premiação poderá ser divulgada, para fins promocionais, a critério da Seguradora, concordando, desde já, de forma irrevogável e irretratável, com a cessão de direitos de utilização de sua imagem, gratuitamente, especificamente para a finalidade aqui prevista.

## **12. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO**

Os valores do Capital Segurado e do Prêmio serão atualizados monetariamente a cada ano com base no IPCA/IBGE - Índice ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

## **13. ATUALIZAÇÃO DE VALORES**

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.

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, por qualquer das partes contratantes, 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 ora estabelecido, a partir da data em que se tornarem exigíveis em cada caso, a saber:

- 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, sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice ora estabelecido. Na hipótese de não-cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária, a Seguradora atualizará o valor devido a partir da data de exigibilidade, sendo assim considerada a data de ocorrência do evento.

13.3.1. Os valores relativos às obrigações pecuniárias serão acrescidos de multa, quando prevista no Contrato, e 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 cContrato, devem utilizar a taxa estabelecida no subitem 13.1.2. desta Cláusula.

## 14. PRÊMIO, CÁLCULO E RECÁLCULO

14.1. O prêmio de cada Segurado é o produto da taxa indicada no Contrato pelo respectivo Capital da(s) Cobertura(s) contratada(s) pelo Segurado e sua faixa etária..

14.1.1. O aumento na taxa deverá ser realizado por endosso ou aditivo ao contrato, com concordância expressa e escrita do Segurado.

## 15. REENQUADRAMENTO E REAJUSTE DOS PRÊMIOS

15.1. Sempre que ocorrer, dentro da periodicidade definida na Proposta de Adesão, a alteração de idade do Segurado e conseqüentemente o seu deslocamento para outra faixa etária, a Seguradora somará à taxa anterior o percentual de reenquadramento previsto na Proposta de Adesão, e realizará a cobrança do novo prêmio a partir do mês de renovação do seguro.

<b>Prêmio de Seguro pago</b>	<b>+</b>	<b>% de Reajuste da Nova Faixa Etária</b>	<b>=</b>	<b>Novo Prêmio de Seguro</b>
------------------------------	----------	---	----------	------------------------------

Segue abaixo a tabela com as respectivas faixas etárias e os respectivos percentuais de reajuste:

FAIXA ETÁRIA	REAJUSTES DOS PRÊMIOS
	MQC + IPA
De 14 a 30 anos para 31 a 35 anos	7,25%
De 31 a 35 anos para 36 a 40 anos	35,33%
De 36 a 40 anos para 41 a 45 anos	30,30%
De 41 a 45 anos para 46 a 47 anos	50,20%
De 46 a 47 anos para 48 a 49 anos	23,10%
De 48 a 49 anos para 50 a 51 anos	58,82%
De 50 a 51 anos para 52 a 53 anos	20,33%
De 52 a 53 anos para 54 a 55 anos	18,67%
De 55 em diante (a cada ano)	8,00%

**LEGENDA:**

- MQC – Morte por Qualquer Causa
- IPA – Invalidez Permanente Por Acidente

15.2. Independentemente da alteração da faixa etária, o Capital Segurado e o prêmio do seguro poderão ser atualizados monetariamente, conforme estabelecido na Cláusula 12 – Atualização do Capital Segurado e do Prêmio destas Condições Gerais.

## 16. CUSTEIO DO SEGURO

O custeio deste seguro será sempre totalmente contributivo (avermado), ou seja, em que o ônus do pagamento do prêmio recai totalmente sobre os Segurados.

## 17. PERIODICIDADE DE PAGAMENTO DO PRÊMIO

De acordo com o convencionado na Proposta de Adesão, o prêmio deste seguro será pago conforme uma das seguintes opções de periodicidade:

- anual;
- anual fracionado; ou
- mensal.

## 18. PAGAMENTO DO PRÊMIO

18.1. A cobrança do prêmio será efetuada por meio de documento emitido pela Seguradora, do qual constarão, 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;
- e) data limite para o pagamento.

18.1.1. A Seguradora encaminhará o documento a que se refere o subitem 18.1 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.

