

CONDIÇÕES GERAIS

Este documento contempla as informações das seguintes Condições Gerais:

Processo 15414.001403-2007-66: Perda, Furto ou Roubo, Saque /Compra Sob Coação e Roubo em Caixa Eletrônico (Página 2)

Processo 005-00113/00: Seguro de Acidentes Pessoais Coletivo (Página 21)

Processo 15414.002708/2007-95: Seguro de Diárias de Internação Hospitalar (Página 49)

CONDIÇÕES GERAIS DE ASSISTÊNCIA

Este documento também contempla as informações das seguintes Condições Gerais de Assistência:

Vítimas de Crime – Plano 1: Europ Assistance Brasil (Página 64)

CONDIÇÕES GERAIS

Processo 15414.001403-2007-66

**Perda, Furto ou Roubo, Saque /Compra Sob Coação e
Roubo em Caixa Eletrônico**

São Paulo – SP
novembro de 2011

ÍNDICE

1.	OBJETIVO DO SEGURO.....	3
2.	DEFINIÇÕES	3
3.	COBERTURA DO SEGURO.....	6
4.	O QUE COBRE	6
5.	RISCOS EXCLUÍDOS	7
6.	ACEITAÇÃO DO SEGURO.....	8
7.	VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	9
8.	OBRIGAÇÕES DO SEGURADO.....	9
9.	OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE.....	9
10.	PAGAMENTO DE PRÊMIO	11
11.	LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO	13
12.	DOCUMENTOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO	13
13.	COMPROVAÇÃO DO SINISTRO.....	14
14.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	14
15.	RECUSA DE SINISTRO.....	14
16.	ATUALIZAÇÃO DE VALORES	15
17.	AUDITORIA	15
18.	CONCORRÊNCIA DE APÓLICES.....	15
19.	SUB-ROGAÇÃO DE DIREITOS	16
20.	CANCELAMENTO DO SEGURO.....	17
21.	PERDA DE DIREITOS	18
22.	ÂMBITO GEOGRÁFICO	19
23.	PRESCRIÇÃO	19
24.	FORO	19

Para os casos não previstos nestas Condições Gerais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.

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

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

A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

1. OBJETIVO DO SEGURO

O presente contrato de seguro tem por objetivo garantir ao Segurado, até o Limite Máximo de Indenização por garantia e de acordo com as condições estabelecidas, o pagamento de indenização, em decorrência dos eventos cobertos, previstos nestas Condições Gerais, respeitando os riscos excluídos.

2. DEFINIÇÕES

Apólice

Instrumento do contrato de seguro pelo qual o Estipulante ou Segurado repassa à Seguradora a responsabilidade sobre os riscos, estabelecidos na mesma, que possam advir.

Ato Doloso

Ato intencional praticado no intuito de prejudicar a outrem.

Ato Ilícito

Toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

Aviso de Sinistro

Meio pelo qual o Segurado, terceiro ou seu representante legal, comunica à Seguradora a ocorrência do evento coberto e cujas características estão ligadas às circunstâncias previstas nestas Condições Gerais.

Beneficiário

Pessoa física ou jurídica à qual é devida a indenização em caso de sinistro.

Cartão

Significa qualquer cartão plástico válido e ativado (cartão de crédito, cartão recarregável, cartão private label, cartão de débito, cartão múltiplo ou cartão de saque) emitido para qualquer Titular do Cartão residente no território nacional, e que está vinculado a conta de débito, crédito, depósito ou de ativos do Titular do Cartão.

Certificado de Seguro

Documento expedido pela Seguradora, que comprova a contratação do seguro e que contém as condições do seguro.

Coação

Emprego de força física ou de grave ameaça moral contra o Segurado ou a pessoas ligadas afetivamente ao Segurado, compelindo-o a praticar certo ato de maneira irresistível e insuperável.

Dolo

É uma falta intencional para ilidir uma obrigação.

Estipulante

Pessoa jurídica que contrata apólice coletiva de seguro, ficando investida dos poderes de representação dos segurados perante a Seguradora.

Evento

É o fato ou acontecimento cuja ocorrência acarreta prejuízo ao Segurado.

Furto

Subtrair, para si ou para outrem, coisa alheia móvel (Art.155 do Código Penal Brasileiro).

Familiar

Entende-se por familiar, o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consangüíneos ou afins.

Garantia

Designação genérica utilizada para indicar as responsabilidades pelos riscos assumidos pela Seguradora. É também empregada como sinônimo de cobertura.

Indenização

Valor pago pela Seguradora ao beneficiário em função de evento indenizável, ocorrido durante a vigência do seguro, cujo valor, não poderá ser superior ao limite máximo de indenização estabelecido no Certificado de Seguro.

Limite Máximo de Indenização

Representa o valor máximo de indenização contratado para cada garantia, especificado no Certificado de Seguro, representando o máximo que a Seguradora irá suportar em um risco coberto.

Notificação

Significa a primeira comunicação formal realizada pelo titular do cartão, relatando:

- (i) Uma Perda ou Roubo de Cartão;
- (ii) Um Roubo relacionado à Compra por Cartão;

Para:

- (i) as autoridades competentes, e
- (ii) à administradora do referido Cartão, Estipulante ou Central de Atendimento do Cartão.

Perda

Ação ou efeito de perder; sumiço.

Prêmio

Preço do seguro, ou seja, é a importância paga pelo Segurado à Seguradora em decorrência da contratação do seguro.

Proponente

Pessoa física ou jurídica que se dispõe a contratar o seguro junto a Seguradora.

Proposta de Seguro

Instrumento que formaliza o interesse do Proponente em contratar o seguro.

Risco

Evento incerto ou de data incerta que independe da vontade das partes contratantes e contra o qual é feito o seguro.

Roubo

Subtrair coisa móvel alheia, para si ou para outrem, mediante grave ameaça ou violência à pessoa, ou depois de havê-la, para qualquer meio, reduzido à impossibilidade de resistência (Art.157 do Código Penal Brasileiro).

Saque sob Coação

É o saque em dinheiro efetuado em terminal eletrônico mediante Coação.

Segurado

Pessoa física ou jurídica que contrata o seguro e/ou está exposta aos riscos previstos nas garantias indicadas no Certificado de Seguro e definidos nestas Condições Gerais.

Seguradora

Sociedade que, mediante recebimento do prêmio, assume os riscos e garante o pagamento da indenização em caso de ocorrência de sinistro coberto.

Sinistro

Ocorrência de acontecimento previsto no contrato de seguro e que cause prejuízos ao Segurado.

Vigência

Período de tempo fixado para validade do seguro ou cobertura.

Titular do Cartão

Significa a pessoa em cujo nome foi emitido o Cartão.

3. COBERTURA DO SEGURO

Estão cobertas por este seguro, as despesas irregulares realizadas através do cartão de crédito ou de débito ou múltiplo (crédito e débito) do associado ou correntista e também, quando for oferecido e contratado, as despesas irregulares realizadas através do(s) cartão(ões) adicional(is), decorrentes de:

Perda, Furto ou Roubo

Esta cobertura garante ao Segurado o reembolso dos valores indevidos debitados em sua conta, diretamente resultantes de Perda, Roubo ou Furto do **Titular do Cartão**, desde que os débitos tenham sido efetuados até 96 (noventa e seis) horas imediatamente anteriores à Notificação da referida Perda ou Roubo do Cartão e durante o Período de Cobertura.

Saque /Compra Sob Coação

Esta cobertura cobrirá as perdas que sofrer o **Titular do Cartão** quando este seja compelido a sacar ou realizar compras **Sob Coação**, por alguém que tenha causado ou ameaçado causar ao titular do cartão ou algum Familiar um **dano corporal** e, os débitos tenham sido efetuados no período 96 (noventa e seis) horas imediatamente anteriores à Notificação do referido Saque sob Coação.

Roubo em Caixa Eletrônico

Esta cobertura deverá pagar o **Titular do Cartão**, os valores indevidos diretamente resultantes de um roubo de dinheiro sacado em Caixa Eletrônico, durante 1 (uma) hora imediatamente posterior ao referido saques, sempre quando este saque tenha sido Notificado à Seguradora em até 2 (duas) horas.

3.1 Período de Cobertura:

O período de cobertura será determinado no Certificado de Seguro, sendo que o limite máximo a ser estabelecido como período de cobertura será de 240 horas anteriores ao aviso/ bloqueio do(s) cartão(ões).

4. O QUE COBRE

Prejuízos monetários oriundos de transações realizadas com o cartão do titular e/ou dependente caso a cobertura seja contratada, que o mesmo venha a sofrer em decorrência dos Riscos Cobertos pelas garantias contratadas de Perda, Roubo ou Furto ou saque sob Coação, desde que a opção de saque esteja disponível para o cartão de crédito, débito ou múltiplo do Segurado, com os seguintes limites:

O capital segurado será fixado junto ao estipulante e respectivamente discriminado no certificado individual do segurado, conforme abaixo:

- a) Capital fixo;
- b) Capital variável em função do limite de crédito do proprietário do cartão; ou
- c) Capital variável em função do limite de crédito do proprietário do cartão, limitado a um capital fixo.

Somente serão ressarcidas as transações efetuadas no período indicado no Certificado Individual de Seguro, anteriores ao momento da comunicação, respeitado o valor do limite máximo da Importância Segurada, com exceção dos casos em que o segurado estiver impossibilitado de fazê-lo como, por exemplo, se o mesmo estiver sendo mantido em cativeiro.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

Não estarão cobertos por este seguro, os prejuízos causados direta ou indiretamente por:

- a) revoltas populares, greves, sabotagem, vandalismo, arrombamento, atos ou operações de guerra declarada ou não, de guerra química e/ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de rebelião, de revolução, insurreição militar, agitação, motim, sedição, atos ilícitos e outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes, salvo prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- b) atos praticados por ação ou omissão do Segurado e/ou as ações causadas por má-fé;
- c) saques decorrentes do perda, furto ou roubo do cartão que não tenham ocorrido sob coação do Segurado;
- d) pane ou mal funcionamento em terminais eletrônicos dos bancos ou Rede 24 Horas;
- e) danos morais e/ou danos corporais;
- f) saques com os cartões de crédito ou de débito (saque) ou múltiplo, cujo acesso não exija a utilização de código pessoal e secreto (senha);
- g) transações realizadas em terminais eletrônicos cujo acesso seja feito por código pessoal e secreto (senha), a menos que as mesmas tenham sido efetuadas sob coação e comprovadas através de Boletim de Ocorrência Policial;
- h) despesas ou saques realizados com o cartão segurado, não reconhecidas pelo Segurado e efetuadas fora do período de cobertura determinado no Certificado de Seguro;
- i) atos ilícitos ou contrários à lei praticados pelo Segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante de um ou de outro;
- j) atos ilícitos ou dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticado pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo seu representante legal de um ou de outro;
- k) transações realizadas através de cartões clonados e/ou dublês e/ou falsificação do cartão segurado;
- l) anuidades ou quaisquer outras tarifas do cartão segurado;
- m) transações realizadas acima do valor limite do cartão e/ou acima do valor limite de saque diário do cartão segurado;
- n) despesas realizadas através de cartões perdidos, roubados ou extraviados enquanto estiverem sob a responsabilidade do correio, de empresas transportadoras ou ainda, através de cartões que não foram distribuídos pela administradora do cartão;
- o) despesas irregulares efetuadas em cartões cuja origem de emissão/ administração do cartão não seja Brasileira;
- p) uso indevido do número do cartão para compras via Internet e/ou telefone, sem que tenha ocorrido o Perda, Furto ou Roubo do cartão segurado;
- q) apropriação indébita salvo nos caso de perda do cartão segurado;
- r) cartões de crédito, débito (saque) e múltiplo de empresas não estabelecidas legalmente para tais fins;
- s) despesas realizadas por terceiros e não reconhecidas pelo Segurado, de cartões que não tenham sido incluídos no seguro.
- t) Transações ocorridas em terminais eletrônicos cujo acesso seja feito por meio de código pessoal e secreto (Senha), a menos que sejam efetuadas sob Coação e comprovadas através de boletim de ocorrência policial;
- u) Perdas derivados de baseadas em, ou atribuídas a saques ou compras feitos através da internet, ainda que não os feitos através da função crédito ou débito do cartão e ainda que realizados mediante ações criminosas;
- v) Perdas ocasionadas por prepostos do estipulante, que sejam eles empregados em tempo integral, temporários de empresas prestadoras de serviços contratadas pelo estipulante, incluindo fraude eletrônica ocasionada por ou como consequência das relações de trabalho com o estipulante, ou pelo próprio segurado;
- w) Perda indireta ou consequencial decorrente de baseado em ou atribuível a prejuízo indireto, incluindo, mas não limitado a:
 - 1. Impedimento do Titular do Cartão de realizar receita que seria realizada caso não tivesse havido perda de dinheiro ou outros bens;
 - 2. Interrupção dos negócios, atraso, perda de valor de mercado;

3. **Pagamento de custos, taxas ou outras despesas incorridas para comunicar uma ocorrência;**
 4. **Não pagamento completo ou parcial, ou inadimplemento de qualquer empréstimos, dívida ou operação semelhante ou equivalente a empréstimo feito pelo, ou para o titular do cartão ou dependente (Caso contratado);**
 5. **Quaisquer prejuízos atribuíveis a fundo insuficientes na conta do Titular do Cartão;**
 6. **Quaisquer danos ao Estipulante, ao emissor ou a algum terceiro;**
-
- x) **Perdas decorrente de, baseada em ou atribuível a quaisquer despesas relacionadas a qualquer ação judicial ou procedimentos administrativos;**
 - y) **Perda decorrente de, baseado em ou atribuível a qualquer fraude da administradora de cartão ou de estabelecimento ou de comerciante ;**
 - z) **Perda decorrente de, baseado em ou atribuível a confisco, destruição, ou embargo de bens, por qualquer órgão governamental, entidade pública, repartição, órgão autoregulador, comissão ou um representante autorizado de qualquer um dos acima mencionados;**

6. ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 6.1** Com base nas declarações prestadas pelo Segurado na Proposta de Seguro devidamente assinada por este, seu representante legal ou corretor de seguros habilitado, a Seguradora, terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a proposta, contados a partir da data de seu recebimento, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco. A ausência de manifestação, por escrito, nos prazos previstos, caracterizará a aceitação tácita da proposta.
- 6.2** A Seguradora, dentro do prazo estabelecido no item **6.1** desta Cláusula, poderá solicitar documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração da Proposta de Seguro.
- 6.2.1** Caso o Segurado seja pessoa física, a solicitação poderá ocorrer apenas uma vez durante o prazo previsto no item **6.1** para aceitação.
- 6.2.2** Caso o Segurado seja pessoa jurídica, a solicitação poderá ocorrer mais de uma vez durante o prazo previsto no item **6.1** desta Cláusula, desde que a Seguradora indique os fundamentos do pedido de novos elementos para avaliação da proposta ou taxação do risco.
- 6.3** No caso de solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração da proposta, conforme descrito no item **6.2** desta Cláusula, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.
- 6.4** A Seguradora formalizará a recusa por meio de correspondência ao proponente, seu representante legal ou corretor de seguros, especificando o motivo da recusa.
- 6.4.1** Caso o seguro venha a ser recusado quando houver sido efetuado qualquer adiantamento do prêmio, este será devolvido no momento da formalização da recusa, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pró-rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.
- 6.4.2** Em caso de recusa da Proposta de Seguro dentro do prazo previsto no item **6.1**, a cobertura de seguro prevalecerá por mais 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data em que o proponente, seu representante legal ou o corretor de seguros tiver conhecimento formal da recusa.
- 6.5** A emissão da Apólice, certificado ou do endosso será feita em até 15 (quinze) dias, a partir da data de aceitação da proposta.

7. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

- 7.1** O início e o término de vigência do risco individual será às 24 (vinte e quatro) horas das respectivas datas indicadas no Certificado de Seguro.
- 7.2** Nos contratos de seguro cujas propostas de seguro tenham sido recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.
- 7.3** Os contratos de seguro cujas propostas de seguro tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio terão seu início de vigência, a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora.
- 7.4** O prazo de vigência do seguro varia conforme estabelecido no Certificado de Seguro, podendo ser renovado automaticamente uma única vez, pelo mesmo período, salvo se ocorrer uma das situações previstas nestas Condições Gerais.
- 7.4.1** As renovações posteriores deverão ser efetuadas de forma expressa, podendo ser realizadas também pelo Estipulante.

As renovações realizadas pelo Estipulante só poderão ocorrer quando não implicarem ônus ou dever para os segurados.

8. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

O Segurado, independente de outras estipulações deste seguro, obriga-se a:

- a)** fornecer à Seguradora, no momento da contratação do seguro, seus dados completos, de forma a possibilitar seu perfeito cadastro, inclusive para fins de cobrança e cobertura do seguro contratado;
- b)** comunicar imediatamente à Seguradora, pela via mais rápida possível, a ocorrência de qualquer fato ou circunstância que possa afetar ou alterar o risco, bem como qualquer evento que possa vir a se caracterizar como um sinistro, indenizável ou não, nos termos deste contrato, encaminhando posteriormente documento por via formal e escrita;
- c)** agir com boa-fé. Se qualquer reivindicação do Segurado quanto a este seguro for, em qualquer aspecto, de declarações inexatas e omissas, ou por fraude ou de intenção fraudulenta com o intuito de obter vantagens em seu próprio favor, isentam a Seguradora do pagamento das indenizações e da restituição dos prêmios;
- d)** cumprir as disposições estabelecidas nestas Condições Gerais.

A inobservância das obrigações convencionadas nestas Condições Gerais, por parte do Segurado, isentará a Seguradora da obrigação de pagar qualquer indenização com base no presente seguro.

9. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

- 9.1** A Estipulante deverá fornecer à Seguradora as informações cadastrais de seus clientes, inclusive dos Beneficiários e seus representantes, constantes no item 6.1 da Cláusula 6 – Aceitação do Seguro, conforme legislação vigente.

9.2 No ato do pagamento de sinistro ou de devolução de prêmio, deverá ser apresentada cópia dos documentos que comprovem os dados acima informados.

9.3 Constituem obrigações do Estipulante:

- I) fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco previamente estabelecido por aquela, incluindo dados cadastrais;**
- II) manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;**
- III) fornecer ao Segurado, sempre que solicitado quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;**
- IV) discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;**
- V) repassar os prêmios à Seguradora nos prazos estabelecidos contratualmente;**
- VI) repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;**
- VII) discriminar a razão social ou o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o Segurado;**
- VIII) comunicar de imediato à Seguradora a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa assim que deles tiver conhecimento, quando isto estiver sob sua responsabilidade;**
- IX) dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;**
- X) comunicar de imediato, a SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregular quanto ao seguro contratado;**
- XI) fornecer a SUSEP quaisquer informações solicitadas dentro do prazo por ela estabelecido;**
- XII) informar a razão social ou o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior que o do Estipulante ou igual ao do mesmo.**

9.4 O não repasse dos prêmios à Seguradora pelo Estipulante, nos prazos contratualmente estabelecidos poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento da cobertura, a critério da Seguradora, conforme estabelecido no Certificado de Seguro, e sujeitará o Estipulante às cominações legais.

9.5 É expressamente vedado ao Estipulante:

- I) cobrar dos segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora;**
- II) rescindir o contrato ou efetuar qualquer alteração na Apólice que implique em ônus aos segurados sem a anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado;**

- III) **efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência e supervisão da Seguradora e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado;**
- IV) **vincular a contratação de seguros a qualquer de seus bens, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a tais bens.**

9.6 A Seguradora deverá informar ao Segurado a situação de adimplência do Estipulante ou Sub-Estipulante, sempre que solicitado.

9.7 Qualquer modificação ocorrida na Apólice vigente, que implicar em ônus ou dever para os segurados dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

10. PAGAMENTO DE PRÊMIO

10.1 O prêmio poderá ser pago de forma única, mensal, bimestral, trimestral, semestral, anual ou parcelado, de acordo com o estabelecido no Certificado de Seguro.

10.1.1 A data limite para pagamento do prêmio será a contida no respectivo documento de cobrança do Seguro.

10.1.2 Se a data limite para o pagamento de prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil em que houver expediente bancário.

10.2 A falta de pagamento da primeira parcela ou do prêmio à vista implicará no Cancelamento do Seguro, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

10.1.3 No caso de seguro mensal, a falta de pagamento do prêmio mensal na data indicada no respectivo documento de cobrança implicará no Cancelamento do Seguro, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

10.3 No caso de fracionamento do prêmio e 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.

10.3.1 Tabela de Prazo Curto

% entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total da Apólice	% a ser aplicado sobre a vigência original	% entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total da Apólice	% a ser aplicado 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	180/365	100	365/365

10.3.2 Para os percentuais não previstos na Tabela de Prazo Curto do item **10.3.1** desta Cláusula, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

10.4 A Seguradora informará ao Segurado ou seu representante legal, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência calculado pela aplicação da Tabela de Prazo Curto.

10.5 Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência ajustada, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original do Certificado de Seguro.

10.6 Findo o novo prazo de vigência ajustada sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio ou no caso de fracionamento em que a aplicação da Tabela de Prazo Curto não resulte em alteração do prazo de vigência ajustada, a Seguradora poderá cancelar o contrato.

10.7 Se o sinistro ocorrer **dentro do prazo de pagamento do prêmio** à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que o pagamento tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado. Quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do contrato de seguro, as parcelas vincendas do prêmio deverão ser deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento.

10.8 Não havendo restabelecimento do pagamento do prêmio, após o fim do prazo de vigência ajustada, a cobertura será automaticamente suspensa, e somente será reabilitada a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o Segurado ou o Estipulante retomar o pagamento do prêmio. Os sinistros ocorridos no período de cobertura suspensa ficarão sem cobertura, respondendo a Seguradora por todos os sinistros ocorridos exclusivamente a partir da data da reabilitação.

10.8.1 No caso de seguro com cobrança postecipada, a reabilitação se dará com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura.

10.8.2 Não será cobrada qualquer parcela de prêmio referente ao prazo de suspensão em caso de reabilitação da cobertura do seguro.

- 10.8.3** O prazo de suspensão por inadimplemento poderá ser de até 90 (noventa) dias. Decorrido este prazo, o seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela do prêmio já paga.
- 10.9** Entretanto, observado o disposto no item **10.8**, nos seguros coletivos de custeio contributivo, se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora, no prazo devido, os prêmios recolhidos dos segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do seguro, respondendo a Seguradora pelo pagamento das indenizações devidas, ficando o Estipulante sujeito a cominações legais.
- 10.10** O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora. Caso o mesmo receba, juntamente com o prêmio de seguro, qualquer quantia que lhe for devida seja a que título for, fica o Estipulante obrigado a destacar no carnê, ticket, contracheque ou quaisquer outros documentos, o valor do prêmio do seguro de cada Segurado.
- 10.11** Fica reservado à Seguradora o direito de recalculer o prêmio no fim da vigência deste contrato de seguro, caso venha a ocorrer à necessidade de reenquadramento das taxas. As alterações previstas serão demonstradas por estudos técnicos-atuariais.

11. LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO

- 11.1** O Limite Máximo de Indenização representa o valor máximo de responsabilidade assumida pela Seguradora para cada garantia contratada, não podendo ser superior ao limite de crédito aprovado para o cartão de crédito ou do limite de saque diário do cartão de débito (saque) ou do cartão múltiplo, conforme especificado no Certificado de Seguro e obedecendo aos critérios de cálculo da indenização indicados nestas Condições Gerais.
- 11.2** Este seguro está enquadrado na modalidade de Primeiro Risco Absoluto para todas as garantias contratadas, ou seja, a Seguradora responderá pelo pagamento dos prejuízos materiais até o Limite Máximo de Indenização, sem aplicação de proporcionalidade (rateio). Caso os prejuízos ultrapassem o Limite Máximo de Indenização, o Segurado será responsável pelos prejuízos que ultrapassarem este limite.
- 11.3** A Seguradora fará a reintegração do Limite Máximo de Indenização automaticamente após cada sinistro coberto.

12. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO

Em caso de sinistro, o Segurado deverá apresentar à Seguradora como documentação mínima, os seguintes documentos, podendo ainda ser solicitados outros documentos em casos específicos:

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido;
- b) Cópia Autenticada do CPF e RG do Segurado;
- c) Cópia Autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- d) Comprovação do Pagamento do Prêmio do Seguro;
- e) Comprovação do Bloqueio do Cartão (Administradora ou Banco);
- f) Cópia da última fatura do cartão, comprovando as despesas, uma a uma, realizadas dentro do prazo de cobertura;

- g) Extrato bancário, comprovando o saque (somente na ocorrência de Saque Sob Coação).

13. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

- 13.1** Qualquer pagamento de indenização ou direito à indenização com base no Certificado de Seguro será concretizado somente após terem sido adequadamente relatadas pelo Segurado as características da ocorrência do sinistro, apuradas suas causas, natureza e extensão e comprovados os valores a indenizar e o direito de recebê-los, cabendo ao próprio Segurado prestar toda a assistência para que tais requisitos sejam plenamente satisfeitos.
- 13.1.1** As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os documentos de habilitação efetivamente necessários a esta comprovação correrão por conta do Segurado, salvo se diretamente realizadas pela Seguradora e/ou por ela expressamente autorizadas.
- 13.2** A Seguradora poderá exigir atestados ou certidões de autoridades competentes, bem como o resultado de inquéritos ou processos instaurados em virtude do fato que produziu o sinistro, sem prejuízo, do pagamento da indenização no prazo devido. Alternativamente, poderá solicitar cópia da certidão de abertura de inquérito, que porventura tiver sido instaurado.
- 13.3** Os atos e providências praticados pela Seguradora após a ocorrência do sinistro não importarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar a indenização reclamada.

14. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 14.1** A Seguradora indenizará os prejuízos regularmente apurados, e respeitando o Limite Máximo de Indenização.
- 14.2** A Seguradora disporá de até 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega de todos os documentos pertinentes pelo Segurado, para efetuar o pagamento da indenização.
- 14.2.1** No caso de solicitação de documentação e/ou informação complementar, com base em dúvida fundada e justificável, o prazo de que trata o item **14.2** será suspenso, reiniciando sua contagem a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.
- 14.2.2** O não pagamento da indenização no prazo previsto no item **14.2** implicará aplicação de juros de mora a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica.
- 14.3** Em qualquer caso, independentemente do valor dos prejuízos, a indenização não poderá ultrapassar o Limite Máximo de Indenização fixado no Certificado de Seguro.

15. RECUSA DE SINISTRO

- 15.1** Quando a Seguradora recusar um sinistro, comunicará seus motivos ao Segurado/ Estipulante por escrito, dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da entrega da última documentação solicitada.
- 15.2** Se, após o pagamento da indenização, a Seguradora tomar conhecimento de qualquer fato que descaracterize o direito ao seu recebimento, esta poderá requerer do Segurado/ Estipulante ou seus herdeiros legais os valores pagos indevidamente e demais gastos incorridos no sinistro.

16. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

- 16.1** Os valores devidos em caso de cancelamento da Apólice/ Certificado de Seguro serão atualizados monetariamente, sendo a data de obrigação de restituição à data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.
- 16.2** No caso de recebimento indevido de prêmio pela Seguradora, este será atualizado monetariamente, sendo a data de obrigação de restituição à data de recebimento do respectivo prêmio.
- 16.3** Para os casos de pagamento de indenização e devolução do prêmio quando da recusa da Proposta de Seguro, o não pagamento do valor devido dentro do prazo estipulado, respeitando-se a faculdade de suspensão da respectiva contagem, quando for o caso, acarretará em:
- a)** atualização monetária, sendo a data de obrigação de pagamento e/ou restituição à data de ocorrência do evento ou a data de formalização da recusa;
 - b)** incidência de juros moratórios de 6% a.a. (seis por cento ao ano), calculados “pro rata temporis”, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado.
- 16.4** O índice utilizado para atualização monetária será o IGPM/FGV – Índice Geral de Preços para o Mercado/ Fundação Getúlio Vargas, ou o índice que vier a substituí-lo, sendo calculado com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de obrigação de pagamento ou restituição e aquele publicado imediatamente antes da data de sua efetiva liquidação.

17. AUDITORIA

A Seguradora se reserva o direito de proceder, durante a vigência do contrato de seguro, auditoria nos documentos relativos ao seguro e sinistros ocorridos, devendo o Estipulante e o Segurado facilitar à Seguradora a execução de tais medidas, proporcionando-lhe as provas e os esclarecimentos solicitados.

18. CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

- 18.1** O Segurado que, na vigência do contrato, pretender obter novo seguro sobre os mesmos bens e contra os mesmos riscos, deverá comunicar sua intenção, previamente, por escrito, a todas as seguradoras envolvidas, sob pena de perda de direito.
- 18.2** O prejuízo total relativo a qualquer sinistro será constituído pela soma das seguintes parcelas:
- a)** despesas de salvamento, comprovadamente, efetuadas pelo Segurado durante e/ou após a ocorrência do sinistro;
 - b)** valor referente aos danos materiais, comprovadamente, causados pelo Segurado e/ou por terceiros na tentativa de minorar o dano ou salvar a coisa; e
 - c)** danos sofridos pelos bens segurados.
- 18.3** A indenização relativa a qualquer sinistro não poderá exceder, em hipótese alguma,, o valor do prejuízo vinculado à cobertura considerada.

18.4 Na ocorrência de sinistro contemplado por coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos, em apólices distintas, a distribuição de responsabilidade entre as Seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:

- I) Será calculada a indenização individual de cada cobertura como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do Segurado, limite máximo de indenização da cobertura e cláusulas de rateio;
- II) Será calculada a “indenização individual ajustada” de cada cobertura, na forma abaixo indicada:
 - a) se, para uma determinada Apólice, for verificado que a soma das indenizações correspondentes às diversas coberturas abrangidas pelo sinistro é maior que seu respectivo limite máximo de garantia, a indenização individual de cada cobertura será recalculada, determinando-se, assim, a respectiva indenização individual ajustada. Para efeito deste recálculo, as indenizações individuais ajustadas relativas às coberturas que não apresentem concorrência com outras apólices serão as maiores possíveis, observados os respectivos prejuízos e limites máximos de indenização. O valor restante do limite máximo de garantia da Apólice será distribuído entre as coberturas concorrentes, observados os prejuízos e os limites máximos de indenização destas coberturas; e
 - b) caso contrário, a “indenização individual ajustada” será a indenização individual, calculada de acordo com o inciso I deste item.
- III) Será definida a soma das indenizações individuais ajustadas das coberturas concorrentes de diferentes apólices, relativas aos prejuízos comuns, calculadas de acordo com o inciso II deste item;
- IV) Se a quantia a que se refere o inciso III deste item for igual ou inferior ao prejuízo vinculado à cobertura concorrente, cada Seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual ajustada, assumindo o Segurado a responsabilidade pela diferença, se houver; e
- V) Se a quantia estabelecida no inciso III deste item for maior que o prejuízo vinculado à cobertura concorrente, cada Seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual ajustada e a quantia estabelecida naquele inciso.

18.5 A sub-rogação relativa a salvados operar-se-á na mesma proporção da cota de participação de cada Seguradora na indenização paga.

18.6 Salvo disposição em contrário, a Seguradora que tiver participado com a maior parte da indenização ficará encarregada de negociar os salvados e repassar a quota-parte, relativa ao produto desta negociação às demais participantes.

