

Caro(a) Segurado(a)

Parabéns! Você acaba de adquirir um produto com a qualidade **Liberty Seguros**, desenvolvido especialmente para atender às suas necessidades de proteção a um preço justo.

Para aviso de sinistros e obtenção de informações sobre sua apólice, você pode dispor da nossa **Central de Atendimento**. Os telefones para contato constam no Cartão do Segurado. **Mantenha-os sempre à mão para qualquer eventualidade.**

O Segurado **Liberty** também conta com um serviço de **Ouvidoria** independente para análise dos recursos de seus consumidores, em caso de qualquer conflito relacionado aos sinistros ou direitos do consumidor na execução do Contrato de Seguro, devendo ser observados os pré-requisitos a seguir:

- O valor envolvido não deve ser superior a R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais);
- O assunto discutido no recurso já deve ter sido submetido aos departamentos responsáveis e canais de atendimento ao cliente;
- Já deverá ter havido uma decisão das áreas responsáveis sobre o assunto;
- Devem ter transcorrido 60 (sessenta) dias corridos, sem uma decisão da área responsável; e/ou
- O recurso não deverá ter sido objeto de processo judicial ou de reclamação perante os órgãos de defesa do consumidor.

O regulamento completo está disponível no site da **Liberty** na Internet: www.libertyseguros.com.br, onde o Segurado poderá também apresentar recursos, acessando o link **Ouvidoria**. Se preferir, poderá enviar o seu recurso por e-mail para ouvidoria@libertyseguros.com.br, ou por carta para a rua Dr. Geraldo Campos Moreira, nº 110 – 11º andar - São Paulo/SP – CEP 04571-020 – **a/c Ouvidoria**.

Outras informações podem ser obtidas em nossa **Central de Atendimento: 4004-5423** (Capitais e Regiões Metropolitanas), **0800 709 5423** (Demais Localidades) e **0800 726 1981** (SAC-Reclamações e Cancelamento).

Obrigado por escolher a Liberty Seguros.

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

Luis Maurette

Presidente

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



Uma empresa do grupo Liberty Mutual.

CONDIÇÕES GERAIS - LIBERTY VIDA ESPECIAL	5
Glossário de Termos Técnicos	5
CLÁUSULAS COMUNS A TODAS AS COBERTURAS	11
1. Declarações do Segurado	11
2. Âmbito Geográfico	11
3. Objetivo	11
4. Conceito das Coberturas	11
5. Riscos Excluídos	20
6. Aceitação e Inclusão de Segurados	23
7. Vigência e Renovação	25
8. Carência	26
9. Beneficiários do Seguro	26
10. Capital Segurado	27
11. Atualização do Capital Segurado e do Prêmio	28
12. Atualização de Valores	28
13. Prêmio, Cálculo e Recálculo	29
14. Reenquadramento e Reajuste dos Prêmios	29
15. Custeio do Seguro	30
16. Periodicidade de Pagamento do Prêmio	30
17. Pagamento do Prêmio	30
18. Cancelamento das Coberturas por Atraso nos Pagamentos do Prêmio Mensal ou Anual	32
19. Cancelamento do Seguro	33
20. Ocorrência de Sinistros	33
21. Relação de Documentos para Liquidação de Sinistros	34
22. Perda do Direito à Indenização	37
23. Material de Divulgação	38
24. Transferência de Direitos	38
25. Alteração do Seguro Durante a Vigência	38
26. Prescrição	38
27. Disposições Finais	38
28. Foro	38

SORTEIO – GRATUITO	39
SERVIÇO ADICIONAL – LIBERTY ASSISTÊNCIA FUNERAL	41
1. Objetivo	41
2. Serviços	41
3. Limite de Despesas	41
4. Informações, Acionamento e Procedimentos Operacionais	41
5. Perda de Direitos	42
SERVIÇO ADICIONAL – LIBERTY ASSISTÊNCIA 24H	43
1. Objetivo	43
2. Definição	43
3. Contratação	43
4. Serviços	43
5. Abrangência dos Serviços.....	46
6. Limitações da Liberty Assistência 24h	46
SERVIÇO ADICIONAL – LIBERTY ASSISTÊNCIA DOMICILIAR	47
1. Serviços	47
2. Exclusões.....	48

O seguro **Liberty Vida Especial** possui diversas opções de cobertura à disposição do Segurado. Estas coberturas podem ser contratadas em conjunto ou isoladamente - e encontram-se detalhadamente explicadas nestas Condições Gerais, que 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: Significa a lesão corporal fatal ou não, causada involuntariamente, provocada por acidente exclusivo e diretamente externo com data caracterizada, súbito e violento, que por si só, e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou invalidez permanente total ou parcial, ou 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 consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

- b.4) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência e semelhantes 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 que discrimina o bem Segurado, suas coberturas e garantias contratadas pelo Segurado, bem como os direitos e deveres das partes contratantes.

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 do evento previsto na Apólice.

Beneficiário: É a pessoa que detém legalmente o direito à indenização, designada 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.

Cardiopatia Grave: Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia 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.

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.

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

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: Conjunto de Cláusulas e condições que regem o Contrato de Seguro, às quais adere o Segurado no momento da contratação do seguro e que fazem parte integrante da Apólice.

Conectividade com a Vida: Capacidade do ser humano de se relacionar como 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 Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações das duas partes, 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.

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 (DPS): 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 a seguir do considerado normal.

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

Distúrbios Cognitivos: Distúrbios relacionados às capacidades de memória, atenção, percepção, raciocínio, juízo, pensamento e linguagem.

