

CARO(A) SEGURADO(A)

Parabéns! Você acaba de adquirir o **Liberty Acidentes Pessoais Individual**, um seguro de vida com amplas coberturas e serviços opcionais, além de ter a possibilidade de ganhar R\$ 10.000,00* todo mês pela Loteria Federal.

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

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

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

Os requisitos imprescindíveis para recorrer são:

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

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

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

Obrigado por escolher a Liberty Seguros.

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

Luis Maurette

Presidente



**Liberty
Seguros**



100 anos de Brasil

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

CONDIÇÕES GERAIS - LIBERTY ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL	5
I- GLOSSÁRIO DE TERMOS E DEFINIÇÕES DO SEGURO	5
II - CLÁUSULAS E CONDIÇÕES	8
1. Das Declarações do Segurado	8
2. Âmbito Geográfico	8
3. Objetivo do Seguro	8
4. Conceito das Coberturas Básicas	8
5. Riscos Excluídos	14
6. Aceitação do Seguro	15
7. Vigência e Renovação da Apólice	16
8. Carências	17
9. Franquia	17
10. Designação e Alteração de Beneficiário(s)	17
11. Capital Segurado	18
12. Atualização do Capital Segurado e do Prêmio	18
13. Atualização de Valores	18
14. Prêmio, Cálculo e Recálculo	19
15. Periodicidade de Pagamento do Prêmio	19
16. Pagamento do Prêmio	19
17. Cancelamento das Coberturas por Atraso nos Pagamentos do Prêmio Mensal ou Anual	22
18. Ocorrência de Sinistros	22
19. Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro	23
20. Transformação da Indenização em Renda	24
21. Perda de Direito à Indenização	25
22. Cancelamento do Seguro	26
23. Material de Divulgação	26
24. Transferência de Direitos	26
25. Cláusulas Adicionais	27
26. Ratificação	27
27. Prescrição	27
28. Disposições Gerais	27
29. Foro Contratual	27
CONDIÇÕES ESPECIAIS	28
COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)	28
1. Objetivo da Cobertura	28
2. Capital Segurado	28
3. Caracterização	28
4. Riscos Excluídos	28
5. Livre Escolha	29



ÍNDICE

6. Franquia	29
7. Comprovação das Despesas	29
8. Pagamento do Reembolso	30
9. Reintegração do Capital Segurado	30
10. Acumulação de Indenizações	30
11. Término da Cobertura	31
12. Disposições Gerais	31
LIBERTY SORTEIO	31
SERVIÇO ADICIONAL - LIBERTY ASSISTÊNCIA VIAGEM	32
1. Objetivo	32
2. Descrição	32
3. Contratação	32
4. Coberturas	33
5. Abrangência das Coberturas	34
6. Limitações do Seguro	34

I. GLOSSÁRIO DE TERMOS E DEFINIÇÕES DO SEGURO

Acidente Pessoal: é o evento com data caracterizada, exclusiva e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a) Incluem-se, ainda, nesse conceito:

- a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparada, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- a.3) os acidentes decorrentes de escapamento de acidental de gases e vapores;
- a.4) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e,
- a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) Excluem-se desse conceito:

- b.1) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b.2) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- b.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Contínuo ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médica-científica, bem como as conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e,
- b.4) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência e assemelhadas, como “invalidez previdenciária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.

Agravamento do Risco: é uma circunstância que após a contratação do seguro, aumenta a probabilidade de ocorrência de sinistro, independente ou não da vontade do Segurado.

Apólice: é o documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais.

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

Beneficiários: são as pessoas designadas pelo Segurado para receber o valor do Capital Segurado, na hipótese de sua morte devidamente coberta. No caso das coberturas de Invalidez Permanente por Acidente e Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas o Beneficiário será o próprio Segurado.

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

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 à despesas administrativas e de comercialização do Seguro.

Condições Contratuais: é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice, de eventuais endossos e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual do seguro.

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

Condições Gerais: é o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade seguradora, dos segurados, dos beneficiários, e quando couber, do estipulante.

Corretor de Seguros: é o profissional habilitado e autorizado a angariar e promover contratos de seguros, remunerados mediante comissões estabelecidas nas tarifas. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site da www.susep.gov.br, por meio do seu número de registro na SUSEP - Superintendência de Seguros Privados, nome completo, CNPJ ou CPF.

