

CONDIÇÕES GERAIS

Por meio deste Contrato, a Bradesco Vida e Previdência S/A, CNPJ nº 051.990.695/0001-37, e o Segurado estabelecem o Seguro Individual de Acidentes Pessoais, registrado na SUSEP com nº 15414.005629/2012-01.

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Este Seguro tem por objetivo garantir os seguintes pagamentos:

- a) ao Beneficiário, quando o Segurado morrer por causas exclusivamente acidentais;
- b) ao Segurado, se ele sofrer um Acidente que o deixe incapaz de maneira total ou parcial; e
- c) ao Segurado, para reembolso das despesas médicas, hospitalares e odontológicas decorrentes de Acidente Pessoal; (cobertura opcional).

1.2. As coberturas deste Seguro não poderão ser contratadas individualmente, e a cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas decorrente de Acidente Pessoal é opcional, mediante o pagamento de Prêmio adicional.

1.3. O pagamento pela Seguradora, de qualquer valor relacionado a este Seguro estará sujeito à sua análise, com base nestas Condições Gerais, especialmente com relação à avaliação do risco e aos riscos não cobertos.

1.4. As coberturas deste Seguro abrangem os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

2. PROPONENTE E ACEITAÇÃO DA PROPOSTA

2.1. Poderão ser Proponentes do Seguro as pessoas físicas ou seu representante legal, com idade mínima de 18 e máxima de 70 anos, que estiverem em boas condições de saúde na data da Proposta, que deverá ser assinada e preenchida de maneira completa, verdadeira e sem rasuras.

2.2. A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

2.3. Para análise do risco, a Seguradora poderá solicitar novos documentos ou informações adicionais ao Proponente uma única vez. Neste caso o prazo definido no item 2.4. será suspenso e voltará a correr às 24 horas do dia do atendimento da solicitação ao proponente. A negativa do Proponente em apresentar os exames autorizará a Seguradora a recusar a Proposta.

2.4. A proposta será aceita caso a Seguradora não se manifeste contrariamente ao Proponente no prazo de 15 (quinze) dias contados do seu recebimento, explicitando o(s) motivo(s) da recusa.

2.4.1. Com a aceitação da Proposta, a Seguradora emitirá a Apólice e a enviará ao Segurado, confirmando a sua aceitação.

2.5. No caso de não aceitação da Proposta, a Seguradora comunicará o Proponente por escrito e restituirá o valor pago antecipadamente, se houver, no prazo de 10 (dez) dias contados da comunicação da recusa.

2.6. Haverá garantia das coberturas entre a data de recebimento da proposta e a data de formalização de recusa.

3. BENEFICIÁRIO

3.1. O Segurado poderá indicar na Proposta o seu Beneficiário, que irá receber a Indenização, em caso de morte do Segurado decorrente de Acidente Pessoal.

3.2. Os beneficiários, quando não forem os pais, filhos ou cônjuge do segurado deverão ter interesse na vida do Segurado ou depender dele economicamente.

3.3. Se o Segurado não indicar nenhum Beneficiário ou se a indicação não puder ser mantida por alguma razão, 50% do valor da Indenização será pago ao cônjuge que não for separado judicialmente e o restante aos herdeiros legais do Segurado, observada a legislação.

3.4. Se não houver cônjuge ou herdeiros, ou se não prevalecer a indicação feita, o pagamento será devido àquelas pessoas que provarem que dependiam economicamente do Segurado.

3.5. A companheira (ou companheiro) será equiparada (o) esposa (ao marido), mas só poderá ser indicada(o) como beneficiária(o) quando o Segurado for solteiro ou separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

3.6. O Segurado poderá modificar a qualquer momento seu Beneficiário, desde que comunique à Seguradora. Caso a Seguradora não receba a comunicação, sua obrigação será considerada cumprida quando ela efetuar o pagamento da Indenização ao Beneficiário indicado anteriormente.

4. VIGÊNCIA DO SEGURO

4.1. As coberturas deste Seguro serão garantidas a partir das 24 horas de pagamento da 1ª parcela do Prêmio ou do protocolo do recebimento da proposta pela seguradora, se anterior, que passa a ser a data de aniversário do Seguro.

4.2. O Seguro permanecerá ativo por 5 (cinco) anos, renovado automaticamente por igual período, desde que não haja cancelamento.

4.3. As renovações posteriores deverão ser realizadas de forma expressa.

4.4. Este Seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar o Seguro na data de vencimento, sem devolução dos Prêmios pagos, nos termos deste Seguro.

4.4.1. Na hipótese prevista no item 4.4. a Seguradora deverá comunicar ao Segurado a não renovação mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final do período de vigência.

5. RISCOS COBERTOS

5.1. Morte Acidental: morte do Segurado por causa exclusivamente acidental, exceto se decorrente dos eventos previstos como Riscos Não Cobertos.

5.2. Invalidez Permanente por Acidente: perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, sentido ou função do corpo humano, de elementos anatômicos constantes na tabela de indenizações, em virtude de lesão física causada por Acidente Pessoal, atestada por declaração

médica, exceto se decorrente dos eventos previstos como Riscos Não Cobertos. A Indenização somente será devida desde que esteja terminado o tratamento e esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis, inclusive o tratamento fisioterápico de recuperação funcional, com alta médica, e seja definitivo o caráter da incapacidade.