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 Preexistentes: 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 aditivo ao Contrato, pelo qual a Seguradora e o Segurado acordam quanto a alteração de dados, modificam condições ou objeto da Apólice, ou a transferem a outrem.

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 a reparação do dano sofrido pelo Segurado, correspondente em moeda corrente vigente no Brasil, cuja responsabilidade pelo pagamento no Contrato de Seguro é da Seguradora, sendo devida após a regulação do sinistro.

Invalidez Permanente: É a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão.

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 a importância paga pelo Segurado ou Estipulante à Seguradora em troca da transferência do risco a que ele está exposto.

Processo SUSEP: É o registro deste plano na SUSEP, que não implica, por parte da Autarquia, em 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: Pessoa que pretende fazer um seguro e que já firmou, para esse fim, a proposta.

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 instrumento que formaliza o interesse do Estipulante/ Proponente em efetuar o seguro.

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

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: É a análise do processo de sinistro quanto a sua cobertura pela Apólice contratada, bem como da adequação da documentação necessária à indenização. Também envolve a ação do representante da Seguradora na verificação dos valores dos orçamentos das oficinas no que se refere à mão-de-obra, e as operações de substituição/recuperação de peças.

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 Empresa autorizada pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) a funcionar no Brasil como tal e que, recebendo o prêmio, assume o risco e garante a indenização em caso de ocorrência de sinistro amparado pelo Contrato de Seguro.

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, como 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: Ocorrência de acontecimento involuntário e casual previsto no Contrato de Seguro e para a qual foi contratada a cobertura.

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

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

2.2. 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. OBJETIVO

3.1. O Seguro de Vida Liberty Vida Especial 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 do clausulado a seguir, desde que contratadas pelo Segurado, exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.

3.2. As coberturas passíveis de contratação deste seguro são:

a) Cobertura Básica: Morte

b) Coberturas Adicionais:

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

3.3. O Proponente deverá informar no formulário denominado “Proposta de Adesão”, quais coberturas pretende contratar, sendo a básica obrigatória e as demais facultativas.

4. CONCEITO DAS COBERTURAS

4.1. Cobertura Básica – Morte: esta cobertura visa garantir ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do valor do Capital Segurado contratado 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, as quais 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, esta cobertura garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do valor do Capital Segurado contratado 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. Aplicam-se a esta cobertura os mesmos termos previstos no subitem 4.1.1 desta Cláusula.

4.3. Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente: quando contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma 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 constante no subitem 4.3.12 desta Cláusula.

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 e mínimo), a indenização será calculada 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 Segurado se recuse a fazê-lo.**

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.**

4.3.12. Tabela para Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente

Grau de Invalidez		% do Capital Segurado
Discriminação		
Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100
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
	Parcial Membros Superiores	Perda total do uso de um dos membros superiores
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

Grau de Invalidez		% do Capital Segurado
Discriminação		
Parcial Membros Superiores	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as de polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	-
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	Em grau mínimo	10
	Em grau médio	20
	Em grau máximo	30
	Nariz	
	Perda total do nariz	25
	Perda total do olfato	7
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	Aparelho Visual	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais	
	- Unilateral	7
	- Unilateral com fistulas	15
	- Bilateral	14
	- Bilateral com fistulas	25
	Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris	
	- Ectrópio unilateral	3
	- Ectrópio bilateral	6
	- Entrópio unilateral	7
- Entrópio bilateral	14	
- Má oclusão palpebral unilateral	3	
- Má oclusão palpebral bilateral	6	
- Ptose palpebral unilateral	5	
- Ptose palpebral bilateral	10	
Parcial Membros Inferiores	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

Grau de Invalidez		% do Capital Segurado
Discriminação		
Parcial Membros Inferiores	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	-
Diversas	Aparelho da Fonação	
	- 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	8
	- Perda total das duas orelhas	16

4.4. Cobertura Adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença: quando contratada, garante ao Segurado o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a Cobertura Básica Morte em caso de sua invalidez funcional total e permanente por doença, se 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, 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 deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados na Cláusula 21 - Relação de Documentos para Liquidação de Sinistros destas Condições Gerais.

4.4.2. Riscos Cobertos: 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:

- a) doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de cardiopatia grave;
- b) 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), **em decorrência única e exclusivamente 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 doença, conforme segue:
 - 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° (sesenta 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 doença a seguir relacionados:
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés;
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

4.4.3. Demais Riscos Cobertos: outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos, desde que avaliados através dos Instrumentos de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF previstos no subitem 4.4.10

desta Cláusula e atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos possíveis.

4.4.3.1. 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 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos), sendo que:

- a) 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;
- b) para a classificação no 2º ou no 3º Graus, basta que ocorra uma das situações ali descritas;
- c) todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

4.4.3.2. O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas, sendo que 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, o Segurado poderá requerer o pagamento do Capital contratado. Por ser essa garantia uma antecipação da cobertura de Morte, o seu requerimento, desde que fique efetivamente comprovada a invalidez funcional total e permanente por doença devidamente coberta, extingue imediata e automaticamente a garantia de Morte, bem como o presente Contrato de Seguro.

4.4.4.1. Na ocorrência da hipótese prevista no subitem 4.4.4, 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. Ocorrendo o previsto no subitem 4.4.4, se não ficar 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 prêmio.

4.4.6. Caso não seja requerido, o Capital Contratado para esta cobertura adicional será regularmente pago aos Beneficiários em caso de morte devidamente coberta do Segurado.