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

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

Endosso: é o documento emitido pela Seguradora, acessório ao contrato de seguro, que formaliza toda e qualquer alteração na Apólice, durante sua vigência, implicando em modificação de dados, condições ou objeto do contrato de seguro ou sua transferência para outrem. Uma vez anexado à Apólice, o Endosso passa a prevalecer sobre as condições originais do contrato.

Evento Coberto: é o acontecimento 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.

Franquia: é a participação obrigatória do Segurado em caso de sinistro, a qual é definida na cobertura contratada e corresponde ao valor informado nas condições contratuais e que será deduzido do total de prejuízos indenizáveis.

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

Médico Assistente: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consangüíneos ou afins, mesmo que habilitados para exercer a prática da medicina.

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

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

Proponente: é o interessado em contratar a cobertura(s) securitária(s).

Proposta de Contratação: documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

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

Regime Financeiro de Repartição Simples: é aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados neste mesmo período.

Regulação do Sinistro: são os procedimentos realizados pela Seguradora para apuração e exame das causas e circunstâncias que caracterizaram o sinistro e, em face dessas verificações, concluir sobre a sua cobertura, bem como se o Segurado cumpriu as suas obrigações legais e contratuais.

Riscos Excluídos: são aqueles riscos, previstos nas condições gerais e/ou especiais que não serão cobertos pelo presente contrato de seguro.

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

Segurado: é a pessoa física regularmente incluída e aceita no seguro.

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

SUSEP - Superintendência de Seguros Privados: autarquia Federal fiscalizadora e reguladora das entidades do mercado securitário.

II. CLÁUSULAS E CONDIÇÕES

1. DAS DECLARAÇÕES DO SEGURADO

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

2. ÂMBITO GEOGRÁFICO

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.

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

3. OBJETO DO SEGURO

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

3.1. O presente seguro tem por objetivo garantir ao Segurado ou aos seus Beneficiários o pagamento de uma importância em dinheiro, limitado ao valor do Capital Segurado contratado, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, previstos nas coberturas constantes do clausulado abaixo, desde que contratadas pelo Segurado, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais.**

3.2. As coberturas deste Seguro dividem-se em básicas e adicionais:

3.2.1. Coberturas Básicas:

- a) Morte Acidental (**MA**); e,
- b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (**IPA**).

3.2.2. Cobertura Adicional:

- a) Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (**DMHO**).

3.3. O Proponente deverá informar no formulário denominado “Proposta de Contratação”, quais coberturas pretende contratar, **sendo uma das básicas obrigatoria.**

3.3.1. A descrição e as normas da cobertura adicional está regulada nas respectivas Condições Especiais destas Condições Gerais.

4. CONCEITO DAS COBERTURAS BÁSICAS

4.1. Morte Acidental (MA)

Desde que contratada garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do valor do capital segurado contratado para esta cobertura em caso de morte do segurado causado, **exclusivamente**, por

acidente pessoal coberto pelo seguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.**

4.1.1. Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina-se ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando que:

- incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e,
- não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, sepulturas, jazigos ou carneiros e outros similares.

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

Desde que 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.**

4.2.1. 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.

4.2.2. 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 4.2.12. destas Condições Gerais.

4.2.3. 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.

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

4.2.5. 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.

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

4.2.7. 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.

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

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

4.2.9.1. 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.

4.2.10. 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 conseqüência do mesmo acidente, será deduzida, do valor do Capital Segurado a ser pago, o valor já indenizado em razão da Invalidez Parcial por Acidente.

4.2.11. 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.**

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

Invalidez Permanente	Discriminação	% Sobre Cap. Seg.
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e 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

Invalidez Permanente	Discriminação	% Sobre Cap. Seg.
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total de uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
	PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores
Perda total do uso de um dos pés		50
Fratura não consolidada de um fêmur		50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros		25
Fratura não consolidada da rótula		20
Fratura não consolidada de um pé		20
Anquilose total de um dos joelhos		20
Anquilose total de um dos tornozelos		20
Anquilose total de um quadril		20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé		25
Amputação do 1º (primeiro) dedo		10
Amputação de qualquer outro dedo		03
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalentes 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	06	
- Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização		
DIVERSAS	Mandíbula	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	Em grau mínimo	10
	Em grau médio	20
	Em grau máximo	30