19. SUB-ROGAÇÃO DE DIREITOS

19.1 Ao pagar a indenização, a Seguradora ficará sub-rogada, até o limite do valor despendido com a indenização e gastos incorridos com a mesma, em todos os direitos e ações do Segurado ou das pessoas seguradas contra aqueles que, por ato, fato ou omissão, tenham causado os prejuízos ou para eles tenham concorrido, obrigando-se o Segurado a facilitar os meios necessários ao exercício desta sub-rogação. Este direito não poderá ser exercido em prejuízo direto do Segurado.

19.2 O Segurado não poderá praticar qualquer ato que venha a prejudicar o direito de sub-rogação da Seguradora contra terceiros responsáveis pelos sinistros cobertos por este seguro, não se permitindo que faça o Segurado, com os mesmos, acordos ou transações.

19.3 Salvo dolo, a sub-rogação não terá lugar se o dano tiver sido causado pelo cônjuge do Segurado, seus descendentes ou ascendentes, consangüíneos e afins.

20. CANCELAMENTO DO SEGURO

20.1 O seguro poderá ser cancelado a qualquer momento mediante acordo entre o Segurado e a Seguradora, desde que tal intenção seja comunicada por escrito com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data de cancelamento.

20.1.1 Na hipótese de cancelamento a pedido do Segurado, a Seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a Tabela de Prazo Curto do item **10.3.1** da Cláusula 10 – Pagamento de Prêmio.

20.1.1.1 Para os prazos não previstos na tabela, deverá ser utilizado o percentual correspondente ao prazo imediatamente inferior.

20.1.2 Na hipótese de cancelamento a pedido da Seguradora, esta reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido entre o início de vigência e a data de cancelamento.

20.2 O seguro individual será cancelado nas seguintes situações:

- a) com o cancelamento do cartão de crédito e/ou cartão múltiplo, seja qual for a sua causa, conforme comunicado pelo Estipulante;
- b) com o cancelamento da conta corrente a qual o cartão múltiplo Segurado esteja vinculado, seja qual for a sua causa, conforme comunicado pelo Estipulante;
- c) com a morte do Segurado;
- d) por solicitação do Segurado;
- e) se o Segurado, seu(s) preposto(s) ou seu(s) representante(s) legal(is) agirem com dolo, praticarem ato ilícito ou contrário à lei, cometerem fraude ou tentativa de fraude no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato, simulando ou provocando sinistro ou ainda agravando as conseqüências do mesmo para obter indenização ou dificultar a sua elucidação;
- f) se o Segurado não fizer declarações verdadeiras e completas, omitir circunstâncias do seu conhecimento que possam influir na aceitação, na taxação, ou no conhecimento exato e caracterização do risco;
- g) se o número de sinistros ultrapassar quantidade de sinistros por período estipulada no Certificado de Seguro;
- h) na hipótese de qualquer descumprimento das obrigações convencionadas no presente contrato;
- i) com o cancelamento ou final de vigência sem renovação da Apólice mantida entre Estipulante e a Seguradora.

20.2.1 O cancelamento do contrato do seguro em razão das circunstâncias definidas nas alíneas “f” e “g”, implicará na perda do direito ao recebimento de qualquer restituição de prêmio e indenização.

20.3 Cancelamento do seguro em contratações por telemarketing, internet ou caixa eletrônico:

- a) na hipótese exclusiva de contratação do seguro iniciada por telefone (telemarketing), Internet ou caixa eletrônico, o Segurado, caso não concorde com as condições deste seguro e pretenda desistir do contrato, poderá solicitar seu cancelamento dentro de 7 (sete) dias a contar da sua solicitação de inclusão no seguro;
- b) somente na hipótese da alínea anterior, e desde que o cancelamento seja requerido dentro deste prazo, terá o Segurado direito à devolução integral de eventual parcela do prêmio já pago, devidamente atualizado, conforme Cláusula 16.

20.4 O seguro será cancelado:

- 20.4.1 A qualquer momento de sua vigência, em decorrência de acordo específico firmado entre a Seguradora e o Estipulante;
- 20.4.2 Por iniciativa da Seguradora, com prévia comunicação rescisória de 60 (sessenta) dias, caso a natureza do risco venha a sofrer alterações, demonstrada por estudo técnico atuarial, tornando-a incompatível com as condições mínimas para sua manutenção. Neste caso, a Seguradora reterá do prêmio recebido, a parte proporcional ao tempo decorrido;
- 20.4.3 Pela Seguradora ou Estipulante, quando do aniversário da Apólice, observada a prévia e expressa comunicação rescisória, outorgada com 60 (sessenta) dias de antecedência em relação à referida data de aniversário da Apólice;
- 20.4.4 Pelo descumprimento de quaisquer das Cláusulas estabelecidas nestas Condições Gerais;
- 20.4.5 Se houver a caracterização de dolo ou prática de fraude por parte do Estipulante, no ato da contratação ou durante toda a vigência da Apólice.

21. PERDA DE DIREITOS

- 21.1 Além dos casos previstos em lei e nas demais cláusulas das condições desta Apólice/ Certificado de Seguro, o Segurado perderá o direito a qualquer indenização, bem como terá o seguro cancelado, sem direito a restituição do prêmio já pago, se agravar intencionalmente o risco.
- 21.2 Se o Segurado, seu representante legal ou seu corretor de seguros, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta de Seguro ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.
 - 21.2.1 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:
 - 21.2.2 Na hipótese de não ocorrência do sinistro:
 - a) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
 - b) permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível.
 - 21.2.3 Na hipótese de ocorrência de sinistro sem indenização integral:
 - a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
 - b) permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado.
 - 21.2.4 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.

21.3 O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

21.4 A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o contrato ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada.

21.5 O cancelamento do contrato só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

21.6 Na hipótese de continuidade do contrato, a Seguradora poderá cobrar a diferença de prêmio cabível.

21.7 Sob pena de perder o direito à indenização, o Segurado participará o sinistro à Seguradora, tão logo tome conhecimento, e adotará as providências imediatas para minorar suas conseqüências.

22. ÂMBITO GEOGRÁFICO

A cobertura deste seguro será válida para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do território nacional.

23. PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais serão aqueles determinados em lei.

24. FORO

O foro competente para dirimir eventuais dúvidas ou questões referentes a este contrato de seguro será o do domicílio do Segurado.



**BNP PARIBAS
CARDIF**

CONDIÇÕES GERAIS

RAMO 82 - APC

Seguro de Acidentes Pessoais Coletivo

Processo SUSEP nº. 005-00113/00

São Paulo – SP
21 de fevereiro de 2014

Índice

1. OBJETIVO	3
2. DEFINIÇÕES	3
3. BENEFICIÁRIO.....	6
4. COBERTURAS	6
5. CARÊNCIAS.....	19
6. FRANQUIAS.....	19
7. CAPITAL SEGURADO.....	19
8. ATUALIZAÇÃO DE VALORES	19
9. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	20
10. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS.....	20
11. INCLUSÃO DE SEGURADOS	20
12. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	21
13. CERTIFICADO DE SEGURO.....	21
14. CUSTEIO DO SEGURO	21
15. PRÊMIO DE SEGURO.....	22
16. PAGAMENTO DO PRÊMIO DE SEGURO	22
17. AGRAVAÇÃO PARA INCLUSÃO DE RISCOS EXCLUÍDOS.....	23
18. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO	23
19. SUSPENSÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO.....	23
20. RESCISÃO CONTRATUAL	24
21. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO	24
22. PAGAMENTO DE SINISTROS.....	26
23. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES	26
24. PERDA DE DIREITOS	27
25. PRAZO DE PRESCRIÇÃO	27
26. ALTERAÇÃO CONTRATUAL EM PLANOS COLETIVOS.....	27
27. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	28
28. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	28
29. FORO	28
30. DISPOSIÇÕES GERAIS	28



1. OBJETIVO

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao Segurado ou à seu(s) Beneficiário(s), na ocorrência de um evento previsto e coberto pelo seguro, nos termos das condições gerais, especiais e do Contrato, desde que observadas as restrições, tanto contratuais quanto legais, e ainda, o limite do capital segurado.

2. DEFINIÇÕES

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

a.1) Incluem-se nesse conceito:

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

a.2) Excluem-se desse conceito:

- 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;
- As intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- 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 médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.

b) Apólice: É o documento emitido pela Seguradora efetivando a celebração do contrato do seguro coletivo.

c) Beneficiário(s): É(são) a(s) pessoa(s) física(s), previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de seu falecimento.

d) Capital Segurado: É o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago ou reembolsado pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.



- e) Carência:** É um período ininterrupto de dias dentro da vigência do seguro, contado a partir do início de vigência de um seguro, e fim determinado em Contrato de Seguro, em que as garantias contratadas não terão cobertura.
- f) Certificado Individual:** Documento entregue a cada segurado, contendo em linguagem clara e objetiva os elementos necessários para a correta utilização do seguro.
- g) Condições Gerais:** Conjunto de cláusulas contratuais que regem um mesmo plano de seguro e que estabelecem direitos e obrigações da Seguradora, do segurado e beneficiário(s) deste seguro.
- h) Crime:** Para efeito deste seguro é a violação dolosa da lei penal que cause morte ou dano corporal ao segurado, que acarrete sua invalidez permanente e total que se enquadre no conceito de acidente pessoal, de obrigatória comunicação á autoridade policial.
- i) Doença:** É o processo mórbido, definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais que leva o indivíduo a tratamento médico.
- j) Doença Preexistente:** É toda debilidade, congênita, adquirida, que comprometa a função orgânica, ou motora ou coloque em risco a saúde do segurado, direta ou indiretamente por suas conseqüências, existentes anteriormente à contratação do seguro, da qual ele tenha conhecimento, e que não seja informada no momento da contratação, de acordo com o declarado na proposta de adesão.
- k) Estipulante:** É a pessoa jurídica que contrata o seguro, ficando investido de poderes de representação dos segurados perante a Seguradora.
- l) Evento Coberto ou Risco Coberto:** É o acontecimento futuro e incerto, de natureza súbita e involuntária, descrito e coberto nas garantias, desde que ocorrido durante a vigência do seguro.
- m) Evento Previsto:** Assalto, agressão física, roubo e ferimentos pessoais decorrentes destes eventos.
- n) Franquia:** É um período ininterrupto de dias dentro da vigência do seguro, com início a partir da data da ocorrência do sinistro, e fim determinado em Contrato, no qual o segurado é responsável pelo compromisso financeiro coberto pelo seguro que se vencer durante o período da franquia.
- o) Grupo Segurável:** É o grupo formado pelos clientes vinculados ao Estipulante, desde que estejam em perfeitas condições de saúde, em plena atividade e atendam às condições de aceitação definidas na apólice.
- p) Grupo Segurado:** É o conjunto de clientes efetivamente aceitos no seguro, pertencentes ao grupo segurável, cuja cobertura esteja em vigor.
- q) Hospital:** é qualquer estabelecimento legalmente constituído e licenciado devidamente instalado e equipado para a prática de tratamentos médicos clínicos e/ou cirúrgicos a pessoas que deles necessitem. Não serão reconhecidas internações ocorridas em:
- Qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de Hospital acima;
 - Instituições para atendimento de deficientes mentais e/ou doentes psiquiátricos, instituição primordialmente dedicada ao tratamento de enfermidades psiquiátricas e subnormalidades inclusive o departamento psiquiátrico de um hospital geral;
 - Clínicas ou locais de acomodação e/ou tratamento: para idosos, repouso, asilos e assemelhados;



- Clínicas ou locais de acomodação e/ou tratamento para recuperação de viciados em álcool e/ou drogas;
 - Instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais; casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies; clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou SPAs;
 - Instituição, hospital, clínica ou casa de saúde para convalescentes ou para reabilitação
 - Home care (internação domiciliar).
- r) Indenização:** É o valor que a Seguradora efetivamente paga ao segurado ou a seu(s) beneficiário(s) em decorrência de um evento coberto por este seguro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada.
- s) Início de Vigência:** É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.
- t) Internação Hospitalar:** É a permanência, por período mínimo de 12 (doze) horas (comprovada pela cobrança de uma diária hospitalar), em hospital, em regime de internação, caracterizada pela utilização de acomodação qualquer que seja o tipo, para tratamento médico-hospitalar que não possa ser realizado em residência.
- u) Prêmio:** É a importância paga pelo segurado ou pelo Estipulante à Seguradora, com periodicidade prevista no Contrato de Seguro, para obtenção das garantias e coberturas previstas no contrato de seguro.
- v) Proponente:** É a pessoa física que propõe a sua adesão ao seguro e que somente passará à condição de segurado após a sua aceitação pela Seguradora.
- w) Proposta de Adesão:** É o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente expressa a intenção de aderir à contratação, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- x) Riscos Excluídos:** São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou Contrato, que não serão cobertos pelo plano de seguro.
- y) Segurado:** É o proponente aceito pela Seguradora, cujas coberturas estejam em vigor.
- z) Seguradora:** É a Cardif do Brasil Seguros e Previdência S.A., que assume os riscos inerentes às garantias.
- aa) Seguro:** É uma operação pela qual a Seguradora, mediante ao pagamento do prêmio, se obriga frente ao segurado ao pagamento de uma indenização, observados o disposto nas condições gerais, especiais e o Contrato, caso se produza o evento coberto.
- bb) Sinistro:** Ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do plano de seguro.
- cc) Sub-Estipulante:** É a pessoa jurídica, legalmente constituída, que adere ao seguro mediante concordância com os termos estabelecidos nas condições gerais, especiais e particulares da apólice, assumindo, solidariamente com o Estipulante, responsabilidades e obrigações decorrentes da contratação e manutenção do seguro.



3. BENEFICIÁRIO

3.1. É (são) a(s) pessoa(s) física(s) designada(s) pelo Segurado na Proposta de Adesão, para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro.

3.2. Na falta de indicação do beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, quando for o caso, 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.

3.2.1. Na falta das pessoas indicadas neste artigo, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

3.2.2. 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.

3.2.3 Na contratação da cobertura suplementar de Inclusão Automática ou Facultativa de Cônjuge e Filhos, a indenização será paga ao segurado titular.

3.2.3.1 Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado titular e do(s) segurado(s) dependente(s), os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, titular e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais do segurado.

3.3. Renúncia ao Direito de sua Substituição: 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. A Seguradora desobrigar-se-á da alteração, e procederá ao pagamento ao antigo beneficiário caso não seja cientificada oportunamente da substituição.

3.3.1. A renúncia do segurado ao direito de substituição de beneficiário não exige instrumento público, podendo ser feita por instrumento particular, em documento à parte do contrato de seguro devidamente formalizado.

4. COBERTURAS

As coberturas do seguro dividem-se em:

4.1. Cobertura de Morte Acidental

4.1.1. Objetivo: Garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, em caso de morte acidental do segurado, sendo o valor máximo indenizável definido em Contrato.

4.1.2. Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Morte Acidental todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da contratação do seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.



4.1.3. Riscos Excluídos: Estão excluídos da cobertura de Morte Acidental os eventos ocorridos em consequência de:

- 4.1.3.1. uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- 4.1.3.2. atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química e/ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- 4.1.3.3. Doenças ou lesões preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de adesão;**
- 4.1.3.4. Acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro;**
- 4.1.3.5. Atos ilícitos ou contrários à lei praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante de um ou de outro;**
- 4.1.3.6. Ato doloso praticado pelo Segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou representante legal de um ou de outro;**
- 4.1.3.7. Lesão premeditada auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual, ou da sua recondução depois de suspenso;**
- 4.1.3.8. Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**

4.2. Cobertura de Auxílio Funeral por Morte Acidental

4.2.1. Objetivo: Garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, referente aos gastos com o sepultamento do segurado, quando a morte decorrer **exclusivamente** de acidente pessoal coberto, sendo o valor máximo indenizável definido no Certificado de Seguro.

A Seguradora se obriga, no caso de morte exclusivamente decorrente de acidente pessoal do Segurado Principal, a reembolsar o beneficiário do seguro, até o limite do capital segurado contratado para a presente cobertura, pelas despesas realizadas com o funeral do Segurado falecido.