4.4.7. A cobertura de Invalidez Funcional Total e Permanente por Doença não se acumula com as coberturas de 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 desta Cláusula, indicando seu início, causas, circunstâncias, acompanhado de resultado de exames complementares e laudo pericial que comprove a condição clínica do Segurado.

4.4.8.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas 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 baseadas 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 graus 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. Instrumentos de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF)

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

Atributos	Escalas	Pontuação
Condições clínicas e estruturais do Segurado	1º grau: 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.	00
	2º grau: 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.	10
	3º grau: 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.	20

Atributos	Escalas	Pontuação
Conectividade do Segurado com a vida	1º grau: 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.	00
	2º grau: 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).	10
	3º grau: 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.	20

II. Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade

Dados Antropométricos, Riscos Interagentes e Agravos Mórbidos	Pontuação
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

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

- a) **do 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) de atos 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 quaisquer perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) de doenças, lesões ou acidentes preexistentes à contratação do seguro, não declarados na Proposta de Adesão e de conhecimento do Segurado;
- d) direta ou indireta de quaisquer alterações mentais conseqüentes do uso do álcool, de drogas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas;
- e) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- f) de suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Contrato de Seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;
- f.1) 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) de 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;
- h) da 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) de 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 decorrente 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 consequências;
- d) o parto ou aborto e suas consequências, 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 medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- f) o choque anafilático e suas consequências, 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 como LER, DORT, LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências 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:

- 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 indireta 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 a atividade laborativa exercida pelo Segurado, em qualquer tempo pregresso;
- 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, 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 superior a 14 (quatorze) e inferior a 65 (sessenta 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 se fará mediante o preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão que, sob pena de ser declinado o risco, deverá conter:

- a) dados pessoais;
- b) CPF, ou , 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 do(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 informação ao Segurado ou ao Proponente, para efeito de subscrição, 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 referido prazo para a aceitação ou recusa será suspenso e 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 da data do pagamento pelo Segurado até a data da efetiva restituição, pelo IPCA (índice de Preços ao Consumidor Amplo), 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 o cônjuge 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, se estiver 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 tenham sido contratadas pelo Segurado Principal.

6.2.2.2. A cobertura adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IPD-F) não poderá ser concedida ao cônjuge.

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 automática ou facultativa a inclusão, 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 prêmios eventualmente pagos

serão devolvidos atualizados monetariamente pelo IPCA desde a data de pagamento até a 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 se dará conforme estabelecido abaixo:

- a) os certificados terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicados;
- b) para a Proposta de Adesão ou pedido de endosso recebido 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 recebido 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 contendo 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 19 - Cancelamento do Seguro destas Condições Gerais.

7.4. 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 60 (sessenta) dias da data do final de vigência do seguro, a inexistência de interesse na sua renovação.

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 30 (trinta) dias antes do termo final da vigência do contrato.

7.7. A Seguradora fornecerá ao Proponente, seu representante e/ou o 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 no item 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 adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IPD-F), o qual estará limitado 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 ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Contrato de Seguro.

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 respectiva Apólice de Seguro. Neste caso, esse período se aplicará somente à parcela do Capital relativa ao aumento.

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

9. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

9.1. É facultado ao Segurado indicar livremente o(s) Beneficiário(s), ressalvadas as restrições legais. Na falta da indicação de Beneficiário(s), se aplicará, para efeito de pagamento do Capital Segurado, o disposto no art. 792 do Código Civil Brasileiro:

“Art. 792 - Na falta de indicação da pessoa ou Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o Capital Segurado será pago 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 os fins desta Cláusula, 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 Brasileiro, 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 garantia 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 se desobrigará, 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 solicitar a qualquer momento o 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 às normas descritas na Cláusula 6 – Aceitação e Inclusão de Segurados, destas Condições Gerais.

11. 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.

12. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

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

12.1.1. Para efeito de atualização monetária será utilizado o IPCA, sendo que:

- a) na falta, extinção ou proibição do uso do referido índice, a atualização monetária terá por base índice que vier a substituí-lo;
- b) 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.

12.1.2. Os juros de mora pactuados no caso de descumprimento contratual, por qualquer das partes contratantes, será fixado no percentual máximo de 1% (um por cento) ao mês.

12.2. Os valores devidos a título de devolução de prêmios sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice estabelecido no subitem 12.1, 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.

12.3. Os demais valores de obrigações pecuniárias da Seguradora, incluindo as indenizações, sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no subitem 12.1 desta Cláusula. 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, ou seja, a data de ocorrência do evento.

12.3.1. 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 contrato, devem utilizar a taxa estipulada no subitem 12.1.2 desta Cláusula.

13. PRÊMIO, CÁLCULO E RECÁLCULO

13.1. O prêmio de cada Segurado é o produto da aplicação da taxa indicada nas Condições Contratuais da Apólice sobre o respectivo capital da(s) Cobertura(s) contratadas pelo Segurado em relação à sua faixa etária.

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

14. REENQUADRAMENTO E REAJUSTE DOS PRÊMIOS

14.1. Dentro da periodicidade definida na Proposta de Adesão, sempre que ocorrer 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.