Invalidez Permanente	Discriminação	% Sobre Cap. Seg.
DIVERSAS	Nariz	
	Perda total do nariz	25
	Perda total do olfato	07
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	Aparelho Visual	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais	
	Unilateral	07
	Unilateral com fístulas	15
	Bilateral	14
	Bilateral com fístulas	25
	Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris	
	Ectrópio unilateral	03
	Ectrópio bilateral	06
	Entrópio unilateral	07
	Entrópio bilateral	14
	Má oclusão palpebral unilateral	03
	Má oclusão palpebral bilateral	06
	Ptose palpebral unilateral	05
	Ptose palpebral bilateral	10
	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	08
	Perda total das duas orelhas	16
	Perda do Uso de Membros sem Perda Anatômica	
	A Perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.	
	Perda do Baço	15
	Aparelho Urinário	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência urinária permanente	30
	Perda de um rim	
	Função renal preservada	30
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Redução da função renal (dialítica)	75
	Aparelho Genital e Reprodutor	
	Perda de um testículo	10
Perda de dois testículos	30	
Amputação traumática do pênis	50	

Invalidez Permanente	Discriminação	% Sobre Cap. Seg.
DIVERSAS	Perda do útero antes da menopausa	40
	Perda do útero depois da menopausa	10
	Parede Abdominal	
	Hérnia traumática	10
	Pescoço	
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Paralisia de um corda vocal	10
	Paralisia de duas cordas vocais	30
	Traqueostomia definitiva	40
	Tórax	
	Aparelho Respiratório	
	Seqüelas pós-taumáticas pleurais	10
	Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia - parcial ou total)	
	Função respiratória preservada	15
	Redução em grau mínimo da função respiratória	25
	Redução em grau médio da função respiratória	50
	Insuficiência respiratória	75
	Mamas	
	Mastectomia unilateral	10
	Mastectomia bilateral	20
	Abdômem (Órgão e Vísceras)	
	Gastrectomia subtotal	20
	Gastrectomia total	40
	Intestino Delgado	
	Ressecção parcial	20
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva.	40
	Intestino Grosso	
	Colectomia parcial	20
	Colectomia total	40
	Colostomia definitiva	40
	Reto e Ânus	
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Incontinência fecal com prolapso	50
	Retenção anal	10
	Fígado	
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	Lobectomia com insuficiência hepática	50
	Extirpação da vesícula biliar	07
	Síndromes Neurológicas	
Epilepsia pós-traumática	20	
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20	
Síndrome pós-concussional	05	

5. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como contaminação radiativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) ato de operação de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha ou revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos terroristas, ou qualquer perturbações da ordem pública e delas decorrentes exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) doenças, lesões ou acidentes preexistentes à contratação do seguro, não declarados na Proposta de Contratação e de conhecimento da Segurado;
- d) direta ou indireta de quaisquer alterações mentais conseqüentes do uso do álcool, de drogas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas;
- e) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- f) suicídio e suas tentativas, 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) 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) a prática, por parte do Segurado, de atos contrários à Lei, inclusive a condução ou pilotagem de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal;
- i) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando do exercício de serviço militar, da prática de atos de humanidade em auxílio de outrem, da utilização de meio de transporte mais arriscado ou da prática de esporte.

5.2. Também não se encontram cobertos por nenhuma das coberturas do presente seguro:

- a) as doenças (inclusive as profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de microtraumas de repetição tais como DORT - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, LER - Lesões por Esforços Repetitivos, Tenossinovite, etc), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente;
- b) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências;
- d) o parto ou aborto e suas conseqüências, mesmo quando decorrentes de acidente coberto;
- e) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamento, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- f) o choque anafilático e suas conseqüências, mesmo que o tratamento médico ocorra em virtude de acidente pessoal coberto;

- g) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER - DORT - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura, as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal;
- h) indenizações ou prejuízos decorrente de acordo ou condenação judicial por danos morais.

6. ACEITAÇÃO DO SEGURO

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

- a) em boas condições de saúde; e,
- b) tenha a idade de até 70 (setenta) anos na data do início da vigência individual do Segurado.