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

18.3. 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 subsequente.

18.4. Caso o plano preveja o fracionamento do prêmio, não será cobrado qualquer valor adicional a título de custo administrativo de fracionamento:

18.4.1. É garantido ao Segurado, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a consequente redução proporcional dos juros pactuados.

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

18.4.3. Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes 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:

#### TABELA DE PRAZO CURTO

Fração a ser Aplicada Sobre a Vigência Original / 365	Relação Percentual entre a Parcela de Prêmio Paga e o Prêmio Total da Apólice	Fração a ser Aplicada Sobre a Vigência Original / 365	Relação Percentual entre a Parcela de Prêmio Paga e o Prêmio Total da Apólice
15	13	195	73
30	20	210	75
45	27	225	78
60	30	240	80
75	37	255	83
90	40	270	85
105	46	285	88
120	50	300	90
135	56	315	93
150	60	330	95
165	66	345	98
180	70	365	100

18.4.4. Para percentuais não previstos no subitem 18.4.3, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

18.4.5. A Seguradora informará ao Segurado ou ao seu representante legal, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, conforme subitem 18.4.3 acima.

18.4.6. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos na Cláusula 13 - Atualização de Valores destas Condições Gerais, dentro do novo prazo de vigência ajustado, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da Apólice.

18.4.7. Findo o novo prazo de vigência da cobertura proporcional referida no subitem 18.4.3, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, operará de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro.

18.4.8. 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 poderá cancelar o contrato ou suspender sua vigência, sem cobrança de prêmio pelo período de sua suspensão, em caso de restabelecimento do contrato.

18.4.9. O disposto no subitem 18.4 e seus respectivos subitens não se aplica aos planos cujo custeio do prêmio se dê sob a forma mensal.

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

18.6. Nos casos previstos no item 18.4, 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.

18.7. 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.

18.8. 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).

## **19. CANCELAMENTO DAS COBERTURAS POR ATRASO NOS PAGAMENTOS DO PRÊMIO MENSAL OU ANUAL**

19.1. Quando o custeio do prêmio se der sob a forma mensal ou anual, a falta de pagamento do prêmio, por um período de até 30 (trinta) dias, não acarretará no cancelamento automático do seguro.

19.1.1. Durante o prazo mencionado neste subitem, as coberturas previstas na Apólice não ficarão prejudicadas.

19.2. O Estipulante ou o Segurado em atraso com o pagamento do prêmio será notificado para quitar a parcela em atraso, acrescida dos encargos contratualmente previstos na Cláusula 13 - Atualização de Valores destas Condições Gerais.

19.2.1. O não-pagamento dentro do prazo de 30 (trinta) dias do atraso no pagamento da parcela vencida acarretará o cancelamento imediato e automático do seguro, não sendo mais permitida a reabilitação das coberturas, sem prejuízo da cobrança, pela Seguradora, dos prêmios vencidos enquanto vigente o seguro.

## **20. CANCELAMENTO DO SEGURO**

20.1. O seguro será cancelado:

- a) automaticamente, com a morte ou invalidez total e permanente por acidente do Segurado Principal;
- b) com o recebimento do Capital Segurado relativo à cobertura de Invalidez Funcional Total e Permanente por Doença;
- c) por solicitação escrita do Segurado Principal;
- d) quando o Segurado deixar de pagar prêmio mensal ou anual, conforme o caso, observado o disposto na Cláusula 19 - Cancelamento das Coberturas por Atraso no Pagamento do Prêmio Mensal ou Anual destas Condições Gerais;
- e) com o fim do novo prazo de vigência da cobertura proporcional referido no subitem 18.4.3 da Cláusula 18 – Pagamento do Prêmio destas Condições Gerais, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio.

20.2. A inclusão dos Segurados Dependentes cessará automaticamente com:

- a) o cancelamento do seguro do Segurado Principal, qualquer que seja a causa;
- b) a cessação da condição de dependente do Segurado Principal, por não mais preencher os requisitos que lhe davam esta qualidade, ainda que esse fato não tenha sido comunicado à Seguradora;
- c) por solicitação do Segurado Principal;
- d) a inclusão do Dependente no seguro na condição de Segurado Principal.