4.2.2. Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Auxílio Funeral todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da contratação do seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

4.2.3. Riscos Excluídos: Estão excluídos da cobertura de Auxílio Funeral os mesmos eventos da cobertura de Morte Acidental, conforme item 4.1.3.

4.3 Cobertura de Assistência Funeral

4.3.1. Objetivo: Garante a prestação de serviços de assistência funeral, através de rede especializada de prestadores de serviços credenciada pela Seguradora, quando ocorrer a morte natural ou acidental do segurado, sendo a forma, critério e valor máximo indenizável definido em Condições Gerais..

4.3.2. Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Assistência Funeral todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da contratação do



seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

4.3.3. Riscos Excluídos: Estão excluídos da cobertura de Assistência Funeral os mesmos eventos da cobertura de Morte, conforme item 4.1.3, e mais:

- a) A cremação para o BENEFICIÁRIO que resida em municípios que não disponham desse serviço;**
- b) Despesas extras ou não previstas neste acima para a prestação dos serviços de assistência a sepultamento e cremação**

4.4. Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

4.4.1. Objetivo: Garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização correspondente a até 100% (cem por cento) do valor do capital segurado, em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial do Segurado, causada por acidente pessoal coberto.

4.4.2. Como Invalidez Permanente entende-se a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão do corpo do segurado.

4.4.3. Para fins deste seguro, a Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente será caracterizada conforme a tabela:



	Discriminação	% Sobre a Importância Segurada
Invalidez 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 de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
Invalidez 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 Parcial (Membros Superiores)	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não-consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não-consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	-
Invalidez Parcial (Membros Inferiores)	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não-consolidada de um fémur	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 1.º (primeiro dedo)	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1.º (primeiro) 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	

4.4.3.1 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.



4.4.4. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, sendo constatada e avaliada em caráter definitivo a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos no Contrato.

4.4.5. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

4.4.6. 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 mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

4.4.7. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

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

4.4.9. A Invalidez Permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da Seguradora, devendo o Segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a Invalidez Permanente causada por acidente.

4.4.9.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente.

4.4.10. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a Seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica 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. O prazo para a constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

4.4.11. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte acidental, se contratada esta cobertura.

4.4.11.1 Caso a cobertura de Invalidez Permanente e **Total** por Acidente seja igual a 100% do Capital Segurado da cobertura de morte acidental, seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte acidental, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

4.4.12. Não restando comprovada a Invalidez Permanente Total por Acidente, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e o Contrato, sem qualquer devolução de prêmios.

4.4.13. Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da contratação do seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

4.4.14. Riscos Excluídos: Estão excluídos da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente os eventos ocorridos em consequência de:

4.4.14.1. uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

4.4.14.2. atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química e/ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

4.4.14.3. Acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro;

4.4.14.4. ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada;

4.4.14.5. Atos ilícitos ou contrários à lei praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante de um ou de outro;

4.4.14.6. Ato doloso praticado pelo Segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou representante legal de um ou de outro,

4.4.14.7. Lesão premeditada auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual, ou da sua recondução depois de suspenso;

4.4.14.8. Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza.

4.5. Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas

4.5.1. Objetivo: Garantir ao Segurado, no caso de acidente pessoal coberto, a indenização, até o limite máximo contratado, das despesas médicas e diárias hospitalares incorridas com o tratamento, sob orientação médica, necessário para o restabelecimento do segurado, e desde que iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente.

4.5.1.1. Não estão abrangidas as despesas decorrentes de:

- a) Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b) Aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

4.5.1.2. Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

4.5.1.3 Desde que preservada a livre escolha, pode a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos para facilitar a prestação da assistência ao Segurado.

4.5.1.4. A comprovação das despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente.

4.5.1.5. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior deve ser realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento efetuado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica, quando da liquidação do sinistro.

4.5.2. Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da contratação do seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

4.5.3. Riscos Excluídos: Estão excluídos da cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas os eventos ocorridos em consequência de:

4.5.3.1. uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

4.5.3.2. atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química e/ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

4.5.3.3. Acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro;

4.5.3.4. Ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada, e da prática pelo segurado de atos ilícitos ou contrários à lei;

4.5.3.5. Ato doloso praticado pelo Segurado, pelos beneficiário(s) ou representante legal de um ou de outro;

4.5.3.6. Lesão premeditada auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual, ou da sua recondução depois de suspenso;

4.5.3.7. Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza.

4.6. Cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária

4.6.1. Objetivo: Garantir ao Segurado o pagamento de uma indenização correspondente à diária contratada, em função da Incapacidade Temporária do segurado em decorrência de acidente pessoal coberto.

4.6.1.1. Incapacidade Temporária: Caracteriza-se a Incapacidade Temporária pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, quando este ocorrer dentro do período de cobertura.

4.6.1.2. O tempo previsto de incapacidade deverá ser comprovado através de relatório médico emitido por profissional legalmente habilitado (médico) e exames que comprovem a incapacidade temporária.

4.6.1.3. O número de diárias indenizadas não poderá ser superior a quantidade contratada, independente do número de acidentes ocorridos.



4.6.2. Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da contratação do seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

4.6.3. Riscos Excluídos: Estão excluídos da cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária os eventos ocorridos em consequência de:

- 4.6.3.1. Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- 4.6.3.2. atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química e/ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- 4.6.3.3. doenças ou lesões preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de adesão;**
- 4.6.3.4. Acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro;**
- 4.6.3.5. atos ilícitos ou contrários à lei praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante de um ou de outro;**
- 4.6.3.6. Ato doloso praticado pelo Segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou representante legal de um ou de outro,**
- 4.6.3.7. Lesão premeditada auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual, ou da sua recondução depois de suspenso;**
- 4.6.3.8. Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- 4.6.3.9. Hospitalização para a realização de exames de rotina;**
- 4.6.3.10. Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;**
- 4.6.3.11. Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;**
- 4.6.3.12. Tratamento para obesidade em suas várias modalidades;**
- 4.6.3.13. Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- 4.6.3.14. Distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências deles decorrentes;**
- 4.6.3.15. Afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pela apólice de seguro vigente.**
- 4.6.3.16. Lesões causadas por esforços repetitivos (L.E.R.) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (D.O.R.T.).**

4.7. Cobertura de Diárias por Internação Hospitalar

4.7.1. Objetivo: Garantir ao segurado o pagamento do valor correspondente a renda básica diária contratada, referente a cada dia de internação hospitalar, decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto, observados o número máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.

4.7.1.1. O valor do capital segurado deverá ser estabelecido sob a forma de diária, independentemente das despesas efetuadas pelo segurado.



4.7.1.2. O conjunto de ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente será considerado um mesmo evento quando o intervalo entre estas ocorrências for inferior a 12 (doze) meses.

4.7.2. A cobertura inicia-se no 1º (primeiro) dia da caracterização do evento hospitalização e termina no dia da alta médica hospitalar do segurado, devendo o prazo superior ao período de franquia e limitado a 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias.

4.7.2.1 O evento hospitalização é caracterizado pela permanência do Segurado pelo período mínimo de 12 (doze) horas em uma Instituição Hospitalar coberta, a qual será comprovada mediante a cobrança de pelo menos 1 (uma) diária hospitalar.

4.7.3. Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Diárias por Internação Hospitalar todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da contratação do seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

4.6.4 Riscos Excluídos: Estão excluídos da cobertura de Diárias por Internação Hospitalar os eventos ocorridos em consequência de:

- 4.7.4.1. Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- 4.7.4.2. atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química e/ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- 4.7.4.3. doenças ou lesões preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de adesão;**
- 4.7.4.4. Acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro;**
- 4.7.4.5. atos ilícitos ou contrários à lei praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante de um ou de outro;**
- 4.7.4.6. Ato doloso praticado pelo Segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou representante legal de um ou de outro,**
- 4.7.4.7. Lesão premeditada auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual, ou da sua recondução depois de suspenso;**
- 4.7.4.8. Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- 4.7.4.9. Hospitalização para a realização de exames de rotina;**
- 4.7.4.10. Tratamento para esterilização, fertilização, mudança de sexo, de rejuvenescimento ou emagrecimento, nas suas várias modalidades, inclusive gastroplastia redutora, tratamento estético, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescença a ele relacionados;**
- 4.7.4.11. Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;**
- 4.7.4.12. Tratamento para obesidade em suas várias modalidades;**
- 4.7.4.13. Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- 4.7.4.14. Afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pela apólice de seguro vigente.**

4.8. Cobertura Suplementar de Inclusão Automática ou Facultativa de Cônjuge

4.8.1. Objetivo: Garantir ao segurado titular o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, em caso de morte acidental de seu cônjuge.

4.8.2. A cláusula suplementar de inclusão de cônjuge define a inclusão, no seguro, dos cônjuges dos segurados titulares, que pode ser feita da seguinte forma:

- a) Automática: quando abranger os cônjuges de todos os segurados titulares;
- b) Facultativa: quando abranger os cônjuges dos segurados titulares que assim o autorizarem.

4.8.3. Equiparam-se ao(s) cônjuge(s) os(as) companheiros(as) dos segurados titulares, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

4.8.3.1. Não podem participar desta cláusula os cônjuges e companheiros(as) que façam parte do grupo de segurados titulares.

4.8.4. O capital segurado do cônjuge não pode ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo segurado titular, observando-se que o critério para fixação do capital segurado deve ser estabelecido e definido no Contrato.

4.8.5. A cobertura dos riscos individuais previstos nesta cláusula começará a vigorar:

4.8.5.1 Na data do início do risco individual do segurado titular, desde que solicitada a inclusão de seu cônjuge simultaneamente, mediante análise e aceitação pela Seguradora;

4.8.5.2. Quando o cônjuge não for incluído simultaneamente com o segurado titular, o início de vigência individual do seguro do cônjuge será a partir da vigência correspondente à solicitação expressa do segurado titular.

4.9. Cobertura Suplementar de Inclusão Automática ou Facultativa de Filhos

4.9.1. Objetivo: Garantir ao segurado titular o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, em caso de morte acidental de algum dos seus filhos dependentes, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda.

4.9.1.2. Poderão ser incluídos, na qualidade de segurados dependentes, os filhos dos segurados titulares, desde que contratada a Cláusula Suplementar de Inclusão Automática de Cônjuge, e pode ser feita das seguintes formas:

- a) Automática: quando abranger os filhos de todos os segurados titulares e/ou dos cônjuges segurados; e
- b) Facultativa: quando abranger os filhos dos segurados titulares e/ou dos cônjuges segurados que assim o autorizarem.

4.9.2 Equiparam-se aos filhos os enteados e os menores, considerados dependentes econômicos do segurado titular.

4.9.2.1. Não podem participar desta cláusula os filhos que façam parte do grupo de segurados titulares.



4.9.3. Quando ambos os cônjuges forem segurados do grupo segurado, os filhos podem ser incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior capital segurado, sendo ele denominado segurado titular para efeito desta cláusula.

4.9.4. O capital segurado da cobertura suplementar de Inclusão de Filhos não pode ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo segurado titular, observando-se que o critério para fixação do capital segurado deve ser estabelecido e definido no Contrato.

4.9.4.1. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, a indenização tem caráter de reembolso das despesas comprovadas com o funeral, limitado ao percentual de participação constante no Contrato.

4.9.4.2. Para os filhos com idade a superior a 14 (quatorze) anos, a indenização será integral, de acordo com o percentual de participação constante no Contrato.

4.9.5. A cobertura dos riscos individuais previstos nesta cláusula começará a vigorar:

4.9.5.1. Na data do início da garantia do risco individual do segurado titular;

4.9.5.2. Na data da inclusão da cláusula na apólice, se ela for incluída após o início de vigência da apólice.

4.10 Cobertura de Morte em Decorrente de Crime

Garante aos Beneficiários o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura, caso venha a ocorrer morte do Segurado exclusivamente decorrente de crime, devidamente coberto pelo seguro, qualquer que seja o local e a hora de sua ocorrência, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais.

4.10.1. Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Morte Acidental todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da contratação do seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

4.10.2. Riscos Excluídos: Estão excluídos da cobertura de Morte em Conseqüência de Crime os eventos ocorridos em conseqüência de:

4.10.2.1. uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

4.10.2.2. atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química e/ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

4.10.2.3. Doenças ou lesões preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de adesão;

4.10.2.4. Acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro;

4.10.2.5. Atos ilícitos ou contrários à lei praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante de um ou de outro;

4.10.2.6. Ato doloso praticado pelo Segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou representante legal de um ou de outro;



- 4.10.2.7. Lesão premeditada auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual, ou da sua recondução depois de suspenso;**
- 4.10.2.8. Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- 4.10.2.9. Crime praticado por descendente, ascendentes e cônjuge do Segurado, bem como quaisquer parentes que com ele residam ou que dele dependam economicamente;**
- 4.10.2.10. Ocorrências enquadradas na legislação em vigor como crime de trânsito;**
- 4.10.2.11. Qualquer outra causa que não seja resultante de crime doloso.**

4.11. Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial em Decorrência de Crime

4.11.1.Objetivo: Garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização correspondente a até 100% (cem por cento) do valor do capital segurado, em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial do Segurado, causada exclusivamente em decorrência de Crime devidamente Coberto.

4.11.2. Como Invalidez Permanente entende-se a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão do corpo do segurado.

4.11.3. Para esta cobertura, será utilizada a mesma tabela do item 4.3 - Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

4.11.3.1 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.

4.11.4. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, sendo constatada e avaliada em caráter definitivo a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos no Contrato.

4.10.5. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

4.11.6. 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 mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

4.11.7. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

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

4.11.9. A Invalidez Permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da Seguradora, devendo o Segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a Invalidez Permanente causada por acidente.



4.11.9.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente.

4.11.10. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a Seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica 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. O prazo para a constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

4.11.11. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por decorrência de Crime, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte acidental, se contratada esta cobertura.

4.11.11.1 Caso a cobertura de Invalidez Permanente e **Total** em decorrência de Crime, seja igual a 100% do Capital Segurado da cobertura de morte acidental em decorrência de Crime, seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte em decorrência de Crime, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

4.11.12. Não restando comprovada a Invalidez Permanente Total em decorrência de Crime, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e o Contrato, sem qualquer devolução de prêmios.

4.11.13. Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por decorrência de Crime todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da contratação do seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

4.11.14. Riscos Excluídos: Estão excluídos da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por decorrência de Crime os eventos ocorridos em consequência de:

4.11.14.1. uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

4.11.14.2. atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química e/ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

4.11.14.3. Acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro;

4.11.14.4. ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada;

4.11.14.5. Atos ilícitos ou contrários à lei praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante de um ou de outro;

- 4.11.14.6. Ato doloso praticado pelo Segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou representante legal de um ou de outro,**
- 4.11.14.7. Lesão premeditada auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual, ou da sua recondução depois de suspenso;**
- 4.11.14.8. Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza.**
- 4.11.14.9. Qualquer outra causa que não seja resultante de crime doloso.**

4.12. Na hipótese do plano de seguro conjugar mais de uma cobertura, estas não poderão ser contratadas isoladamente.

5. CARÊNCIAS

- 5.1. Não haverá carência para as coberturas decorrentes de acidentes pessoais.**
- 5.2 Conforme disposto na legislação em vigor, para eventos decorrentes de suicídio ou sua tentativa, o presente Seguro terá carência de 24 (vinte e quatro) meses, contados do início de vigência, ou da sua recondução depois de suspenso.**

6. FRANQUIAS

- 6.1. Para a cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária, o período de franquia será de 15 (quinze) dias, a contar da data do evento;**
- 6.2. Para a cobertura de Diárias por Internação Hospitalar, o período de franquia será de 1 (um) dia de internação, caracteriza pela permanência mínima de 12 (doze) horas de internação em uma Instituição Hospitalar devidamente comprovada para fins legais;**

7. CAPITAL SEGURADO

- 7.1.** O capital segurado será estabelecido no Contrato e corresponderá ao valor máximo para cada cobertura contratada, a ser pago ou reembolsado pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.
- 7.2.** Para efeito do cálculo da Indenização, a data de evento quando da liquidação do sinistro será, nas coberturas de Acidentes Pessoais, a data do acidente.
- 7.3.** Todos os valores deverão ser expressos em moeda corrente nacional, estando vedada a utilização de qualquer outra unidade monetária.

8. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

- 8.1.** A atualização dos valores dos Capitais Segurados e prêmios relativos a este seguro serão efetuados em cada aniversário do Certificado de Seguro, com base no Índice Geral de Preços de Mercado (IGP-M) da Fundação Getúlio Vargas (FGV) acumulado no período de 12 (doze) meses anteriores ao mês do último índice publicado imediatamente antes da data de atualização.
- 8.2.** Na falta, extinção ou proibição do uso do IGPM-FGV, a atualização monetária terá por base o Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

(IPCA/IBGE).

8.3. As contratações com vigência igual ou inferior a 1 (um) ano não poderão conter cláusula de atualização de valores.

9. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

9.1. Não há reintegração para as coberturas de Morte, Invalidez Permanente Total por Acidente ou em decorrência de Crime.

9.2. No caso de invalidez parcial, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

9.3. Para as coberturas de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas e Diárias de Incapacidade Temporária, a reintegração do capital segurado será automática, determinada no Contrato.

10. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

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

10.2. Recebida a Proposta pela Seguradora, com todos os dados exigíveis, esta será considerada aceita, abrangendo todas as coberturas, caso a Seguradora sobre ela não se manifeste expressamente ao Proponente, no prazo de 15 (quinze) dias contados do seu recebimento, explicitando o(s) motivo(s) da recusa.

10.3. Esse prazo de 15 (quinze) dias será suspenso se a Seguradora solicitar a apresentação de novos documentos quando verificar que as informações contidas na proposta são insuficientes para a emissão do certificado de seguro. Tal solicitação será feita apenas uma vez. Neste caso, a contagem do prazo voltará a correr às 24 (vinte e quatro) horas da data em que for protocolada a entrega da documentação solicitada.

10.4. No caso de não-aceitação da proposta de seguro no prazo de 15 (quinze) dias, a mesma será comunicada por escrito ao proponente e ao Estipulante, e o valor pago antecipadamente será restituído integralmente pela Seguradora, por meio de cheque nominativo, no prazo de 10 (dez) dias contados da data da formalização da recusa.

10.4.1. Em caso de mora da Seguradora, caracterizada pela não devolução do valor pago antecipadamente após decurso do prazo definido no item 10.4., o valor será atualizado pela variação do Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV) apurada entre o último índice publicado antes da data da formalização da recusa e aquele publicado imediatamente anterior à data de devolução. Incidirá, adicionalmente, sobre o valor, juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculada em base pro rata dia, da data da ocorrência da mora até a data da efetiva devolução.

11. INCLUSÃO DE SEGURADOS

11.1. A inclusão dos segurados na apólice será feita por adesão individual ao contrato coletivo. A contratação de seguros por meio de apólice coletiva deve ser realizada mediante apresentação obrigatória de proposta de contratação assinada pelo estipulante, pelo sub-estipulante se for o caso, e pelo corretor de seguros, ressalvada a hipótese de contratação direta.

12. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

12.1. O plano de 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.

12.2. O início e término de vigência do risco individual será às 24 horas, das datas estabelecidas no Certificado do Seguro.

12.3. O prazo de vigência do seguro varia conforme estabelecido no Contrato, podendo ser renovado automaticamente uma única vez, pelo mesmo período, salvo se ocorrer uma das situações previstas nestas Condições Gerais, que trata do cancelamento do seguro, ou se a Seguradora ou o Estipulante, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, comunicar por escrito o desinteresse pela renovação.

12.4. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a mesma data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e informado no Contrato.

12.5. Os contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela seguradora, ressalvado o disposto no item 12.2.

12.6. A renovação automática do seguro só poderá ocorrer uma única vez. As renovações posteriores serão feitas de forma expressa.

12.6.1. A renovação expressa poderá ser efetivada quantas vezes se fizer necessário, desde que realizada pelo Estipulante, e desde que não implique em ônus ou dever para os Segurados ou redução de seus direitos.

12.6.2 Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos Segurados ou redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ do grupo segurado.

13. CERTIFICADO DE SEGURO

No início da vigência do seguro, bem como nas renovações subseqüentes, a Seguradora providenciará a emissão dos Certificados Individuais, constando os seguintes elementos mínimos: data de início e término de vigência da cobertura individual do segurado principal e dos segurados dependentes; o capital segurado de cada cobertura relativa ao segurado principal e aos segurados dependentes; e o prêmio total.

14. CUSTEIO DO SEGURO

O custeio das garantias previstas neste seguro poderá ser contributário, parcialmente contributário ou não contributário, conforme indicado no Contrato.

- **Contributário:** Quando o Segurado contribui parcial ou totalmente para o pagamento do(s) prêmio(s).
- **Parcialmente Contributário:** Quando o Segurado contribui parcialmente para o pagamento do(s) prêmio(s).
- **Não Contributário:** Quando o Estipulante paga integralmente o(s) prêmio(s) do seguro.

15. PRÊMIO DE SEGURO

15.1. O prêmio de seguro será determinado no Contrato.

15.2. Qualquer alteração na apólice que implique em ônus ou dever ou a redução de seus direitos para os Segurados dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ do grupo Segurado.

16. PAGAMENTO DO PRÊMIO DE SEGURO

16.1. O prêmio poderá ser pago de forma única, mensal, bimestral, trimestral, semestral, ou anual, de acordo com o estabelecido no Contrato.

16.1.1. A cobrança do prêmio poderá ser efetuada por meio de documento emitido pela Seguradora, e 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 do documento de cobrança;
- d) número da apólice e/ou do certificado individual;
- e) data limite para o pagamento do prêmio.

16.1.2. A Seguradora encaminhará o documento de cobrança diretamente ao segurado, ou ao seu representante legal, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.

16.1.2.1. O disposto neste artigo não se aplica aos planos de seguro custeados integralmente pelo estipulante e aos casos de desconto em folha de pagamento, de débito em conta corrente e de pagamento por meio de cartão de crédito.

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

16.1.3. Quando a data limite para o pagamento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil em que houver expediente bancário.

16.2. Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado pelo segurado ou Estipulante, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista para esse fim no respectivo documento de cobrança.

16.3. Caso o sinistro ocorra dentro do prazo para pagamento do prêmio, o direito à indenização não fica prejudicado se o mesmo for realizado ainda naquele prazo.

16.4. Ocorrendo a falta de pagamento do prêmio a cobertura será automaticamente suspensa, e somente será reabilitada a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o segurado ou o estipulante retomar o pagamento do prêmio. Os sinistros ocorridos no período de cobertura suspensa ficarão sem cobertura, respondendo a Seguradora por todos os sinistros ocorridos exclusivamente a partir da data da reabilitação.

16.4.1. No caso de seguros com cobrança de prêmio postecipada, a reabilitação se dará com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura.

16.4.2. Não será cobrada qualquer parcela de prêmio referente ao prazo de suspensão em caso de reabilitação da cobertura do seguro.

16.4.3. Ocorrendo a reabilitação da cobertura, poderá ser exigido o cumprimento de carências e franquias, conforme definido no Contrato.

16.4.4. O prazo de suspensão por inadimplemento poderá ser de 90 (noventa) dias. Decorrido este prazo, o seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela do prêmio já paga.

16.5. Entretanto, observado o disposto no **item 16.4**, nos seguros coletivos de custeio contributivo, se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora, no prazo devido, os prêmios recolhidos dos segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do seguro, respondendo a Seguradora pelo pagamento das indenizações devidas, ficando o Estipulante sujeito à cominações legais.

16.6. O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora. Caso o mesmo receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica o Estipulante obrigado a destacar no carnê, ticket, contracheque ou quaisquer outros documentos o valor do prêmio do seguro de cada Segurado.

17. AGRAVAÇÃO PARA INCLUSÃO DE RISCOS EXCLUÍDOS

17.1. Em caso de concessão de cobertura para qualquer risco excluído nas Condições Gerais deste produto, a taxa de todas as coberturas do seguro principal/titular, previstas na Nota Técnica Atuarial, poderão ser agravadas em até 50%.

17.2. O Contrato de Seguro deverá conter cláusula específica prevendo claramente que determinada exclusão não tem aplicação e está sem efeito para o seguro contratado.

18. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

18.1. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa:

- a) automaticamente, quando do término do período de vigência do certificado individual, se este não for renovado;
- b) Com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o Estipulante;
- c) Quando o segurado solicitar por escrito à Seguradora sua exclusão da apólice;
- d) Quando o segurado deixar de contribuir com sua parte no prêmio.

18.2. Na hipótese do segurado, seus prepostos ou seus beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, dá-se automaticamente a caducidade do seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a sociedade seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

19. SUSPENSÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO

19.1. A suspensão e o respectivo cancelamento do certificado individual se dará sob as determinações do **sub item 16.4** destas Condições Gerais.

19.2. As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

20. RESCISÃO CONTRATUAL

20.1. O seguro só poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes contratantes com anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

20.2. Ocorrendo a rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá o prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

21. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

21.1. Quando ocorrer um sinistro, o segurado ou um de seus representantes, deverá encaminhar para o endereço da Seguradora ou do Estipulante, um comunicado constando o nome completo do segurado, DDD e telefone para contato, nome(s) da(s) pessoa(s) para contato, cópia simples do Registro Geral (RG), e cópia simples do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), acrescidos dos documentos abaixo relacionados, conforme o evento:

21.1.1. Cobertura de Morte Acidental:

- a) Cópia autenticada da Certidão de óbito;
- b) Cópia simples do Boletim de ocorrência policial (BO);
- c) Cópia simples do laudo de necropsia do Instituto Médico Legal (IML);
- d) Cópia simples do laudo de dosagem alcoólica/toxicológica quando indicada a sua solicitação no laudo do IML, em caso de morte acidental;
- e) Cópia simples da Carteira Nacional de Habilitação caso o segurado tenha sido o condutor do veículo.

21.1.2. Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:

- a) Relatório médico original detalhando o ocorrido, e indicando o grau de invalidez;
- b) Original ou cópia simples de exames realizados que comprovem a invalidez permanente total ou parcial por acidente;
- c) Cópia simples do boletim de ocorrência policial ou comunicação de acidente de trabalho, de acordo com o fato ocorrido.

21.1.3. Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas:

- a) Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como a data do primeiro atendimento e alta definitiva, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;
- b) Notas Fiscais e recibos originais referentes às despesas tidas em caráter particular com o atendimento ao Segurado;
- c) Receituários médicos com as respectivas Notas Fiscais e recibos originais, referentes as despesas tidas com medicamentos prescritos pelo médico em virtude das lesões provocadas pelo acidente.

21.1.4. Cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária:

- a) Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;
- b) Exames realizados que comprovem a incapacidade física total temporária, original ou cópia simples;
- c) Cópia simples do Boletim de ocorrência policial (BO), quando aplicável;



21.1.5. Cobertura de Diárias por Internação Hospitalar:

- a) Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;
- b) Documento que comprove a hospitalização do segurado (Declaração do Hospital), desde que este seja um documento comprobatório para fins legais;
- c) Prontuário médico hospitalar completo, fornecido pela Instituição Hospitalar;
- d) Exames realizados que comprovem a incapacidade física total temporária, original ou cópia simples;
- e) Cópia simples do Boletim de ocorrência policial (BO), quando aplicável;

21.1.6. Cobertura Morte em Decorrência de Crime:

- a) Aviso de sinistro devidamente preenchido pelo Segurado/Beneficiário(s) e médico assistente;
- b) Cópia autenticada da Certidão de óbito;
- c) Cópia simples do Boletim de ocorrência policial (BO);
- d) Cópia simples do laudo de necropsia do Instituto Médico Legal (IML);
- e) Certidão de Nascimento ou Casamento, RG e CPF do Segurado /Beneficiário;
- f) Cópia do comprovante de residência do(s) Beneficiário(s) e Segurado;

21.1.7. Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial em Conseqüência de Crime:

- a) Aviso de sinistro devidamente preenchido pelo Segurado/Beneficiário(s) e médico assistente;
- b) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez de acordo com a tabela constante da garantia, informando sempre se o paciente encontra-se em alta médica definitiva e anexando os exames realizados pelo Segurado;
- c) Cópia simples do Boletim de ocorrência policial (BO);
- d) Certidão de Nascimento ou Casamento, RG e CPF do Segurado /Beneficiário;
- e) Cópia do comprovante de residência do(s) Beneficiário(s) e Segurado;
- f) Aviso de alta Médica;
- g) Laudo de dosagem alcoólica, quando necessário.

21.1.8. Cobertura Assistência Funeral:

- a) Quando ocorrer algum fato, objeto das prestações de serviço de Assistência, o beneficiário solicitará pela Central de Serviços e Relacionamento 0800 a assistência correspondente, informando nome e número do Certificado;
- b) Se a ligação a cobrar não for possível, as despesas de comunicações com a Central de Atendimento serão reembolsadas mediante apresentação dos comprovantes originais dos gastos telefônicos.

21.1.9. Cobertura Auxílio Funeral por Morte Acidental:

- a) Cópia autenticada da Certidão de óbito;
- b) Cópia simples do Boletim de ocorrência policial (BO).



- c) Cópia simples do laudo de necropsia do Instituto Médico Legal (IML).
- d) Cópia simples do laudo de dosagem alcoólica/toxicológica quando indicada a sua solicitação no laudo do IML.
- e) Cópia simples da carteira de habilitação caso o segurado tenha sido o condutor do veículo.

21.2. A Seguradora se reserva o direito de solicitar, no caso de dúvida fundada e justificável, qualquer outro documento que se faça necessário para regulação do sinistro, para a completa elucidação do evento ocorrido.

21.3. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os respectivos documentos solicitados correrão por conta do segurado ou de seus beneficiários.

21.3.1. Os eventuais encargos de tradução de documentos necessários à liquidação de sinistros ocorridos fora do território nacional ficarão a cargo da Seguradora.

22. PAGAMENTO DE SINISTROS

22.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o Segurado/Estipulante deverá comprovar satisfatoriamente a sua ocorrência, por meio dos documentos básicos listados nestas Condições, bem como esclarecidas todas as circunstâncias a ele relacionadas. Fica entendido e acordado que, **mediante dúvida fundada e justificável**, na dependência das necessidades de cada caso a Seguradora reserva-se o direito de solicitar outros documentos para instruir a regulação de sinistro.

22.2. Fica estabelecido o prazo de até 30 (trinta) dias para o pagamento de indenização devida pelo presente Contrato de Seguro, contados a partir do recebimento, pela Seguradora, da documentação básica listada no subitem 21.1.

22.3. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos, informações ou esclarecimentos complementares ao Estipulante, Segurado ou ao(s) beneficiário(s), o prazo mencionado no subitem anterior será suspenso e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

22.4. Quando a liquidação das obrigações não for efetuada dentro do prazo estabelecido no sub item 22.2, o valor será atualizado pela variação do Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM-FGV). Incidirá, adicionalmente, sobre o valor, juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculada em base pro rata dia, da data da ocorrência da mora até a data da efetiva liquidação das obrigações.

22.5. Na falta, extinção ou proibição do uso do IGPM/FGV, a atualização monetária terá por base o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

23. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações por morte acidental e invalidez permanente do segurado não se acumulam, se decorrente do mesmo acidente. Se depois de paga uma indenização por invalidez permanente verificar-se a morte do segurado, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de morte acidental, deduzida a importância já paga por invalidez permanente, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada em caso de morte acidental.