Prêmio pago + % de Reajuste da nova faixa etária = Novo prêmio

TABELA DE FAIXAS ETÁRIAS E PERCENTUAIS DE REAJUSTE

Faixa Etária		Reajustes dos Prêmios			
De	Para	MQC+IPA	MQC+IEA+IPA	MQC+IPA+IPD	MQC+IEA+IPA+IPD
14 a 30 anos	31 a 35 anos	08,33%	05,24%	08,58%	05,67%
31 a 35 anos	36 a 40 anos	39,86%	25,82%	41,78%	27,91%
36 a 40 anos	41 a 45 anos	33,10%	23,83%	34,23%	25,28%
41 a 45 anos	46 a 47 anos	53,64%	41,51%	54,95%	43,65%
46 a 47 anos	48 a 49 anos	24,16%	20,30%	24,54%	20,96%
48 a 49 anos	50 a 51 anos	22,53%	19,57%	22,86%	20,14%
50 a 51 anos	52 a 53 anos	20,96%	18,59%	21,15%	19,05%
52 a 53 anos	54 a 55 anos	19,11%	17,34%	19,27%	17,67%
54 a 55 anos	56 a 57 anos	17,69%	16,28%	17,82%	16,58%
56 a 57 anos	58 a 59 anos	16,44%	15,29%	16,53%	15,51%
58 a 59 anos	60 a 61 anos	27,97%	26,31%	28,11%	26,65%
60 a 61 anos	62 a 63 anos	24,80%	23,63%	24,91%	23,86%
62 a 63 anos	64 a 65 anos	08,03%	07,73%	08,06%	07,79%
65 anos	em diante (a cada ano)	08,00%	08,00%	08,00%	08,00%

- Legenda:
- **MQC:** Morte Qualquer Causa
 - **IPA:** Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente
 - **IEA:** Indenização Especial por Acidente
 - **IPD:** Invalidez Permanente Total por Doença

14.2. Independentemente da alteração da faixa etária, o Capital Segurado e o prêmio do seguro serão atualizados monetariamente, conforme estabelecido na Cláusula 11 – Atualização do Capital Segurado e do Prêmio destas Condições Gerais.

15. CUSTEIO DO SEGURO

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

16. 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:

- a) anual;
- b) anual fracionado; ou,
- c) mensal.

17. PAGAMENTO DO PRÊMIO

17.1. 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.

17.1.1. A Seguradora encaminhará o documento a que se refere o subitem 17.1 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.

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

17.2.1. Quando o pagamento for efetuado através da rede bancária, além das informações mínimas a que se refere o subitem 17.1, constarão do documento de

cobrança o número da conta-corrente da Seguradora, o nome e respectiva agência do banco recebedor e, se for o caso, a indicação de que o prêmio poderá ser pago em qualquer agência do mesmo ou de outros bancos.

17.3. 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.

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

- a) não será cobrado nenhum valor adicional a título de custo administrativo de fracionamento;
- b) será garantido ao Segurado, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a conseqüente redução proporcional dos juros pactuados;
- c) os prêmios serão pagos em parcelas sucessivas, não podendo a primeira parcela ser paga em prazo superior a 30 (trinta) dias da data de emissão da Apólice, endosso ou aditivo, bem como a data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar a vigência da Apólice;
- d) 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:

TABELA DE PRAZO CURTO

Relação entre o Prêmio Pago e o Prêmio Total	Fração a ser Aplicada sobre a Vigência Original	Relação entre o Prêmio Pago e o Prêmio Total	Fração a ser Aplicada sobre a Vigência Original
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

17.4.1. Para percentuais não previstos na alínea “d” do subitem 17.4., deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

17.4.2. A Seguradora deverá informar ao Segurado ou ao seu representante legal, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, conforme alínea “d” do subitem 17.4.

17.4.3. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos na Cláusula 12 - Atualização de Valores destas Condições Gerais dentro do novo prazo de vigência ajustado, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da Apólice.

17.4.4. Findo o novo prazo de vigência da cobertura proporcional referida na alínea “d” do subitem 17.4., sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, se dará de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro.

17.4.5. 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.

17.5. O disposto no item 17.4 e respectivos subitens não se aplica aos planos cujo custeio do prêmio se dê sob a forma mensal.

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

17.7. Nos casos previstos no subitem 17.4, 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.

17.8. 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.

17.9. 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).

18. CANCELAMENTO DAS COBERTURAS POR ATRASO NOS PAGAMENTOS DO PRÊMIO MENSAL OU ANUAL

18.1. 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 o cancelamento automático do seguro.

18.1.1. Durante o prazo mencionado no subitem 18.1, as coberturas previstas na

apólice não ficarão prejudicadas.

18.2. O Segurado em mora com o pagamento do prêmio será notificado para pagamento da parcela em atraso, acrescida dos encargos contratualmente previstos na Cláusula 12 - Atualização de Valores destas Condições Gerais.

18.2.1. O não-pagamento dentro do prazo de 30 (trinta) dias do atraso no pagamento da parcela do prêmio 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 esteve vigente o seguro.

19. CANCELAMENTO DO SEGURO

19.1. O presente 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 18 – Cancelamento das Coberturas Por Atraso no Pagamento do Prêmio Mensal ou Anual;
- e) com o fim do novo prazo de vigência da cobertura proporcional referido no subitem 17.4 sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio.

19.2. 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) a solicitação do Segurado Principal.
- d) a inclusão do Dependente no Seguro na condição de Segurado Principal.

19.3. 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 a importância paga à disposição do mesmo.

20. OCORRÊNCIA DE SINISTROS

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

20.2. 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 na Cláusula 22 - Relação de Documentos para Liquidação do Sinistro, que comprove a ocorrência de evento coberto e os respectivos prejuízos indenizáveis.