20.3. O pagamento, pelo Segurado, de qualquer valor à Seguradora após a data do cancelamento não implica na reabilitação do seguro, nem gera qualquer efeito, ficando à disposição do mesmo a importância paga.

## **21. OCORRÊNCIA DE SINISTROS**

21.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, deverá(ão) o(s) Beneficiário(s), informá-lo, logo que o saiba, à Seguradora e comprovar satisfatoriamente a sua ocorrência, por meio dos documentos básicos listados na Cláusula 22 - Relação de Documentos para Liquidação do Sinistro, bem como esclarecer todas as circunstâncias a ele relacionadas.

21.2. 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 listada no Cláusula 22 - Relação de Documentos para Liquidação do Sinistro, que comprove a ocorrência de Sinistro coberto pela Apólice e os prejuízos indenizáveis.

21.3. Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar ao(s) Beneficiários(s) ou Segurado outros documentos além daqueles estabelecidos no Cláusula

22 - Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro e seus subitens, inclusive informações ou esclarecimentos complementares, neste caso, o prazo mencionado no subitem 21.2 será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento pela Seguradora destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

21.4. Não respeitado o prazo previsto no subitem 21.2 os valores devidos serão acrescidos de juros moratórios, e atualização monetária conforme definido Cláusula 13 - Atualização de Valores.

21.4.1. Os juros moratórios serão contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, enquanto que a atualização monetária será aplicada a partir da data do sinistro até a data do efetivo pagamento.

21.5. 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.

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

## **22. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS**

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

22.2. Para a cobertura de Morte: Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s) e respectivo(s) médico(s) assistente(s), bem como os seguintes documentos:

22.2.1. Em caso de morte natural do Segurado, o(s) Beneficiário(s) deverão providenciar os seguintes documentos:

- a) cópia da certidão de óbito;
- b) cópia do RG, CPF e comprovante de residência;
- c) declaração médica indicando *causa mortis*, com firma reconhecida;
- d) cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença;
- e) cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social;
- f) radiografias e exames médicos (quando houver);
- g) declaração do hospital onde a vítima foi atendida (quando houver).

22.2.2. Em caso de morte acidental, deverão ainda ser apresentados:

- a) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo causador de sua morte;
- b) cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial;
- c) laudo de dosagem alcoólica e/ou exame toxicológico, se houver;
- d) laudo de exame cadavérico (IML);
- e) cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, em caso de morte por carbonização.

### 22.2.3. Documentos do(s) Beneficiário(s)

- a) cópia do RG, CPF e comprovante de residência do(s) Beneficiário(s), quando maior(es) de 18 (dezoito) anos, ou certidão de nascimento, quando menor(es) de 18 (dezoito) anos;
- b) no caso de beneficiários incapazes:
  - b.1) menores sujeitos ao poder familiar: apresentação dos documentos de identificação do pai e da mãe (RG e CPF);
  - b.2) menores sujeitos à tutela: apresentação de termo de tutela e documento de identificação do tutor (RG e CPF);
  - b.3) maiores de idade: apresentação de termo de curatela e documento de identificação do curador (RG e CPF).
- c) em caso de companheiro(a): além dos documentos indicados na alínea “a” deste subitem, também documentos comprobatórios da qualidade de companheiro do Segurado por ocasião do sinistro.

### 22.3. Em caso de Invalidez Permanente por Acidente:

- a) formulário Aviso de Sinistro assinado pelo próprio Segurado, seu cônjuge ou outro dependente do mesmo, e pelo médico-assistente;
- b) documentos do Segurado:
  - cópia do RG, CPF e comprovante de residência;
  - cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, ou Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), conforme o caso;
  - laudo de exame de Corpo de Delito (IML), conforme o caso;
  - cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), nos casos de acidente de trânsito com veículo conduzido pelo Segurado;
  - relatório médico assinado pelo médico-assistente, informando o grau de invalidez; e
  - documentação médica ou exames realizados.