24. PERDA DE DIREITOS

24.1. Conforme estabelecido no art. 766 do Código Civil Brasileiro, se o Segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do Prêmio, perderá o direito à cobertura, além de ficar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

24.1.1. Se a inexatidão ou omissão não resultar de má-fé do segurado, a Seguradora terá o direito de:

- a) Na hipótese de não ocorrência de sinistro, mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.**
- b) Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado, mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.**
- c) Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença do prêmio cabível.**

24.2. O segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

24.2.1. A seguradora, dentro do prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso de agravação do risco, poderá comunicar ao Segurado, por escrito, a sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

24.2.2. O cancelamento do seguro será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, e será feita a restituição da diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

24.3. Também haverá perda do direito à Indenização com base no presente Seguro, caso haja por parte do Estipulante, do Segurado, seu(s) representante(s) ou seu(s) Beneficiário(s):

- a) inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro; e**
- b) agravamento intencional do risco objeto do contrato.**

25. PRAZO DE PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

26. ALTERAÇÃO CONTRATUAL EM PLANOS COLETIVOS

26.1. Qualquer modificação na Apólice de Seguro que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

26.2. Qualquer alteração na Apólice de Seguro em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observado o disposto no item 26.1.



26.2.1. Quando a alteração não implicar em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, esta poderá ser realizada apenas com a anuência do Estipulante.

27. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

27.1. As coberturas de Morte Acidental e Invalidez Permanente abrangem eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

27.2. As coberturas de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, Diárias de Incapacidade Temporária e Diárias por Internação Hospitalar abrangem eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do território nacional.

28. 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 presentes condições gerais da apólice e as normas do seguro, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

29. FORO

29.1 As questões judiciais, entre o Segurado ou Beneficiário e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

29.2 Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

30. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

30.2. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.



CONDIÇÕES GERAIS

RAMO 90

Seguro de Diárias de Internação Hospitalar

Processo SUSEP nº 15414.002708/2007-95

**São Paulo – SP
Março de 2012**



CARDIF

ÍNDICE:

1.	OBJETIVO.....	3
2.	DEFINIÇÕES.....	3
3.	COBERTURA DO SEGURO.....	5
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	6
5.	BENEFICIÁRIO.....	7
6.	FRANQUIA.....	7
7.	CAPITAL SEGURADO.....	8
8.	ATUALIZAÇÃO DE VALORES.....	8
9.	ACEITAÇÃO DE SEGURADOS.....	8
10.	VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO.....	9
11.	PRÊMIO DE SEGURO.....	10
12.	PAGAMENTO DO PRÊMIO DE SEGURO.....	10
13.	CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO.....	11
14.	RESCISÃO CONTRATUAL.....	11
15.	PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO.....	12
16.	PAGAMENTO DE SINISTROS.....	13
17.	PERDA DE DIREITOS.....	13
18.	PRAZO DE PRESCRIÇÃO.....	14
19.	ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	14
20.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO.....	14
21.	SUB-ROGAÇÃO.....	14
22.	FORO.....	14
23.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	14



CARDIF

1. OBJETIVO

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento do benefício fixo, na hipótese de hospitalização do Segurado.

2. DEFINIÇÕES

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

a.1) Incluem-se nesse conceito:

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

a.2) Excluem-se desse conceito:

- 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;
- As intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- 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 médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.

b) **Apólice:** Documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo Proponente ou pelo Estipulante.

c) **Beneficiário(s):** O Beneficiário deste seguro é o próprio Segurado, ou seu representante legal.

d) **Benefício:** Importância estabelecida para cada diária de hospitalização, a ser paga em caso de ocorrência de evento coberto.

e) **Capital Segurado:** Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora, na ocorrência do sinistro coberto.

f) **Certificado de Seguro:** Documento entregue a cada Segurado, emitido pela Seguradora, contendo em linguagem clara e objetiva os elementos necessários para a correta utilização do seguro.

g) **Condições Gerais:** Conjunto de cláusulas contratuais que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da Seguradora, do Estipulante, do Segurado e de seu representante legal.



CARDIF

- h) **Corretor de Seguros:** Pessoa física ou jurídica devidamente habilitada e registrada na Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, para intermediar e promover contratos de Seguros entre o Segurado e a Seguradora.
- i) **Crime:** Para efeito deste seguro é a violação dolosa da lei penal que acarrete na necessidade de sua internação hospitalar e se enquadre no conceito de acidente pessoal, de obrigatória comunicação à autoridade policial.
- j) **Estipulante:** Pessoa física ou jurídica que propõe a contratação do plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do Segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor.
- k) **Evento Coberto:** Todo o conjunto de ocorrência e/ou serviços de assistência médica hospitalar, verificados após o início da cobertura, que tenham por origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do Segurado, decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto. O evento se inicia com a comprovação da hospitalização e termina com a alta concedida ao Segurado, observados os limites estabelecidos neste seguro.
- l) **Evento Previsto:** Assalto, agressão física, roubo e ferimentos pessoais decorrentes destes eventos.
- m) **Franquia:** Período ininterrupto de horas ou dias dentro da vigência do seguro, com início a partir da data da ocorrência do sinistro, e fim determinado no Certificado de Seguro, no qual o Segurado não terá direito ao recebimento da indenização durante este período.
- n) **Indenização:** Valor que a Seguradora paga ao Segurado ou a seu representante legal em decorrência de um evento coberto por este seguro, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura contratada.
- o) **Início de Vigência:** Data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.
- p) **Instituição Hospitalar:** Qualquer estabelecimento legalmente constituído e licenciado, devidamente instalado e equipado para a prática de tratamentos médicos clínicos e/ou cirúrgicos a pessoas que deles necessitem.
- q) **Período de Cobertura:** Aquele durante o qual o Segurado fará jus ao Capital Segurado contratado.
- r) **Prêmio:** Preço do seguro, ou seja, é a importância paga pelo Segurado à Seguradora em decorrência da contratação do seguro.
- s) **Proponente:** Pessoa física que propõe a sua adesão ao seguro e que somente passará à condição de Segurado após a sua aceitação pela Seguradora.
- t) **Proposta de Adesão:** Documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais;
- u) **Riscos Excluídos:** São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais, que não serão cobertos pelo seguro.
- v) **Segurado:** Pessoa física que contrata o seguro e/ou está exposta aos riscos previstos nas coberturas indicadas no Certificado de Seguro e definidos nestas Condições Gerais.



CARDIF

- w) **Seguradora:** Sociedade que, mediante recebimento do prêmio, assume os riscos e garante o pagamento da indenização em caso de ocorrência de sinistro coberto.
- x) **Sinistro:** Ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do seguro.
- y) **Unidade de Terapia Intensiva (UTI):** São as unidades hospitalares onde as internações obedecem às resoluções específicas do Ministério e/ou Secretarias Estaduais/Municipais de Saúde.

3. COBERTURA DO SEGURO

3.1. Diárias de Internação Hospitalar por Acidente

Esta cobertura garante ao Segurado o pagamento de um valor diário fixo, referente a cada dia de internação hospitalar, em Instituição Hospitalar coberta, desde que esta hospitalização seja decorrente **exclusivamente de acidente pessoal coberto**, desde que respeitados os demais itens destas condições.

- 3.1.1.A cobertura inicia-se, após o cumprimento do período de franquia, e a devida caracterização do evento hospitalização e termina no dia da alta médica hospitalar do Segurado, respeitando o limite máximo de indenização.
- 3.1.2. A quantidade de diárias indenizáveis corresponde ao número de pernoites que o **segurado** permanecer hospitalizado, respeita a permanência mínima de 12 (doze) horas. O **segurado** terá direito a uma diária sem que tenha havido pernoite, exclusivamente, quando a Hospitalização for superior a 12 (doze) horas.
- 3.1.3.O limite máximo de indenização sob este seguro será de até **365 (trezentas e sessenta e cinco)** diárias por evento, definido no Certificado de Seguro, sendo que nas reinternações, as diárias serão cumulativas para este efeito.
- 3.1.4.Considera-se reinternação a internação que se inicia no período de vigência deste seguro, respeitado o limite máximo de indenização, e que resulte de causas que sejam iguais ou relacionadas com o mesmo evento, e para a qual já se tenha pago indenização por este seguro.
- 3.1.5.As internações resultantes de um mesmo evento, mas que estejam separadas entre si por período igual ou superior a 12 (doze) meses não serão consideradas como uma mesma internação.
- 3.1.6.Nos casos em que, durante a Hospitalização, o Segurado utilizar a UTI (Unidade de Terapia Intensiva), a renda diária referente ao período de permanência nessa Unidade será paga em dobro em relação ao valor básico fixado no **Certificado Individual de Seguro**.



CARDIF

3.2. Diária Única por Hospitalização em Decorrência de Crime

Esta cobertura garante o pagamento do capital segurado na hipótese de hospitalização do Segurado, em decorrência **exclusivamente de crime** devidamente coberto pelo seguro, desde que seja respeitada a franquia e os demais itens destas condições.

3.2.1. O valor a ser pago de uma única vez, correspondente a quantia em Reais expressa no Certificado de Seguro

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão excluídos deste seguro os eventos ocorridos em consequência de:

- a) **Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) **Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) **Atos ilícitos ou dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados, pelo(s) beneficiários (s) ou pelo representante de um ou de outro;**
- d) **Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada;**
- e) **Lesão intencionalmente auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do Certificado de Seguro, ou da sua recondução depois de suspenso;**
- f) **Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- g) **Acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro;**
- h) **Intoxicações por medicamentos, salvo quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico);**
- i) **Incapacidades, acidentes, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração do seguro, para as quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela conseqüentes;**
- j) **Qualquer tipo de hérnia, e suas conseqüências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto;**
- k) **Parto ou aborto, e suas conseqüências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto;**
- l) **Hospitalização para a realização de exames de rotina, check-ups, investigação diagnóstica ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal;**
- m) **Hospitalização quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;**
- n) **Tratamento para esterilização, fertilização, mudança de sexo, de rejuvenescimento ou emagrecimento, nas suas várias modalidades, inclusive gastroplastia redutora, tratamento estético, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescença a ele relacionados;**
- o) **Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;**
- p) **Tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou anti-ético;**
- q) **Períodos de convalescença enquanto o Segurado estiver sob cuidados médicos fora de Instituição Hospitalar, ainda que o mesmo seja assistido em tempo integral por equipe médica;**



CARDIF

- r) Tratamento para obesidade em suas várias modalidades;
 - s) Tratamentos experimentais e medicamentosos, ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
 - t) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
 - u) Distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou conseqüências deles decorrentes, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia, stress, independentemente de suas causas, inclusive depressão.
 - v) Gastos de Hospitalização, honorários não especificados, exames complementares de diagnósticos e medicamentos;
 - w) Crime praticado por descendente, ascendentes e cônjuge do Segurado, bem como quaisquer parentes que com ele residam ou que dele dependam economicamente;
 - x) Ocorrências enquadradas na legislação em vigor como crime de trânsito;
- 4.2. Estão excluídas da cobertura deste seguro as internações em Instituições não cobertas do tipo abaixo relacionadas:
- a) Instituições para atendimento de deficientes mentais, ou seja, uma instituição primordialmente dedicada ao tratamento de enfermidades psiquiátricas, incluindo subnormalidades, ou ainda o departamento psiquiátrico de um hospital;
 - b) Local para idosos, casas de descanso, asilos e assemelhados;
 - c) Instituições de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais; unidade especial de hospital usada primordialmente como um lugar para viciados em drogas ou álcool, ou como uma instituição de saúde para convalescentes ou para reabilitação; clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou SPA;
 - d) Home Care (internação domiciliar).

5. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário deste seguro é o próprio Segurado ou seu representante legal no caso de sua impossibilidade.

6. FRANQUIA

A franquia, quando houver, estará definida no Contrato e poderá ser:

6.1. Diárias de Internação Hospitalar por Acidente

6.1.1. A cobertura inicia-se, após o cumprimento do período de franquia, sendo o limite mínimo estabelecido será de uma internação em uma Instituição Hospitalar coberta pelo período mínimo de 12 (doze) horas, devidamente comprovada para fins legais com registro de pelo menos 1 (uma) diária hospitalar.

6.1.2. A cobertura inicia-se, após o cumprimento do período de franquia, sendo o limite máximo a ser estabelecido no contrato será de até 240 (duzentas e quarenta) horas.

6.2. Diária Única por Hospitalização em Decorrência de Crime

6.2.1. O limite será estabelecido no Certificado, que poderá ser de no máximo de 5 (cinco) dias consecutivos e ininterruptos, contados a partir da data de internação, **período em que o segurado não terá direito a esta cobertura.**



CARDIF

6.2.2. O limite estabelecido no Certificado, que poderá ser no mínimo de 3 (três) dias consecutivos e ininterruptos, contados a partir da data de internação, **período em que o segurado não terá direito a esta cobertura.**

7. CAPITAL SEGURADO

7.1. O Capital Segurado poderá ser escolhido pelo Proponente, conforme as opções vigentes na data da contratação deste seguro e estabelecidas na Proposta de Adesão, e representará o valor a ser pago por cada diária de internação hospitalar.

7.2. Para efeitos de apuração do valor da indenização, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da ocorrência do sinistro.

7.2.1. A data da ocorrência do sinistro para a cobertura do seguro será a data da comprovação médica da internação hospitalar.

7.3. O valor do Capital Segurado deverá ser estabelecido sob a forma de diária, independentemente das despesas efetuadas pelo Segurado.

7.4. O Capital Segurado não poderá ultrapassar o máximo de 1/365 do Limite Contratual Máximo da Seguradora.

7.5. Caso o Segurado realize a contratação de mais de um seguro regido por estas Condições Gerais, a soma dos Capitais Segurados referentes ao mesmo Segurado não poderá ultrapassar 1/365 (um trezentos e sessenta e cinco avos) do Limite Contratual Máximo da Seguradora.

7.6. Todos os valores deverão ser expressos em moeda corrente nacional, estando vedada a utilização de qualquer outra unidade monetária.

8. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

8.1. A atualização dos valores dos Capitais Segurados e prêmios relativos a este seguro serão efetuados anualmente pelo Índice Geral de Preços de Mercado (IGP-M) da Fundação Getúlio Vargas (FGV) acumulada no período de 12 (doze) meses anteriores ao mês do último índice publicado imediatamente antes da data de atualização.

8.2. Na falta, extinção ou proibição do uso do IGP-M/FGV, a atualização monetária terá por base o Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE).

8.3. As contratações com vigência igual ou inferior a um ano não poderão conter cláusula de atualização de valores.

9. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

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



CARDIF

- 9.2. Recebida a Proposta pela Seguradora, com todos os dados exigíveis, esta será considerada aceita caso a Seguradora sobre ela não se manifeste expressamente ao Proponente, no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados do seu recebimento.
- 9.3. **Esse prazo de 15 (quinze) dias será suspenso se a Seguradora solicitar a apresentação de novos documentos quando verificar que as informações contidas na proposta são insuficientes para a emissão do Certificado de Seguro. Tal solicitação será feita apenas uma vez. Neste caso, a contagem do prazo voltará a correr às 24 (vinte e quatro) horas da data em que for protocolada a entrega da documentação solicitada.**
- 9.4. No caso de não-aceitação da Proposta de Adesão no prazo de 15 (quinze) dias, a mesma será comunicada por escrito ao Proponente, justificando o motivo da recusa. A ausência de manifestação, por escrito, da Seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.
- 9.5. Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao Proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.
- 9.6. **O proponente terá cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.**
- 9.7. Aceita a Proposta de adesão pela Seguradora, esta providenciará a emissão e o envio do certificado individual ao Segurado Principal, no início de vigência do contrato e em cada uma das renovações subseqüentes.
- 9.8. Poderão ser incluídos no Seguro os componentes do grupo segurável, mediante a assinatura e o preenchimento completo da Proposta de Adesão, bem como a entrega dos documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

- 10.1. O início e término de vigência do risco individual será às 24 horas, das datas estabelecidas no Certificado de Seguro.
- 10.2. O prazo de vigência deste seguro será estabelecido no Certificado de Seguro, podendo ser renovado automaticamente uma única vez, pelo mesmo período, salvo se ocorrer uma das situações previstas nestas Condições Gerais, que trata do cancelamento do seguro, ou se a Seguradora ou o Estipulante, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, comunicar por escrito o desinteresse pela renovação.
- 10.2.1. A renovação automática não se aplica aos segurados que comunicarem o desinteresse na continuidade do seguro, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência do seguro.
- 10.2.2. As renovações posteriores deverão ser efetuadas de forma expressa e o Segurado receberá novo Certificado de Seguro a cada renovação.
- 10.3. Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos Segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ do grupo segurado.