20.3. Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar ao Segurado e/ou seu(s) Beneficiários(s) outros documentos além daqueles estabelecidos na Cláusula 22 - Relação de Documentos para Liquidação do Sinistro e respectivos subitens, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 20.2. será suspenso e voltará a ser contado a partir do recebimento, pela Seguradora, destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

20.4. Não sendo observado o prazo previsto no subitem 20.2, os valores devidos serão acrescidos de juros moratórios e atualização monetária, conforme definido na Cláusula 12 - Atualização de Valores, além de multa moratória de 2% (dois por cento) ao mês.

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

20.5. 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.

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

21. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

21.1. Os documentos abaixo indicados são imprescindíveis para o procedimento de regulação de sinistro. Assim, deverão ser encaminhados à Seguradora em suas vias originais ou cópias autênticas:

21.2. Em caso de morte:

21.2.1. Formulário Aviso de Sinistro, assinado pelo Beneficiário e pelo médico assistente.

21.2.2. Documentos do Segurado:

I. Morte natural - além do indicado no subitem 21.2.1 desta Cláusula, devem ser apresentados também:

- 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 a causa da morte, com firma reconhecida;
- d) cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença do Segurado;
- e) cópia da CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social);
- f) radiografias e exames médicos do Segurado (quando houver);
- g) declaração do hospital onde a vítima foi atendida (quando houver).

II. Morte acidental: além do indicado no subitem 21.2.1 e no inciso “I” do subitem 21.2.2, deverão ser apresentados ainda os seguintes documentos:

- a) cópia da carteira 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 toxicológico, se houver;
- d) laudo de exame cadavérico (IML);
- e) cópia do auto de reconhecimento de cadáver, em caso de morte por carbonização.

21.2.3. 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 anos;
- b) no caso de beneficiários incapazes:
 - menores sujeitos ao poder familiar: apresentação dos documentos de identificação do pai e da mãe (RG e CPF).
 - menores sujeitos à tutela: apresentação de termo de tutela e documento de identificação do tutor (RG e CPF).
 - 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, apresentar também documentos comprobatórios da qualidade de companheiro(a) do Segurado, no momento do sinistro.

21.3. Em caso de Invalidez Permanente por Acidente:

21.3.1. Formulário Aviso de Sinistro, assinado pelo próprio Segurado, seu cônjuge ou outro dependente do mesmo e também pelo médico assistente.

21.3.2. Documentos do Segurado:

- a) cópia da carteira de identidade (RG), CPF e comprovante de residência do Segurado;
- b) documento que comprove a ocorrência do acidente - boletim de ocorrência (BO) ou comunicação de acidente do trabalho (CAT), conforme o caso;

- c) laudo de exame de corpo de delito (IML), conforme o caso;
- d) cópia da carteira de habilitação, nos casos de acidente de trânsito com veículo conduzido pelo Segurado;
- e) relatório médico assinado pelo médico assistente informando o grau de invalidez; e
- f) documentação médica ou exames realizados.

21.4. Em caso de Invalidez Funcional Permanente por Doença:

21.4.1. Formulário Aviso de Sinistro, assinado pelo próprio Segurado, seu cônjuge ou outro dependente do mesmo e também pelo médico assistente, do qual deve constar:

- a) declaração médica indicando a data da invalidez funcional permanente e total por doença (data do sinistro);
- b) informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre como quadro clínico incapacitante, conforme definido nos subitens 4.4.1 a 4.4.3 da Cláusula 4 - Conceito das Coberturas, destas Condições Gerais.

21.4.2. Documentos do Segurado:

- a) cópia da carteira de identidade (RG), CPF e comprovante de residência do Segurado;
- b) relatório do médico-assistente indicando data do 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 autonômicas do Segurado; e
- c) 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 na alínea anterior.

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

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

21.6.1. A referida 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.

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

22. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

22.1. Conforme estabelecido nos artigos 765 e 766 do Código Civil Brasileiro, e além dos casos previstos em Lei, o Segurado perderá o direito às garantias e coberturas previstas neste Contrato de Seguro e respectiva Apólice, ficando a Seguradora isenta de qualquer obrigação deles decorrente, sujeitando-se o Segurado, ainda, às sanções previstas na legislação e no Contrato de Seguro, se ele e/ou seu representante legal ou Corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, ficando ainda obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

22.1.1. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé, a Seguradora poderá:

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

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

- a) inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;**
- b) prática de infrações ou fraudes, com o propósito de obter vantagem ilícita com o seguro;**
- c) não-fornecimento da documentação solicitada; e**
- d) agravamento intencional do risco objeto do contrato, conforme previsto no art. 768 do Código Civil Brasileiro.**

22.3. Caso ocorra incidente suscetível de agravar o risco coberto, o Segurado deverá comunicar o fato de imediato e por escrito à Seguradora, sob pena de perder o direito à garantia, conforme estabelecido no art. 769 do Código Civil Brasileiro.

22.3.1. A Seguradora poderá cancelar o contrato de seguro, mediante comunicação escrita ao Segurado dentro do prazo de 15 (quinze) dias do recebimento do aviso de agravação, conforme previsto no § 1º do artigo 769 do Código Civil Brasileiro.

22.3.2. Nos termos do § 2º do artigo 769 do Código Civil Brasileiro, o cancelamento previsto no subitem anterior será eficaz somente após decorridos 30 (trinta) dias da notificação do Segurado.

23. 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.

24. TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS

No seguro 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:

25. ALTERAÇÃO NO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA

25.1. O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, através de endosso, mediante acordo entre a Seguradora e o Segurado.

25.2. Efetivado o 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 prerrogativa de não renovar a Apólice na data de seu vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da Apólice.

28. FORO

Fica eleito o foro da Comarca do domicílio do Segurado, ou do Beneficiário, 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.