6.2. A Seguradora terá o prazo de 15 dias para avaliar a Proposta de Contratação, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificações no risco. A ausência de manifestação, por escrito, da sociedade seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

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

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

6.3.1. A Proposta de Contratação 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.

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

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

6.4.1. Uma vez solicitada a documentação complementar, o prazo de 15 (quinze) dias para a aceitação ou recusa, será suspenso e a contagem do prazo voltará a correr às 24 (vinte e quatro) horas da data em que for protocolada a entrega da mesma.

6.4.2. 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.

6.4.3. A não aceitação da Proposta de Contratação, 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 índice estabelecido no contrato, conforme legislação vigente.

7. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

7.1. A Apólice terá seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas da(s) data(s) definida nas Condições Contratuais da Apólice.

7.2. A Seguradora providenciará a emissão da Apólice ou do endosso no prazo de 02 (dois) dias úteis, a partir da data da aceitação da proposta.

7.3. Para as Propostas de Contratação recebidas 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.

7.4. As Propostas de Contratação recebidas com adiantamento de valor para futuro pagamento, parcial ou total, do prêmio, desde que aceita a proposta, terão seu início de vigência às 24 horas da data em que a Seguradora receber a proposta assinada pelo Segurado, Proponente ou seu representante legal.

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

7.6. A renovação automática a que se refere este item não se aplica aos segurados ou à Seguradora que comunicarem desinteresse na continuidade do contrato, caso avisem, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias da data do final de vigência do contrato, a inexistência de interesse na sua renovação.

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

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

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

7.10. À proposta de renovação se aplicam os mesmos prazos e procedimentos de aceitação indicados no **item 6 - Aceitação do Seguro** destas Condições Gerais.

8. CARÊNCIAS

8.1. 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.**

9. FRANQUIA

9.1. A Seguradora poderá estabelecer uma franquia, em valor fixo, em moeda nacional (R\$), limitado em até R\$ 500,00 (quinhentos reais), para a cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (DMHO).

9.1.1. A franquia em valor fixo será informada nas Condições Contratuais, na Proposta de Contratação e na Apólice **sendo dedutível e aplicada sobre o valor total dos prejuízos indenizáveis.**

10. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S)

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

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

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

10.2. Para fins deste dispositivo, a(o) companheira(o) será equiparada(o) à(o) 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”.

10.3. 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 cobertura de alguma obrigação, é lícita a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade”.

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

10.5. No caso das coberturas de Invalidez Permanente por Acidente e Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas, previstas nestas Condições Gerais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado Principal.

10.5.1. 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.

11. CAPITAL SEGURADO

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

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

- a) nas Coberturas Básicas de Morte Acidental e Invalidez Permanente e Total ou Parcial por Acidente, a data do acidente; e
- b) nas Coberturas Adicionais eventualmente contratadas, as definidas em cada uma das respectivas condições Especiais destas Condições Gerais.

11.2. A Seguradora pode recusar ou aceitar sob restrições ou condições especiais, o Capital Segurado que ultrapassar o seu respectivo limite de retenção, calculado nos termos da regulamentação específica.

12. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO

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

13. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

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

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

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

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

13.1.2. Os juros de mora pactuados no caso de descumprimento contratual será fixado no percentual máximo de 02%(dois por cento) ao mês.

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

- a) No caso de cancelamento do contrato: a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora;
- b) No caso de recebimento indevido de prêmio: a partir da data de recebimento do prêmio;

- c) No caso de recusa da Proposta de Seguro ou Proposta de contratação: a partir da data de formalização da recusa, se ultrapassado o prazo de 10 (dez) dias.

13.3. Os demais valores das obrigações pecuniárias da Seguradora, **incluindo as indenizações**, sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido acima.

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.

Considera-se data de exigibilidade a data de ocorrência do evento.

13.3.1. Os valores relativos às obrigações pecuniárias serão acrescidos de multa, quando prevista no Contrato 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 item 13.1.2. acima.

14. PRÊMIO, CÁLCULO E RECÁLCULO

14.1. O prêmio de cada Segurado é o produto da taxa indicada nas Condições Contratuais da Apólice pelo respectivo capital da(s) Cobertura(s) contratadas pelo Segurado.

14.1.1. O aumento na taxa deverá ser realizado por endosso ou aditivo ao contrato com concordância expressa e escrita do Segurado, observado o disposto no **item 22 - Cancelamento do Seguro** destas Condições Gerais.