CARDIF

- 10.4.** Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a mesma data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e informado no Certificado de Seguro.
- 10.5.** Os contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora.
- 10.6.** 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.

11. PRÊMIO DE SEGURO

- 11.1.** O prêmio de seguro será definido no Certificado de Seguro, conforme a opção de plano.
- 11.2.** Poderá ser feita a reavaliação dos prêmios de seguro a qualquer tempo, conforme critérios definidos no Certificado de Seguro.
- 11.3.** Qualquer modificação da Apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de no mínimo $\frac{3}{4}$ do grupo Segurado.
- 11.4.** Este Seguro está estruturado sob o regime financeiro de Repartição Simples, que não contempla, em qualquer hipótese, o resgate ou a devolução de prêmios pagos pelo Segurado.

12. PAGAMENTO DO PRÊMIO DE SEGURO

- 12.1.** O prêmio poderá ser pago de forma única, mensal, bimestral, trimestral, semestral, ou anual.
- 12.1.1.** A data limite para pagamento do prêmio será a contida no respectivo documento de cobrança do Seguro.
- 12.1.2.** Quando a data limite para o pagamento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil em que houver expediente bancário.
- 12.2.** Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado pelo Segurado ou Estipulante, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista para esse fim no respectivo documento de cobrança.
- 12.3.** Caso o sinistro ocorra dentro do prazo para pagamento do prêmio, o direito à indenização não fica prejudicado se o mesmo for realizado ainda naquele prazo.
- 12.4. Ocorrendo a falta de pagamento do prêmio à cobertura será automaticamente suspensa, e somente será reabilitada a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o Segurado ou o Estipulante retomar o pagamento do prêmio. Os sinistros ocorridos no período de cobertura suspensa ficarão sem cobertura, respondendo a Seguradora por todos os sinistros ocorridos exclusivamente a partir da data da reabilitação.**
- 12.4.1.** No caso de seguros com cobrança de prêmio postecipada, a reabilitação se dará com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura.
- 12.4.2.** Não será cobrada qualquer parcela de prêmio referente ao prazo de suspensão em caso de reabilitação da cobertura do seguro.
- 12.4.3.** O prazo de suspensão por inadimplemento poderá ser de até 90 (noventa) dias. Decorrido este prazo, o seguro ficará automaticamente e de pleno direito



CARDIF

cancelado, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela do prêmio já paga.

12.5. Entretanto, observado o disposto no item 12.4, se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora, no prazo devido, os prêmios recolhidos dos segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do seguro, respondendo a Seguradora pelo pagamento das indenizações devidas, ficando o Estipulante sujeito a cominações legais.

12.6. O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos segurados, a título de prêmio de seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora. Caso o mesmo receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica o Estipulante obrigado a destacar no carnê, ticket, contracheque ou quaisquer outros documentos o valor do prêmio de seguro de cada Segurado.

13. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

13.1. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa:

13.1.1. Automaticamente, quando do término do período de vigência do Certificado de Seguro, se este não for renovado;

13.1.2. Com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante, quando houver;

13.1.3. Quando o Segurado solicitar por escrito à Seguradora sua exclusão da Apólice;

13.1.4. Quando o Segurado deixar de pagar o prêmio do seguro por período superior a 90 (noventa) dias;

13.1.5. A qualquer momento mediante acordo entre o Segurado e a Seguradora, desde que tal intenção seja comunicada por escrito com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data de cancelamento, sem direito à devolução de prêmios pagos;

13.1.6. Com o cancelamento ou final de vigência sem renovação da Apólice mantida entre Estipulante e a Seguradora, observado o subitem 14.1 das Condições Gerais;

13.1.7. Na hipótese de qualquer descumprimento das obrigações convencionadas no presente seguro.

13.2. Na hipótese do Segurado ou seu representante legal agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, dá-se automaticamente a caducidade do seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

13.3. Fica facultado ao Segurado solicitar por escrito à Seguradora o cancelamento da Apólice dentro dos 30 (trinta) primeiros dias de vigência, sendo lhe ainda devolvido o valor do prêmio eventualmente pago.

14. RESCISÃO CONTRATUAL

14.1. O seguro só poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes contratantes com anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.



CARDIF

14.2. Ocorrendo a rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá o prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

15. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

15.1. Quando ocorrer um sinistro, o Segurado ou seu representante legal, deverá encaminhar para o endereço da Seguradora ou do Estipulante, um comunicado constando o nome completo do Segurado, DDD e telefone para contato, nome(s) da(s) pessoa(s) para contato, cópia simples do Registro Geral (RG), e cópia simples do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), acrescidos dos documentos abaixo relacionados:

15.1.1. Diárias de Internação Hospitalar por Acidente

- a) Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o Segurado na data do evento;
- b) Documento que comprove a hospitalização do Segurado (Declaração do Hospital), desde que este seja um documento comprobatório para fins legais, contendo nome do Segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas, identificação do médico assistente;
- c) Prontuário médico hospitalar completo, fornecido pela Instituição Hospitalar;
- d) Original ou cópia simples de exames realizados que comprovem necessidade da Internação Hospitalar;
- e) Cópia simples do Boletim de Ocorrência policial (BO), quando aplicável;
- f) Cópia simples do laudo de dosagem alcoólica/toxicológica quando indicada a sua solicitação;
- g) Cópia simples da carteira de habilitação caso o Segurado tenha sido o condutor do veículo.
- h) No caso de internação hospitalar por período superior a 15 (quinze) dias, anexar relatório médico justificativo e com o período estimado de permanência, a cada 15 (quinze) dias de internação.

15.1.2. Cobertura Diária Única por Hospitalização em Decorrente de Crime

- a) Aviso de sinistro devidamente preenchido pelo Segurado/Beneficiário(s) e médico assistente;
- b) Boletim de Ocorrência Policial;
- c) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a internação e anexando os exames realizados pelo Segurado;
- d) Comprovação de internação hospitalar;
- e) Certidão de Nascimento ou Casamento, RG e CPF do Segurado/Beneficiário;
- f) Autorização de crédito em conta corrente;
- g) Aviso de alta médica;
- h) Cópia do comprovante de residência do Segurado
- i) No caso de internação hospitalar por período superior a 15 (quinze) dias, anexar relatório médico justificativo e com o período estimado de permanência, a cada 15 (quinze) dias de internação.

15.2. A Seguradora se reserva o direito de solicitar, no caso de dúvida fundada e justificável, qualquer outro documento que se faça necessário para regulação do sinistro, para a completa elucidação do evento ocorrido.

15.3. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os respectivos documentos solicitados correrão por conta do Segurado.



CARDIF

15.4. Os eventuais encargos de tradução de documentos necessários à liquidação de sinistros ocorridos fora do território nacional ficarão a cargo da Seguradora.

16. PAGAMENTO DE SINISTROS

16.1. O prazo máximo para pagamento das indenizações será de até 30 (trinta) dias contados a partir da entrega de todos os documentos básicos, que comprovem a ocorrência de sinistro coberto pela apólice e os prejuízos indenizáveis.

16.2. Caso haja solicitação de nova documentação, o prazo para liquidação do sinistro será suspenso, e a contagem do prazo voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele que forem completamente atendidas as exigências.

16.3. Quando o pagamento da indenização não for efetuado dentro do prazo estabelecido no item 16.1, o valor será atualizado pela variação positiva do Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV). Incidirá, adicionalmente, sobre o valor, juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculada em base pro rata dia, da data da ocorrência da mora até a data do efetivo pagamento da indenização.

16.4. Na falta, extinção ou proibição do uso do IGPM/FGV, a atualização monetária terá por base o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

17. PERDA DE DIREITOS

17.1. Conforme estabelecido no art. 766 do Código Civil Brasileiro, se o Segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do prêmio, perderá o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

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

- a) Na hipótese de não ocorrência de sinistro:
 - a.1) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
 - a.2) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

- b) Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:
 - b.1) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
 - b.2) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

- c) Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença do prêmio cabível.

17.2. O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.



CARDIF

17.2.1. A Seguradora, dentro do prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso de agravação do risco, poderá comunicar ao Segurado, por escrito, a sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

17.2.2. O cancelamento do seguro será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, e será feita a restituição da diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

17.3. Também haverá perda do direito à Indenização com base no presente Seguro, caso haja por parte do Estipulante, do Segurado, seu(s) representante(s) ou seu(s) Beneficiário(s):

- a) Inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro; e
- b) Agravamento intencional do risco objeto do contrato.

18. PRAZO DE PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

19. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

A cobertura deste seguro abrange eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

20. 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 presentes Condições Gerais da Apólice e as normas do seguro, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

21. SUB-ROGAÇÃO

A Seguradora não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado ou do seu representante legal contra o causador do sinistro, conforme disposto no artigo 800 do Código Civil.

22. FORO

As questões judiciais, entre o Segurado ou seu representante legal e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Segurado, conforme o caso.

23. DISPOSIÇÕES GERAIS

23.1. As partes se submetem às normas brasileiras do seguro e da presente Apólice.

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



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

CONDIÇÕES GERAIS DE ASSISTÊNCIA

VÍTIMAS DE CRIME PLANO 1

1. QUADRO RESUMO DE SERVIÇOS

ITEM	SERVIÇOS	LIMITES DO SERVIÇO
6.1	Chaveiro Residencial	<ul style="list-style-type: none">• 1 (hum) acionamento(s) por vigência;• Até R\$ 120,00 (centro e vinte reais) gastos totais por acionamento.
6.2	Chaveiro para Automóvel	<ul style="list-style-type: none">• 1 (hum) acionamento(s) por vigência;• Até R\$ 120,00 (centro e vinte reais) gastos totais por acionamento.
6.3	Taxi	<ul style="list-style-type: none">• Mão de obra do Prestador até R\$ 100,00 (cem reais) por Evento;• Até, no máximo, 1 (um) acionamento por vigência.
6.4	Notificação de Perda, Furto ou Roubo de Cartões e Aparelho Celular	<ul style="list-style-type: none">• Sem limite de acionamentos por vigência.

1.1 A Assistência Vítimas de Crime segue os critérios de limitação ou exclusão do direito de Serviço conforme estas Condições Gerais, estabelecidos em função da distância em trajeto terrestre normal e viável entre o local onde ocorreu o Evento e o Domicílio do Cliente; ou do período máximo de utilização dos serviços; ou do valor máximo previsto para a realização do serviço; ou do escopo de responsabilidade da Central de Assistência e seu limite territorial.

2. OBJETO E DEFINIÇÕES

2.1 Os Serviços descritos nestas Condições Gerais da **Assistência Vítimas de Crime** tem por objetivo dar orientações referentes ao auxílio às Vítimas de Crime, conforme tipificados na legislação penal em vigor, respeitando-se as condições, limites e exclusões do Serviço previsto nas Condições

Gerais.

2.2 A solicitação do serviço deverá ser realizada exclusivamente através da Central de Assistência, e o serviço será prestado por profissionais habilitados para auxiliar o cliente nos itens descritos nas Condições Gerais.

2.3 O serviço consiste em identificar a necessidade relatada pelo Usuário e orientá-lo através de informações e serviços que possam auxiliá-lo após ser vítima de um crime, conforme estas Condições Gerais.

2.4 Para interpretação do presente instrumento consideram-se as definições abaixo:

a) **Acidente Pessoal Grave:** É todo evento súbito, com data caracterizada, exclusiva e diretamente externo, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente, total ou parcial, ou torne necessário tratamento médico.

b) **Agravamento do Risco:** Circunstâncias que aumentam a intensidade ou a probabilidade de tornar o risco mais grave do que originalmente se apresentava no momento da contratação da Assistência.

c) **Assistência Vítimas de Crime:** é conjunto de serviços descritos e caracterizados nestas Condições Gerais, nos limites, termos e condições aqui previstos, prestados pela Europ Assistance Brasil, também denominados, neste instrumento, simplesmente “Assistência” ou “Serviço” quando assim referida individualmente; ou “Assistências”.

d) **Cadastro:** é o conjunto de informações relativas aos Clientes, aptos para a requisição dos serviços descritos nestas Condições Gerais.

e) **Central de Assistência:** é a Central de Assistência Telefônica da **Assistência Vítimas de Crime**, disponível conforme horário estabelecido para cada Serviço, nestas Condições Gerais, a fim de auxiliar os Clientes quando da solicitação dos Serviços.

f) **Cliente:** é a pessoa física, com Domicílio permanente no Brasil, indicado pelo Contratante à Europ Assistance Brasil na ocasião da contratação da **Assistência Vítimas de Crime** através do Cadastro.

g) **Condições Gerais:** é o documento do qual constam as disposições gerais referentes aos Serviços da **Assistência Vítimas de Crime**, seus limites e condições.

h) **Contratante:** Cardif Seguros

i) **Crime:** Infração das regras sociais consideradas indispensáveis à existência da sociedade, qualquer ação ou omissão que venha a causar danos, lesar ou expor a perigo um bem protegido pela lei, expressamente tipificados como crime na legislação penal brasileira vigente.

j) **Disponibilidade da Central de Assistência:** horário disponível pela Central de Assistência para informações ou solicitações dos Serviços previstos nestas Condições Gerais para este canal.

k) **Disponibilidade dos Prestadores:** horário disponível pelos Prestadores para efetiva prestação da **Assistência Vítimas de Crime** solicitada.

l) **Doença Grave:** enfermidade que altera a saúde do paciente ou provoca um desarranjo no organismo do paciente.

m) **Doença Aguda:** é a doença de início súbito não decorrente de uma doença prévia ocorrida com o Cliente.

n) **Doença Crônica:** é toda enfermidade que o Cliente for portador há mais de 30 (trinta) dias.

o) **Doença de Base:** é a disfunção de qualquer órgão do Cliente que necessite de controle clínico e/ou laboratoriais periódicos.

p) **Domicílio:** é o endereço permanente do Usuário, em território brasileiro, estritamente residencial, informado por este na ocasião de contratação da **Assistência Vítimas de Crime**, doravante denominado “Domicílio” ou “Residência”.

q) **Equipe Médica:** é o grupo de profissionais da área médica, contratados pela Central de Assistência e devidamente qualificados para prestar os serviços de acompanhamento, coordenação e supervisão de serviços médicos exigidos em consequência de Eventos Previstos.

- r) **Europ Assistance Brasil:** é a pessoa jurídica, Europ Assistance Brasil Serviços de Assistência S/A, com sede na cidade de Barueri, Estado de São Paulo, na Alameda Tocantins, n° 125, 3°, 5° ao 8° andares, Alphaville, inscrita no CNPJ/MF sob n° 01.020.029/0001-06.
- s) **Evento:** É a ocorrência de um ato, fato ou uma situação, que dê origem a utilização da **Assistência Vítimas de Crime** pelo Cliente, conforme condições e limites estabelecidos em cada um dos Serviços da **Assistência Vítimas de Crime** contratada e descritos nestas Condições Gerais.
- t) **Evento Garantido:** É a ocorrência de um ato, fato ou uma situação, que dê origem a utilização da **Assistência Vítimas de Crime** pelo Usuário, conforme condições e limites estabelecidos em cada uma das modalidades de **Assistência Residencial** descritos nestas **Condições Gerais** conforme item 3, doravante denominado simplesmente “**Evento**” ou “**Evento Garantido**”.
- u) **Evento Previsto:** São os eventos que, quando caracterizados, configuram como fato gerador dos serviços disponibilizados pela Assistência 24 horas. São eles apenas os crimes de (i) homicídio, (ii) induzimento, instigação ou auxílio a suicídio; (iii) lesão corporal, (iv) constrangimento ilegal; (v) sequestro e cárcere privado; (vi) furto; e (vii) roubo, tipificados respectivamente nos artigos 121, 122, 129, 146, 148, 155, 156 e 157 do Código Penal Brasileiro.
- v) **Prestadores:** são pessoas físicas ou jurídicas selecionadas e gerenciadas pela **Assistência Vítimas de Crime** para prestação dos Serviços definidos nestas Condições Gerais.
- w) **Roubo ou Furto:** eventos previstos que correspondem, respectivamente, às definições dadas pelo Código Penal Brasileiro atualmente vigente nos artigos 157, 155 e 156, desde que tenham sido oficialmente comunicadas às Autoridades Competentes.