SORTEIO – GRATUITO

1. O Segurado Titular da presente apólice participará gratuitamente de 4 (quatro) sorteios mensais, nos últimos 4 (quatro) sábados de cada mês, a partir do mês seguinte à sua adesão no seguro, por intermédio de títulos de capitalização garantidos pela Sul América Capitalização, cujo valor da premiação será de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) cada. Sobre o valor do prêmio de sorteio incidirá imposto de renda, na forma prevista na legislação vigente à época.

2. A Seguradora se obriga a adquirir, nos termos da lei, títulos de capitalização, e ceder os direitos deles originados ao Segurado, notadamente no que tange à participação nos sorteios.

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

4. 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.

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

6. Cada título concorrerá, a partir do mês seguinte a sua adesão ao seguro, a 4 (quatro) sorteios mensais pela extração da Loteria Federal do Brasil, realizado nos quatro últimos sábados de cada mês.

7. 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:

1º Prêmio 48.39 7

2º Prêmio 63.26 3

3º Prêmio 15.27 9

4º Prêmio 23.75 5

5º Prêmio 18.02 0

Nº Sorteado: 73.950

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

9. Quando contemplado, o Segurado será comunicado pela Seguradora por escrito, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a partir da data do sorteio.

10. 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.

11. O Segurado só terá direito a participar dos sorteios caso esteja em dia com os pagamentos do prêmio do seguro e não esteja enquadrado nos termos previstos nas Cláusulas 18 e 19 destas Condições Gerais.

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

13. 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 estabelecidas nestas Condições Gerais, ou haja qualquer impedimento à vinculação da Loteria Federal 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.

14. Ao aderir a este Contrato de Seguro o Segurado aceita que a premiação poderá ser divulgada, para fins promocionais, à 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.

1. OBJETIVO

A Seguradora garante o serviço de sepultamento ou, se for o caso, de cremação, em caso de falecimento do Segurado Principal (plano titular), seu cônjuge e filhos até 21 (vinte e um) anos de idade (plano familiar).

2. SERVIÇOS

2.1. Traslado nacional: da cidade onde ocorrer o óbito até o local de domicílio do Segurado ou local de sepultamento., sem limite de despesas.

2.2. Funeral: abrangendo a organização do evento e também o fornecimento dos seguintes materiais:

- urna funerária, com ou sem visor e/ou ornamentação padrão luxo
- coroa de flores
- manta mortuária
- véu
- carro fúnebre
- registro em cartório
- livro de presença
- jogo de paramentos
- velas
- comunicado em jornal
- taxa da capela

2.3. Cremação: a se realizar no Brasil, abrangendo traslado da cidade onde ocorrer o óbito para a cidade mais próxima onde existir o serviço de cremação, bem como o retorno da cinzas aos familiares.

2.4. Sepultamento: em jazigo da família ou em jazigo locado pela Seguradora pelo período de até 3 (três) anos, na cidade do território nacional indicada pela família do Segurado, ou, caso seja comprovadamente inviável, na cidade mais próxima do local do óbito.

3. LIMITE DE DESPESAS

Os serviços previstos nos subitens 2.2, 2.3 e 2.4, em conjunto, estão limitados ao valor máximo de até R\$ 3.000,00 (três mil reais). Os gastos excedentes ao referido limite não serão de responsabilidade da Seguradora.

4. INFORMAÇÕES, ACIONAMENTO E PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS

4.1. Para acionamento dos serviços, deverá ser contatada obrigatoriamente a

Central de Atendimento da Seguradora pelo telefone **0800 701 4120**.

4.2. Os serviços do Liberty Assistência Funeral serão fornecidos baseados nos valores definidos para cada procedimento.

4.3. O Liberty Assistência Funeral não fará qualquer tipo de reembolso que não tenha sido previamente autorizado pela Central de Atendimento da Seguradora, e tampouco será responsável por falhas na prestação dos serviços ou por não conseguir prestar os serviços solicitados em casos de força maior, tais como greves, manifestações populares, estados de calamidade pública, enchentes e catástrofes naturais, ou ainda na inexistência dos citados serviços na região de ocorrência.

5. PERDA DE DIREITOS AOS SERVIÇOS:

O Segurado e/ou os Beneficiários perderão o direito a qualquer serviço e o seguro ficará automaticamente cancelado nos seguintes casos:

- a) omissão ou inexatidão de informações prestadas pelo Segurado, em qualquer época, que sejam fundamentais para aceitação e fixação do prêmio, bem como pela manutenção do seguro pela Seguradora;**
- b) fraude, má-fé, ou atos contrários à lei praticados pelo Segurado, seus beneficiários e/ou representantes, a qualquer tempo;**
- c) despesas ou reembolsos de qualquer natureza, sem prévio contato com a Central de Atendimento.**

1. OBJETIVO

Propiciar ao Segurado e/ou seu(s) Beneficiário(s) assistência 24 (vinte e quatro) horas para as situações emergenciais a seguir discriminadas.

2. DEFINIÇÃO

A Liberty Assistência 24 Horas é um serviço de assistência via atendimento telefônico 24 (vinte e quatro) horas por dia, 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias por ano, que visa assistir o Segurado da **Liberty Seguros** em situações difíceis ou emergências, quando este estiver em viagens a uma distância superior a 100 (cem) km de sua residência.

3. CONTRATAÇÃO

A Liberty Assistência 24 Horas somente pode ser contratada para o Segurado Titular.