### 22.4. Em caso de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença:

- a) formulário Aviso de Sinistro, assinado pelo próprio Segurado, seu cônjuge ou outro dependente do mesmo e pelo médico assistente, do qual deve constar declaração médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (data do sinistro);
- a.1) da declaração médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante, conforme definido nos subitens 4.4.1, 4.4.2 e 4.4.3 da Cláusula 4 – Conceito das Coberturas destas Condições Gerais.
- b) documentos do Segurado:
  - cópia do RG, CPF e do comprovante de residência;
  - relatório do médico-assistente do Segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada, e detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível, decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal, que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autônômicas do Segurado; e
  - documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no subitem anterior.

22.5. A responsabilidade pelo pagamento das indenizações oriundas deste contrato é de exclusiva competência da Seguradora.

22.6. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, ou, ainda, sobre matéria médica não prevista expressamente nas Condições Contratuais, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica.

22.6.1. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e, um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

22.6.2. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias contados da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

### **23. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO**

23.1. O Segurado é obrigado a guardar, na conclusão e na execução do contrato, a mais estrita boa-fé e veracidade, tanto a respeito do objeto, como das circunstâncias e declarações a ele concernentes. 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 cobertura, além de ficar obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

23.1.1. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora:

- I) na hipótese de não ocorrência do sinistro: cancelará o seguro, retendo do prêmio originalmente pactuado a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- II) na hipótese de ocorrência de sinistro sem indenização integral: cancelará o seguro após o pagamento da indenização, retendo do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- III) na hipótese de ocorrência de sinistro com indenização integral: cancelará o seguro após o pagamento da indenização, deduzindo do valor a ser indenizado a diferença de prêmio cabível.

23.2. 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;
- b) ocorrência de infrações ou fraudes praticadas pelo Segurado com o propósito de obter vantagem ilícita com o seguro;
- c) não fornecimento da documentação solicitada; ou
- d) agravamento intencional do risco objeto do contrato.

23.3. Caso ocorra incidente suscetível de agravar o risco coberto, o Segurado deverá comunicar de imediato o fato por escrito à Seguradora, sob pena de perder o direito à cobertura, se provar que silenciou de má-fé.

**23.4. A Seguradora poderá cancelar o contrato de seguro, mediante comunicação escrita do Estipulante, dentro do prazo de 15 (quinze) dias do recebimento do aviso de agravação do risco.**

**23.5. O cancelamento previsto no subitem anterior será eficaz após 30 (trinta) dias da notificação ao Segurado.**

## **24. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO**

A propaganda e a promoção do seguro, por parte do Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições da Apólice e as normas do seguro.

## **25. TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS E ALTERAÇÕES NO SEGURO**

25.1. A Seguradora não poderá sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado ou do(s) Beneficiário(s) contra o(s) causador(es) do sinistro.

25.2. O presente seguro poderá ser alterado, a qualquer tempo, por meio de endosso, mediante acordo prévio entre as partes.

25.2.1. Efetivado endosso pela Seguradora, as novas condições prevalecerão sobre as anteriores.

## **26. PRESCRIÇÃO**

Qualquer direito do Segurado ou do(s) Beneficiário(s) com fundamento no presente seguro prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

## **27. DISPOSIÇÕES FINAIS**

Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de seu vencimento, sem devolução dos prêmios pagos, nos termos da Apólice.

## **28. FORO CONTRATUAL**

Fica eleito o foro da Comarca do domicílio do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), conforme o caso, 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.

### **IMPORTANTE**

- I. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.
- II. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.
- III. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros no site da SUSEP ([www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br)) por meio do número de registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF do mesmo.

#### **Liberty Seguros S/A**

CNPJ: 61.550.141/0001-72

Processo SUSEP: 518-5

Processo SUSEP: 15414.100616/2003-46

#### **Sul América Capitalização S.A. - SULACAP**

CNPJ: 03.558.096/0001-04

Processo SUSEP: 15414.002346/2003-17

Setembro/2008