15. PERIODICIDADE DE PAGAMENTO DO PRÊMIO

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

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

16. PAGAMENTO DO PRÊMIO

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

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

16.1.1. A Seguradora encaminhará o documento a que se refere o subitem **16.1** 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 05 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.

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

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

16.3.1. Quando o pagamento for efetuado através da rede bancária, além das informações mínimas a que se refere o **subitem 16.1.**, deverão constar 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.

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

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

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

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

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

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

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

16.5.5. Para percentuais não previstos no **subitem 16.5.4.** deste artigo, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

16.5.6. A Seguradora deverá informar ao Segurado ou ao seu representante legal, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, conforme **item 16.5.4.** acima.

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

16.5.8. Findo o novo prazo de vigência da cobertura proporcional referida no subitem 16.5.4., sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, operará de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro.

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

16.5.10. Respeitado o disposto no **item 16.5,** quando o pagamento do prêmio for efetuado por meio de carnê, neste deverão constar, obrigatoriamente, as seguintes informações, quando for o caso:

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

16.5.11. O disposto no **item 16.5** e seus respectivos subitens não se aplica aos planos cujo custeio do prêmio se dê sob a forma mensal.

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

16.7. Nos casos previstos no **item 16.5,** 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.

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

16.9. 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.

16.10. 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).

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

17.1. 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 dias, não acarretará no cancelamento automático do seguro.

17.1.1. Durante os 30 (trinta) dias mencionados no item anterior, as coberturas previstas na apólice não ficarão prejudicadas.

17.2. O Segurado em atraso com o pagamento do prêmio será notificado para pagamento da parcela do prêmio em atraso, acrescida dos encargos contratualmente previstos **no item 13 - Atualização de Valores** destas Condições Gerais.

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

18. OCORRÊNCIA DE SINISTROS

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

18.2. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento do Capital Segurado devido pelo presente Contrato de Seguro, contados a partir do recebimento pela Seguradora de toda documentação listada no item 19 – Relação de documentos para Liquidação do Sinistro, que comprove a ocorrência de Sinistro coberto pela Apólice e os prejuízos indenizáveis.

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

18.4. Não respeitado o prazo previsto no **subitem 18.2.** os valores devidos serão acrescidos de juros moratórios, e atualização monetária conforme definido no **item 13 - Atualização de Valores.**

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

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

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

19. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

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

19.2. Para Cobertura Básica Morte Acidental:

19.2.1. Formulário

- a) Aviso de sinistro.

19.2.2. Documentos do Segurado

- a) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- b) Cópia da carteira de Identidade, do CPF e do comprovante de residência do Segurado;
- c) Declaração médica indicando causa mortis com firma reconhecida;
- d) Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), quando for o caso;
- e) Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
- f) Radiografias e exames médicos do Segurado (quando houver);
- g) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial,
- h) Declaração do Hospital onde a vítima foi atendida, quando for o caso;
- i) Cópia do Laudo do IML, incluindo resultados dos exames de dosagem alcoólica e/ou toxicológica, se realizado ;
- j) Cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização;

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

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

19.4. Documentos do(s) Beneficiário(s):]

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

- a) Cópia da carteira de Identidade, do CPF e do comprovante de residência do(s) Beneficiário(s), quando maior (es) de 18 (dezoito) anos, ou Certidão de Nascimento, quando menor(es) de 18 anos;
- b) no caso de beneficiários incapazes:
 - menores sujeitos ao poder familiar: apresentação dos documentos de identificação do pai e da mãe (Cédula de Identidade e CPF).
 - menores sujeitos à tutela: apresentação de termo de tutela e documento de identificação do tutor (Cédula de Identidade e CPF).

- maiores de idade: apresentação de termo de curatela e documento de identificação do curador (Cédula de Identidade e CPF)”.
c) Em caso de Companheiro(a), além dos documentos indicados na letra “a” deste **subitem**, documentos comprobatórios da qualidade de companheiro do segurado, no momento do sinistro

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

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

19.6.1. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo segurado e, um terceiro, desempassador, 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.

19.6.2. 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.