3. EVENTOS GARANTIDOS

- 3.1 Chaveiro para Acesso ao Domicílio: Perda, roubo ou furto da(s) chave(s) de porta(s) de acesso ao Domicílio.**
- 3.2 Chaveiro para Acesso ao Automóvel: Perda, roubo ou furto da(s) chave(s) de porta(s) do Automóvel.**
- 3.3 Envio de taxi: Perda, roubo ou furto do cartão.**
- 3.4 Notificação de perda, roubo ou furto do cartão: Perda, roubo ou furto do cartão.**
- 3.5 Notificação de perda, roubo ou furto do aparelho celular: Perda, roubo ou furto do aparelho celular.**
- 3.6 Os eventos garantidos estão especificados conforme regras e limitações especificadas no item 6. OS SERVIÇOS.**

4. ATENDIMENTO E CONDIÇÕES PARA SOLICITAÇÃO DAS ASSISTÊNCIAS

- 4.1** O Cliente terá direito ao Serviço de Assistência Vítimas de Crime nos estritos termos, condições, prazos e limites estabelecidos nestas Condições Gerais.
- 4.2** Para utilização das Assistências, o Cliente deverá seguir os seguintes procedimentos, sob pena de perder o direito à utilização da Assistência:
- a) Contatar a Central de Assistência tão logo o Evento ocorra ou quando houver necessidade de atendimento para os eventos cobertos e fornecer as informações solicitadas de forma clara e completa, para a devida identificação do Cliente, confirmação de sua inclusão no Cadastro e análise das condições da Assistência contratada;
- b) Descrever o Evento e o motivo do contato de forma clara e completa para que a Central de Assistência providencie o acionamento da Assistência;
- c) Fornecer à Central de Assistência as seguintes informações:
- Nome completo e número do CPF/MF do Cliente;
 - Informações adicionais relacionadas ao tipo do Evento, para fins de prestação dos Serviços.
- d) Seguir as instruções da Central de Assistência e fornecer, as informações e o envio de

documentos necessários à prestação da Assistência.

4.3 Após o fornecimento pelo Cliente das informações acima descritas, a Central de Assistência procederá com o acionamento devido.

4.3.1 A Central de Assistência somente procederá o acionamento se o Cliente atender às condições estabelecidas no presente instrumento, especialmente as descritas no item 4.4 abaixo.

4.4 Para que o Cliente esteja apto à utilização da Assistência Vítimas de Crime, deverão ser observadas, cumulativamente, as seguintes condições:

- a) Estar o contrato firmado entre Contratante e Cliente vigente na data da solicitação;
- b) O Cliente deverá constar do Cadastro ou, ainda, sua inclusão no Cadastro deverá ser confirmada pela Contratante dentro do prazo máximo de 5 dias contados da solicitação do Serviço;

4.5 Caso se verifique que as informações e declarações transmitidas pelo Cliente são, de qualquer forma, inconsistentes, falhas, falsas ou inverídicas e/ou decorram de má-fé, perderá o Cliente direito à Assistência e ficará obrigado ao reembolso dos valores eventualmente despendidos com a utilização indevida da Assistência Vítimas de Crime;

4.6 O Cliente será responsável pela integridade dos documentos apresentados, sendo também de sua responsabilidade aceitar ou não a orientação passada pelo profissional ou Prestador Credenciado.

5. DESCRIÇÃO DA ASSISTÊNCIA

5.1 Na execução dos Serviços previstos no produto de Assistência contratado serão observados os limites de quantidade, territorial, canais de acionamento e de valor descritos nestas Condições Gerais, bem como somente serão executados os Serviços cujo Evento e acionamento tenham ocorrido durante o prazo de vigência da **Assistência Vítimas de Crime**. Todos os serviços previstos na **Assistência Vítimas de Crime** devem ser previamente solicitados à Central de Assistência, a fim de que esta autorize e/ou organize a prestação dos mesmos. Eventuais providências tomadas pelo Cliente sem participação ou autorização prévia da Central de Assistência são de exclusiva responsabilidade do Cliente e não serão reembolsadas as despesas.

5.2 Para a viabilidade e garantia de prestação dos serviços dessa Assistência, será necessário que o Cliente apresente/envie o Boletim de Ocorrência ou Termo Circunstanciado do evento previsto para comprovar a necessidade do uso da **Assistência Vítimas de Crime – verificar obrigatoriedade indicada em cada serviço descrito**.

5.3 Caso ocorram quaisquer intercorrências, imprevistos e/ou novos fatos, que afetem ou possam afetar a execução Assistência acionada, o Cliente deverá entrar em contato com a Central de Assistência para as providências cabíveis.

5.4 Os custos de execução do Serviço que excederem aos limites ou que não estejam abrangidos no objeto destas Condições Gerais serão de responsabilidade exclusiva do Cliente, incluindo, mas não se limitando, a quaisquer serviços, que não o Serviço descrito nestas Condições Gerais, contratados pelo Cliente diretamente do Prestador.

5.5 **Assistência Vítimas de Crime**, na condição de mera intermediária no encaminhamento do caso ao profissional, equipe ou instituição pertinentes, e organizadora dos serviços de assistência, não se responsabiliza sob quaisquer circunstâncias:

- a) Pelas opiniões emitidas pelo(s) profissionais (is) indicados;
- b) Pelo atendimento integral das expectativas do Cliente quanto ao teor da orientação recebida pelo(s) profissional(is).

6. OS SERVIÇOS

6.1 CHAVEIRO RESIDENCIAL

6.1.1 Em caso de perda, roubo ou furto de chaves da residência, a Assistência enviará um chaveiro na residência do cliente para efetuar a troca da fechadura da entrada principal por medida de

segurança, além de um conjunto de novas chaves.

6.1.2 Fica excluída deste serviço a execução troca de segredos, reparos em fechaduras de qualquer natureza.

6.1.3 É obrigatório o envio do Boletim de ocorrência no prazo de até 48 (quarenta e oito) horas após a ocorrência do evento previsto.

6.1.4 Este serviço será prestado até o limite da Assistência Vítimas de Crime contratado (conforme item 1 destas Condições Gerais).

6.1.5 Para este serviço, o horário de funcionamento estabelecido é: Disponibilidade da Central de Atendimento: 24 (vinte e quatro) horas.

6.2 CHAVEIRO PARA AUTOMÓVEL

6.2.1 Em decorrência de perda, roubo ou furto da chave do veículo do Cliente, será disponibilizado um chaveiro para providenciar a “abertura” do veículo. O chaveiro somente procederá à abertura do automóvel, desde que o Cliente comprove ser proprietário do veículo, mediante apresentação da documentação respectiva (pessoal e do veículo).

6.2.2 Fica excluída deste serviço a execução de cópias de chaves com segredo, troca de segredos, reparos em fechaduras de qualquer natureza.

6.2.3 Para a prestação desse serviço, será necessária a apresentação/envio, em até 48 horas após o evento previsto, do Boletim de Ocorrência que ateste o evento previsto.

6.2.4 Este serviço será prestado até o limite da Assistência Vítimas de Crime contratado (conforme item 1 destas Condições Gerais).

6.2.5 Para este serviço, o horário de funcionamento estabelecido é:
Disponibilidade da Central de Atendimento: 24 (vinte e quatro) horas.

6.3 TÁXI

6.3.1 Em caso de perda, roubo ou furto do cartão, onde o cliente não tenha condições de retornar por seus próprios meios para sua residência habitual ou local onde estiver hospedado, a Assistência se responsabilizará por seu transporte em meio a ser definido pelo mesmo.

6.3.2 Caso seja do desejo do cliente a confecção de um Boletim de Ocorrência (B.O), a Assistência se responsabilizará somente por seu transporte até a delegacia de polícia mais próxima do local do evento.

6.3.3 Caso ocorram custos extras aos contratados e indicados no item 1 destas Condições Gerais, serão de responsabilidade do Cliente.

6.3.4 Quaisquer despesas referentes, alimentação, hospedagem, despesas médicas, entre outras, serão de exclusiva responsabilidade do Cliente.

6.3.5 Os serviços desta assistência serão prestados até o limite do plano de **Assistência Vítimas de Crime** contratado (conforme item 1 destas Condições Gerais).

6.3.6 Para estes serviços, o horário de funcionamento estabelecido é:
Disponibilidade da Central de Atendimento: 24 (vinte e quatro) horas.

6.4 NOTIFICAÇÃO DE PERDA, ROUBO OU FURTO DE CARTÕES E APARELHO CELULAR

6.4.1 Em caso de perda, roubo ou furto de cartão e/ou aparelho celular, a Assistência responsabiliza-se pelo direcionamento do Cliente para a Central de Cartão/Operadora de Telefonia para que o próprio Usuário realize o cancelamento e remissão dos cartões, bem como o bloqueio da linha telefônica móvel e aparelho celular.

6.4.2 Em complemento ao item 6.4.1, a Assistência poderá auxiliar o usuário das seguintes formas, ficando a critério do Cliente a melhor forma de condução:

a) A Central de Atendimento informa ao Cliente os telefones de contato onde o mesmo poderá ligar e fazer o cancelamento e remissão dos cartões, bem como o bloqueio da linha telefônica móvel e aparelho celular;

b) A Central de Atendimento efetua as ligações para as Centrais cujo Cliente poderá efetuar os procedimentos e encaminha a ligação ao Cliente para que o mesmo tome as medidas necessárias.

6.4.3 Para estes serviços, o horário de funcionamento estabelecido é:

Disponibilidade da Central de Atendimento: 24 (vinte e quatro) horas cliente 24 horas por dia, 7 dias por semana, promovendo dentro do prazo de 2 horas.

7. LIMITE DE DURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

7.1 O prazo de vigência da Assistência Vítimas de Crime vigorará pelo prazo em que o vínculo contratual entre o Cliente e o Contratante vigorar, observadas as disposições complementares citadas no item 7.2 abaixo.

7.2 Em complemento ao disposto no item 7.1 acima, a Assistência será considerada cancelada de pleno direito, independente de notificação prévia ao Cliente:

- a) Na data em que cessar, independentemente do motivo, o vínculo contratual do Cliente com o Contratante que tiver concedido o direito à utilização dos Serviços;
- b) Quando atingidos quaisquer dos limites estabelecidos nestas Condições Gerais;
- c) Quando houver o Cliente prestado informações ou encaminhado documentos inconsistentes, falhos, falsos ou inverídicos e/ou provenientes de má-fé; e
- d) Quando o Cliente praticar atos ilícitos e contrários à lei.

8. LIMITE TERRITORIAL DA ASSISTÊNCIA

8.1 O direito à utilização da Assistência Vítimas de Crime caducará automaticamente na data em que o Cliente deixar de ter domicílio habitual no Brasil ou na data em que cessar o vínculo que tiver determinado a adesão.

8.2 O Serviço será prestado exclusivamente em território Brasileiro e não está previsto qualquer atendimento presencial, sendo, portanto, este prestado exclusivamente através da Central de Assistência.

8.3 Os Serviços serão prestados em todas as cidades do Brasil onde exista infraestrutura de profissionais adequada e disponível. Caso na cidade não exista a infraestrutura necessária para a prestação dos Serviços, o Usuário será instruído pela Central de Assistência como proceder, observando em qualquer caso os limites previstos em cada modalidade de assistência.

8.4 Todas as Assistências previstas nestas Condições Gerais atenderão as cidades com mais de 200.000 (duzentos mil) habitantes. Para as demais cidades sem infraestrutura, o Cliente será instruído pela Central de Assistência como proceder, observando em qualquer caso os limites previstos para o serviço.

9. EXCLUSÕES

9.1 Estão excluídos do escopo dos Serviços listados nestas Condições Gerais:

- a) Execução de qualquer Serviço que não esteja relacionado ao escopo das assistências previstas nestas Condições Gerais;
- b) Despesas de qualquer natureza que extrapolem àquelas definidas nestas Condições Gerais, sejam de responsabilidade da Assistência Vítimas de Crime, ou ainda contratados diretamente pelo Usuário, sem prévia autorização da Central de Assistência;
- c) Eventos ou problemas ocorridos antes do início de vigência da Assistência Vítimas de Crime;
- d) Reembolsos de despesas de serviços contratados pelo Usuário sem prévia autorização da Central de Assistência;
- e) Tratamento de doenças ou lesões que se produzam como consequência de doença crônica ou diagnosticada anteriormente a solicitação de atendimento;

f) Assistência por doenças ou estados patológicos produzidos por consumo induzido de álcool, drogas, veneno, produtos tóxicos, narcóticos ou medicamentos proibidos e ou adquiridos sem recomendação médica.

10 . DISPOSIÇÕES FINAIS

10.1 Qualquer reclamação no que se refere à prestação de serviços da Assistência Vítimas de Crime deverá ser feita dentro do prazo de 90 (noventa) dias, a contar da ocorrência do Evento gerador da reclamação.

10.2 A Assistência Vítimas de Crime atenderá às solicitações do Cliente relacionadas aos Serviços do produto desde que possíveis e que não atentem contra a ética, a moral e a legislação local.

10.3 A Assistência Vítimas de Crime não se responsabiliza por instruções e/ou solicitações que não tenham sido solicitadas à Central de Assistência ou que tenha sido solicitada diretamente ou indiretamente pelo Cliente ao prestador, estabelecimento fornecedor ou profissional, tais como, antecipação, extensão ou realização do serviço.

10.4 A Assistência Vítimas de Crime não se responsabiliza pela veracidade das informações e dados enviados pelo Cliente a Central de Atendimento.

10.5 A Assistência Vítimas de Crime se tem o direito de recusar ou parar de trabalhar em um pedido a qualquer tempo e não será responsável por quaisquer consequências. Se um pedido for recusado, o Atendente o alertará e se empenhará para oferecer uma alternativa.

10.6 A Assistência Vítimas de Crime não é responsável pelo não cumprimento das obrigações de quaisquer prestadores junto ao Cliente. No entanto, caso seja necessário, a Assistência responsabiliza-se por orientar o Cliente em como proceder em caso de descumprimento das obrigações.

10.7 A Assistência Vítimas de Crime não se responsabiliza por eventuais atrasos, inviabilidade ou impossibilidade na prestação dos Serviços, por motivo de caso fortuito ou de força maior. Ficam definidos, desde já, como casos fortuitos e de força maior, nos termos do Código Civil, os eventos que causem embaraços, impeçam a execução dos Serviços Assistência Vítimas de Crime ou coloquem em risco a segurança do Cliente ou terceiros.

10.8 Os Serviços poderão ser suspensos nas seguintes hipóteses:

- Se houver alterações na legislação federal, estadual ou municipal, ou a falta de regulamentação destas.
- Se houver instabilidade ou interrupção de sistema provedor de comunicação baseado em internet ou telefonia.

10.9 O Cliente poderá optar por solicitar os Serviços após a regularização das situações acima elencadas e consequente normalização das situações de caso fortuito ou força maior, desde que ainda esteja apto aos Serviços conforme descrito nestas Condições Gerais.