4. SERVIÇOS

4.1. Remoção Hospitalar

Em caso de acidente pessoal ou doença súbita do Segurado, ocorrido durante viagem, de acordo com a natureza e gravidade das lesões ou sintomas e após ter sido prestado o atendimento emergencial, o mesmo será transferido para o centro hospitalar mais adequado ao seu atendimento, podendo essa transferência ser feita por ambulância, avião comercial ou avião UTI, a critério da equipe médica responsável.

Limite de despesas: R\$ 3.000,00 (três mil reais).

4.2. Despesas Médicas, Cirúrgicas e de Hospitalização

Em caso de acidente pessoal ou doença súbita ocorridos com o Segurado durante viagem, será garantido o pagamento das despesas respectivas, mediante apresentação do relatório médico justificando os custos e honorários médicos daí decorrentes, bem como as despesas cirúrgicas e gastos de hospitalização.

Limite de despesas: R\$ 5.000,00 (cinco mil reais).

4.3. Despesas Odontológicas

Garante ao Segurado o pagamento de despesas odontológicas havidas em casos de urgência (acidente pessoal ou doença súbita ocorrida com o mesmo durante viagem), mediante apresentação de relatório do odontologista.

Limite de despesas: R\$ 200,00 (duzentos reais).

4.4. Despesas Farmacêuticas

Garante ao Segurado o pagamento de despesas farmacêuticas havidas em casos de acidente pessoal ou doença súbita ocorridos com o mesmo durante viagem, desde que prescritas pelo médico responsável pelo atendimento.

Limite de despesas: R\$ 200,00 (duzentos reais).

4.5. Transporte e Envio de Familiar

Garante o fornecimento de uma passagem aérea de classe econômica, em percurso de ida e volta, para um familiar ou pessoa indicada pelo Segurado, quando, por motivo de doença súbita ou acidente pessoal ocorridos com o mesmo durante viagem, tiver que permanecer hospitalizado por mais de 10 (dez) dias, no Brasil ou no exterior, desde que ele esteja desacompanhado.

Limite de despesas: R\$ 1.200,00 (um mil e duzentos reais) no Brasil / R\$ 3.000,00 (três mil reais) no exterior

4.6. Hospedagem para Familiar

Garante o pagamento de hospedagem para um familiar ou pessoa indicada pelo Segurado, quando o mesmo ficar hospitalizado por motivo de doença súbita ou acidente pessoal ocorridos durante viagem, por mais de 10 (dez) dias.

Limite de despesas: R\$ 100,00 (cem reais) por diária, para até 10 diárias, excluídas quaisquer despesas extras.

4.7. Prolongamento de Estadia

Garante ao Segurado o pagamento das despesas necessárias ao prolongamento de sua estadia, imediatamente após a alta hospitalar, se essa permanência tiver sido prescrita pelo médico local ou pela equipe médica indicada pela Liberty Assistência 24h.

Limite de despesas: R\$ 100,00 (cem reais) por diária, para até 10 diárias, excluídas quaisquer despesas extras.

4.8. Retorno do Paciente após Alta Hospitalar

Após alta hospitalar, se o Segurado não estiver em condições de retornar a sua residência como passageiro regular, a Liberty Assistência 24h 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 24h assumirá a diferença de tarifa para o regresso ou continuidade da viagem interrompida (desde que os gastos não sejam superiores ao valor para seu retorno).

Limite de Despesas: R\$ 2.000,00 (dois mil reais)

4.9. Acompanhamento de Menores de 14 Anos

Se o Segurado vier a falecer ou ficar hospitalizado durante viagem e tenha menores de 14 anos sob sua responsabilidade que, por esse motivo, fiquem desacompanhados, a Liberty Assistência 24h se encarregará 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 (três mil reais)

4.10. Traslado

Ocorrendo o falecimento do Segurado por motivo de doença súbita ou acidente pessoal ocorridos durante viagem, a Liberty Assistência 24h cuidará das formalidades necessárias para o retorno do corpo até o local de seu sepultamento, no Brasil, mais próximo à sua residência. Todas as demais despesas relativas à cerimônia do funeral serão de responsabilidade da família do Segurado.

Limite de Despesas: R\$ 2.000,00 (dois mil reais)

4.11. Regresso Antecipado em Caso de Falecimento de Parentes

Garante o pagamento das despesas adicionais de transporte, resultantes da volta antecipada do Segurado ao seu local de domicílio, quando em viagem, em virtude de falecimento de parente de 1º Grau (cônjuge, filhos, pais e/ou irmãos). Este serviço é válido quando o Segurado não puder utilizar sua passagem original emitida com prazo determinado. A Liberty Assistência 24h 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 seu retorno ao seu domicílio.

Limite de despesas: R\$ 600,00 (seiscentos reais) no Brasil / R\$ 1.500,00 (um mil e quinhentos reais) no exterior

4.12. Localização e Encaminhamento de Bagagem Extraviada

Garante a assessoria necessária ao Segurado para as providências de busca e a denúncia de extravio de bagagem, dentro dos limites da área de responsabilidade da empresa transportadora. Caso a bagagem seja localizada, será remetida até onde se encontre o Segurado ou ao seu local de domicílio, desde que o mesmo comunique imediatamente a companhia aérea e tenha uma prova escrita desta notificação (Formulário "PIR") e entre em contato com a Liberty Assistência 24h até 3 (três) dias após o ocorrido.

Limite de Despesas: R\$ 300,00 (trezentos reais)

4.13. Transmissão de Mensagens Urgentes

A Liberty Assistência 24h, quando necessário, se responsabilizará pela transmissão de mensagens urgentes solicitadas pelo Segurado aos seus parentes, empresa ou médico particular, informando o seu estado de saúde e sua localização.