20. TRANSFORMAÇÃO DA INDENIZAÇÃO EM RENDA

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

20.1. O valor de cada parcela deve ser calculado utilizando-se a taxa de juros definida nas Condições Contratuais, limitada a 6% a.a. (seis por cento ao ano), na forma da Tabela Price e atualizado anualmente, a partir da data de sua concessão, com base no índice definido no **item 13. Atualização de Valores** e seus **subitens** destas Condições Gerais, e acrescido do valor resultante da diferença gerada entre a atualização mensal da provisão matemática de benefícios concedidos e a atualização anual aplicada à renda.

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

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

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

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

21. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

21.1. Conforme estabelecido nos artigos 765 e 766 do Código Civil Brasileiro:

Artigo 765

“O Segurado, e o segurador são obrigados a guardar na conclusão e na execução do contrato a mais estrita boa-fé e veracidade, tanto a respeito do objeto como das circunstâncias e declarações a ele concernentes.”

Artigo 766

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

21.1.1. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a sociedade seguradora:

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

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

Art. 768. “O Segurado perderá direito à garantia se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato.”

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

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

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

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

21.5. Nos termos do § 2º do artigo 769 do Código Civil Brasileiro, o cancelamento previsto no item anterior será eficaz após 30 (trinta) dias da notificação do segurado:

“O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio.”

22. CANCELAMENTO DO SEGURO

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

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

- a) pelo Segurado, a qualquer tempo, mediante comunicação por escrito à Seguradora;
- b) pela Seguradora, quando da inobservância pelo Segurado de quaisquer obrigações previstas neste Contrato de Seguro e respectiva Apólice, mediante comunicação, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

22.3. Além das situações mencionadas anteriormente, o seguro estará automaticamente cancelado:

- a) com a morte e/ou invalidez permanente TOTAL do Segurado;
- b) com o cancelamento ou final de vigência, sem renovação, da Apólice, respeitando-se o período correspondente ao prêmio pago;
- c) quando o Segurado deixar de contribuir com a sua parte do prêmio mensal ou anual, observado o disposto no item 17 – Cancelamento das Coberturas por atraso no pagamento do Prêmio Mensal ou Anual;
- d) com o fim do novo prazo de vigência da cobertura proporcional referido no subitem 16.5.4, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio.

23. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a promoção do seguro, por parte do Estipulante e/ou 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:

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

25. CLÁUSULAS ADICIONAIS

As Coberturas Adicionais somente terão validade quando expressamente ratificadas e incluídas na Apólice pelas Condições Contratuais e/ou Aditivo. Sua vigência coincidirá com a da Apólice quando incluídas no início do Seguro; de modo contrário, terão o início de sua vigência fixado no aditivo que as incluir na Apólice.

26. RATIFICAÇÃO

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

27. PRESCRIÇÃO

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

28. DISPOSIÇÕES GERAIS

28.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

28.2. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

28.3. O Segurado poderá consultar a situação cadastral do seu Corretor de Seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

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

29. FORO CONTRATUAL

29.1. 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.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Desde que contratada, garante ao próprio Segurado, **até o valor do Capital Segurado contratado para esta cobertura**, o reembolso das despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação médica, **desde que iniciado nos primeiros 30 (trinta) dias contados da data do acidente pessoal coberto, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas desta Cláusula Adicional, das Condições Gerais e do Contrato.**

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

2. CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Segurado para esta cobertura adicional terá como base de cálculo o valor do Capital Segurado da Cobertura Básica Morte Acidental, sendo sua proporcionalidade fixada na Proposta de Contratação e nas Condições Contratuais da Apólice e em até **10% (dez por cento) da cobertura básica**, limitada ao máximo de R\$ 3.000,00.

2.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, desta cobertura a data do efetivo dispêndio pelo segurado.

3. CARACTERIZAÇÃO

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

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos expressamente excluídos pelas Condições Gerais (item 5.1), estão também excluídos da cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas os eventos ocorridos em consequência de:

a) doenças (inclusive as profissionais, mesmo quando consideradas como 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) intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
 - c) qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências;
 - d) parto ou aborto e suas conseqüências, mesmo quando decorrentes de acidente coberto;
 - e) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamento, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
 - f) choque anafilático e suas conseqüências, mesmo que o tratamento médico ocorra em virtude de acidente pessoal coberto;
 - g) não estão cobertas as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER - DORT - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura, as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal.