4.14. Informações para Fins de Viagem

A Liberty Assistência 24h, quando necessário, fornecerá ao Segurado informações via telefone para fins de viagem sobre vacinas, telefones úteis, vistos, consulados etc.

5. ABRANGÊNCIA DOS SERVIÇOS

Todos os serviços são estendidos ao território brasileiro e exterior, fora do domicílio do Segurado, com exceção daqueles previstos nos subitens 4.2, 4.3, 4.4 e 4.9, que são válidos exclusivamente no exterior.

6. LIMITAÇÕES DA LIBERTY ASSISTÊNCIA 24H

6.1. Os serviços são válidos para todas as viagens que o Segurado realizar durante a vigência do seguro, desde que o tempo de permanência fora de seu domicílio não seja superior a 60 (sessenta) dias por viagem.

6.2. Os limites de despesas são válidos para toda a vigência do seguro (limite anual)

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

6.4. O cancelamento do seguro Liberty Vida Especial implica no cancelamento da Liberty Assistência 24 Horas.

6.5. A Liberty Assistência 24 Horas será cancelada automaticamente na data em que o Segurado completar 75 (setenta e cinco) anos de idade, ou deixar de ter residência habitual no Brasil.

6.6. O Segurado não terá direito a reembolso de gastos efetuados sem a prévia autorização da Liberty Assistência 24 Horas.

6.7. Ficam excluídas da Liberty Assistência 24 Horas 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) prática do Segurado de esportes como profissional ou daqueles considerados de alto risco (inclusive esqui), ou a sua participação em competições oficiais ou de exibição;
- d) acidentes causados por material radioativo;
- e) 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.

OBS: Para acionar a **Liberty Assistência 24 Horas** basta ligar gratuitamente para os telefones: **0800 701 4120** (no Brasil) ou **(55 11) 4331 5187** (no exterior – ligação a cobrar).

SERVIÇO ADICIONAL - LIBERTY ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

1. SERVIÇOS

1.1. Chaveiro em caso de perda ou quebra de chave

Caso o Segurado necessite entrar em sua residência e tenha perdido a chave ou quebrado a mesma dentro da fechadura da porta principal, a Liberty Assistência Domiciliar se encarregará do envio de um chaveiro para a realização do serviço. Os custos que excederem o limite a seguir fixado, bem como qualquer despesa com material, será de responsabilidade do Segurado.

Limite de despesas: R\$ 60,00 (sessenta reais) por evento, para até 2 (duas) ocorrências por vigência.

1.2. Eletricista

Se, em decorrência de roubo ou furto qualificado com ou sem ações de vandalismo, arrombamento, incêndio, raio, explosão, desmoronamento, vendaval, granizo, fumaça e impacto de veículo que ocasionem danos ao imóvel, a residência fique sem energia elétrica ou sujeita a falta de energia, a Liberty Assistência Domiciliar enviará até o local um profissional eletricista para execução do reparo emergencial necessário. Caso seja tecnicamente possível, ele providenciará o isolamento da parte danificada, possibilitando a religação da energia.

Limite de despesas: R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais) por evento, para até 2 (duas) ocorrências por vigência.

1.3. Encanador

Se, em decorrência de roubo ou furto qualificado com ou sem ações de vandalismo, arrombamento, incêndio, raio, explosão, desmoronamento, vendaval, granizo, fumaça e impacto de veículo que ocasionem danos ao imóvel, a residência seja alagada ou fique sujeita a alagamento em decorrência de rompimento ou vazamento súbito e imprevisto das instalações hidráulicas, a Liberty Assistência Domiciliar enviará profissionais especializados em serviços hidráulicos para o atendimento emergencial, caso tecnicamente possível. Este serviço exclui a desobstrução de qualquer entupimento causado por água suja.

Limite de despesas: R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) por evento, para até 2 (duas) ocorrências por vigência.

2. EXCLUSÕES

A Liberty Assistência Domiciliar não se responsabilizará pela prestação dos serviços ora previstos em caso de:

- a) sinistro em consequência de guerra, invasão, operação bélica, rebelião ou revolução, greves e tumultos;
- b) sinistro em consequência de acidentes radioativos ou atômicos;
- c) confisco ou requisição por ordem de autoridades governamentais ou públicas;
- d) gastos em hotéis e restaurantes não previstos nas garantias do contrato;
- e) despesas com peças de reposição ou de manutenção do imóvel;
- f) sinistros em consequência de alagamento;
- g) eventos decorrentes de problemas ocorridos anteriormente ao contrato ou que caracterizem a falta de manutenção do imóvel;
- h) evento e consequências causadas por dolo ou imperícia do Segurado;
- i) perdas ou danos ocasionados por incêndio ou explosão decorrente, direta ou indiretamente, de terremotos, erupção vulcânica, inundação ou qualquer outra convulsão da natureza;
- j) despesas de qualquer natureza sem autorização prévia da Liberty Assistência e/ou superiores aos limites fixados para cada cobertura.

OBS: Para acionar a Liberty Assistência basta ligar para o telefone **0800 701 4120**.

IMPORTANTE

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

Liberty Seguros S/A - CNPJ: 61.550.141/0001-72
Código SUSEP do Produto: 15414.100616/2003-46
Sul América Capitalização S/A - SULACAP - CNPJ: 03.558.096/0001-04
Código SUSEP do Produto: 15414.002346/2003-17

Versão: Outubro/2009