4.2. Estão, ainda, excluídas da cobertura de Despesas Médico-Hospitalares as despesas decorrentes de:

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

5. LIVRE ESCOLHA

5.1. É facultado ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

6. FRANQUIA

6.1. Estabelecida para esta Cobertura a aplicação de franquia, a mesma será definida em reais (R\$) e será aplicada sobre o valor total dos prejuízos indenizáveis.

6.2. O valor da franquia será limitado em até R\$ 500,00 e constará na Proposta de Contratação e na Apólice.

7. COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS

O Segurado deverá comprovar as despesas de assistência médicas, hospitalares e odontológicas, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

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

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

- a) Certidão de Registro de Ocorrência Policial, Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), quando for o caso;
- b) RG, CPF e Certidão de Nascimento ou Casamento;
- c) Comprovante de Residência;

7.2. Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar ao(s) Beneficiário(s) ou Segurado outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares além daqueles estabelecidos. Neste caso, o prazo mencionado no **subitem 18.2.** das Condições Gerais será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento pela Seguradora destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

8. PAGAMENTO DO REEMBOLSO

8.1. O reembolso das Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (DMHO) poderá ser feito a terceiros quando:

- a) as despesas forem devidamente comprovadas e os comprovantes contiverem a assinatura do responsável pelo menor; ou,
- b) o segurado sofrer algum tipo de acidente ou doença que o impeça de realizar por meios próprios o pagamento das despesas.

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

9. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

9.1. Após cada evento em que houver reembolso de despesas médico-hospitalares, o Capital Segurado relativo a esta cobertura será reintegrado automaticamente sem cobrança de prêmio adicional, **salvo nos casos de despesas médico-hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento decorrentes, direta ou indiretamente, do mesmo acidente.**

10. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

10.1. As indenizações por Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (DMHO) são cumulativas com qualquer outra cobertura do presente Seguro, isto é, se em consequência de

acidente coberto o Segurado vier a falecer ou ficar definitivamente inválido, e antes disso, em virtude do mesmo ou de outro acidente tiver recebido indenização por conta da cobertura de DMHO, a Seguradora não abaterá da indenização devida por Morte ou Invalidez, a indenização paga por DMHO

11. TÉRMINO DA COBERTURA

11.1. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais do Seguro de Acidentes Pessoais Individual, a cobertura do risco a que se refere esta Cláusula cessará individualmente para cada segurado quando a presente cobertura for cancelada, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. Esta Cláusula Adicional faz parte das Condições Gerais do Seguro de Acidentes Pessoais Individual. As normas constantes desta Cláusula Adicional, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais.

LIBERTY SORTEIO

O Segurado participará de 01 (Hum) sorteio mensal, cujo valor da premiação será de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) bruto de I.R. Sobre o valor do prêmio de sorteio, incidirá Imposto de Renda, obedecida a legislação vigente na época.

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

Cada Segurado terá direito a 01 (um) título de capitalização.

A cada título será atribuído um número aleatório para fins de sorteio (número da sorte), não repetido na mesma série, composto de 05 (cinco) algarismos, compreendido entre 00.000 e 99.999 e especificado no título.

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

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

O título será contemplado quando seu número para sorteio coincidir, da esquerda para a direita, com as unidades dos 05 (cinco) prêmios extraídos pela Loteria Federal do Brasil, lidos de cima para baixo, conforme exemplo a seguir:

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

Em cada série, somente 01 (um) título poderá ser contemplado por sorteio.

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

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

O segurado só terá direito em participar dos sorteios, caso esteja em dia com os pagamentos do prêmio do seguro e não estejam enquadrados nos itens 16 e 17 destas condições.

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

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

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

SERVIÇO ADICIONAL - LIBERTY ASSISTÊNCIA VIAGEM

1. OBJETIVO

Propiciar ao proponente do seguro um serviço diferenciado que abrange assistência 24 horas para situações emergenciais com pessoas.

2. DESCRIÇÃO

A **LIBERTY ASSISTÊNCIA VIAGEM** é um serviço de assistência via atendimento telefônico, 0800 DDG, 24 horas por dia, 365 dias por ano, que visa assistir o segurado da **Liberty Seguros** em situações difíceis ou emergências, quando este estiver em viagens a uma distância superior a 100 Km de sua residência.

3. CONTRATAÇÃO

Para se contratar a **LIBERTY ASSISTÊNCIA VIAGEM**, o proponente deverá optar pelo serviço no momento de preencher o cartão-proposta para o produto **LIBERTY ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL**, estando disponível apenas para o Segurado Titular.

4. COBERTURAS

a) REMOÇÃO HOSPITALAR

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

Limite R\$ 3.000,00

b) DESPESAS MÉDICAS, CIRÚRGICAS E DE HOSPITALIZAÇÃO

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

c) DESPESAS ODONTOLÓGICAS

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

d) DESPESAS FARMACÊUTICAS

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

e) TRANSPORTE E ENVIO DE FAMILIAR

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

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

f) HOSPEDAGEM PARA FAMILIAR

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

g) PROLONGAMENTO DE ESTADIA

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

h) REGRESSO DO PACIENTE APÓS ALTA HOSPITALAR

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

Limite de Despesas: R\$ 2.000,00

i) ACOMPANHAMENTO DE MENORES DE 14 ANOS

Se o Segurado vier a falecer ou ficar hospitalizado durante a viagem, e tenha menores sob sua responsabilidade e estes fiquem desacompanhados, a **LIBERTY ASSISTÊNCIA VIAGEM**

encarregar-se-á da guarda e retorno dos menores ou arcará com as despesas de uma passagem aérea, de ida e volta, para que um familiar possa buscá-los no local da ocorrência.

Limite de Despesas: R\$ 3.000,00

j) TRASLADO DE CORPOS

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

Limite de Despesas: R\$ 2.000,00

k) REGRESSO ANTECIPADO EM CASO DE FALECIMENTO DE PARENTES

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

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

l) LOCALIZAÇÃO E ENCAMINHAMENTO DE BAGAGEM EXTRAVIADA

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

Limite de Despesas: R\$ 300,00

m) TRANSMISSÃO DE MENSAGENS URGENTES

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

n) INFORMAÇÕES DE VIAGENS

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

5. ABRANGÊNCIA DAS COBERTURAS

Todas as coberturas são estendidas ao território brasileiro e exterior, fora do domicílio do Segurado, com exceção as de número 4B, 4C, 4D e 4I que são válidos **exclusivamente no exterior**.

6. LIMITAÇÕES DO SEGURO

- As coberturas são válidas para todas as viagens que o Segurado realizar durante o ano, desde que o tempo de permanência fora de seu domicílio não seja superior a 60 dias por viagem.
- Os valores máximos das coberturas referem-se aos seus limites anuais
- Em território nacional, os serviços são válidos para viagens a uma distância superior a 100 Km da residência permanente do Segurado.

- O cancelamento do seguro **LIBERTY ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL** implica no cancelamento da **LIBERTY ASSISTÊNCIA VIAGEM**.
- A **LIBERTY ASSISTÊNCIA VIAGEM** será cancelado automaticamente na data em que o Segurado completar 75 anos de idade ou deixar de ter residência habitual no Brasil.
- O Segurado não terá direito a reembolso de gastos efetuados, sem a prévia autorização da **LIBERTY ASSISTÊNCIA VIAGEM**.
- Ficam excluídas das coberturas as responsabilidades decorrentes de:
 - Auto-lesões do segurado ou sua participação em atos criminosos;
 - Participação do Segurado em combates, salvo em caso de defesa própria;
 - A prática de esportes como profissional ou de alto risco (inclusive esqui), ou a participação em competições oficiais ou de exibição;
 - Acidentes causados por material radioativo;
 - O parto e exames pré-natais;
 - Suicídio ou enfermidade mental;
 - Próteses de qualquer natureza;
 - Enfermidades ou estados patológicos produzidos por intencional ingestão ou administração de tóxicos, narcóticos, ou pela utilização de medicamentos sem prescrição médica;
 - Viagens aéreas em aviões não destinados a transporte de passageiros.

Para acionar os serviços do LIBERTY ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL basta ligar para: 0 800 701 4120 (no Brasil) ou (55) 11 4331 5187 (no Exterior - ligação à cobrar)

IMPORTANTE

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

Liberty Seguros S/A

CNPJ: 61.550.141/0001-72

SUSEP da Seguradora: 518-5

Processo SUSEP: 005.000214/01

julho/2006