5.2.1. O valor da Indenização para a Cobertura de Incapacidade Permanente Total ou Parcial por Acidente será apurado mediante a aplicação dos percentuais da Tabela a seguir sobre o valor do Capital Segurado contratado para a Cobertura de Morte do Segurado, limitado a 100% daquele valor.

Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Incapacidade Permanente

| Incapacidade Permanente | Discriminação | % sobre o Capital Segurado |
|--------------------------------|---|-----------------------------------|
| Total | Perda total da visão de ambos os olhos | 100 |
| | Perda total do uso de ambos os membros superiores | 100 |
| | Perda total do uso de ambos os membros inferiores | 100 |
| | Perda total do uso de ambas as mãos | 100 |
| | Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior | 100 |
| | Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés | 100 |
| | Perda total do uso de ambos os pés | 100 |
| | Alienação mental total e incurável | 100 |
| Parcial Diversas | Perda total da visão de um olho | 30 |
| | Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista | 70 |
| | Surdez total incurável de ambos os ouvidos | 40 |
| | Surdez total incurável de um dos ouvidos | 20 |
| | Mudez incurável | 50 |
| | Fratura não consolidada do maxilar inferior | 20 |
| | Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral | 20 |
| | Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral | 25 |

| | | |
|---|--|----|
| Parcial Membros Superiores | Perda total do uso de um dos membros superiores | 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 | |
| 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 fêmur | 50 |
| | Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros | 25 |
| | Fratura não consolidada da rótula | 20 |
| | Fratura não consolidada de um dos pés | 20 |
| | Anquilose total de um dos joelhos | 20 |
| | Anquilose total de um dos tornozelos | 20 |
| Parcial Membros Inferiores | Anquilose total de um quadril | 20 |
| | Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de parte do mesmo pé | 25 |
| | Amputação do 1º (primeiro) dedo | 10 |
| | Amputação de qualquer outro dedo | 3 |
| | Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo: Indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo | |

| | | |
|---|---|-----------------|
| Parcial Membros Inferiores | Encurtamento de um dos membros inferiores de: | |
| | – 5 (cinco) centímetros ou mais | 15 |
| | – 4 (quatro) centímetros | 10 |
| | – 3 (três) centímetros | 6 |
| | – menos de 3 (três) centímetros | Sem indenização |

5.2.2. 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 de um determinado percentual de redução para os casos das articulações, e sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a Indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento). A rigidez caracteriza os 100% (cem por cento) da perda funcional da articulação.

5.2.3. Quando do mesmo acidente resultar a incapacidade permanente 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 Indenização prevista para a sua perda total.

5.2.4. Para efeito da Indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente deve ser deduzida do grau de incapacidade definitiva.

5.2.5. Nos casos não especificados, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

5.3. Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas: reembolso das despesas médicas, hospitalares e odontológicas, bem como das diárias hospitalares decorrentes de Acidente Pessoal, incorridas a critério médico, que o Segurado necessitar para seu restabelecimento, **desde que iniciadas dentro de 30 (trinta)**

dias contados da data do acidente.

5.3.1. As despesas efetuadas no exterior serão reembolsadas com base no câmbio oficial de venda da data da sua realização pelo Segurado, atualizadas monetariamente pela Seguradora de acordo com o item 8 destas Condições Gerais.

5.4. Estarão cobertos também os eventos decorrentes de:

- a) ação de temperatura do ambiente ou influencia atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de Acidente Pessoal;
- b) alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas;
- c) ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes;
- d) choque elétrico e raio;
- e) contato acidental com substâncias ácidas ou corrosivas;
- f) escapamento acidental de gases e vapores;
- g) infecções e estados septicêmicos (infecção generalizada), quando resultantes exclusivamente de ferimento visível;
- h) queda n'água ou afogamento;
- i) sequestro e tentativa de sequestro, atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
- j) tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

6. RISCOS NÃO COBERTOS

a) ato reconhecidamente perigoso praticado pelo Segurado, que não seja motivado por necessidade justificada, exceto a prática de esportes e a utilização de meio de transporte mais arriscado, a prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;

- b) ato ilícito doloso praticado pelo Segurado, pelo(s) Beneficiário(s) ou representante de um ou de outro;**
- c) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto a prestação de serviço militar e os atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- d) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- e) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou a exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- f) doenças ou lesões preexistentes, não declaradas na proposta de contratação e de conhecimento do segurado;**
- g) situações reconhecidas por instituições de previdência ou assemelhadas nas quais o evento causador da lesão não se enquadre no conceito de incapacidade previsto nestas Condições Gerais;**
- h) epidemia ou pandemia declaradas por órgão competente;**
- i) suicídio ou sua tentativa nos primeiros 2 (dois) anos contados a partir do início de vigência do Seguro;**
- j) acidentes em que o Segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;**
- k) acidentes e suas consequências, ocorridos antes da contratação do seguro;**
- l) 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;**

m) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

n) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médica-científica, bem como suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

o) todo e qualquer tipo de curetagem uterina;

p) perda de dentes e os danos estéticos;

q) auto-lesões, ou seja, mutilação do próprio corpo, e doações ou extrações de órgãos que impliquem diminuição permanente da integridade física do Segurado, salvo por exigência médica;

r) danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista. Cabe à Seguradora comprovar sua ocorrência com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

7. CAPITAL SEGURADO

7.1. Os Capitais Segurados constarão da Proposta e da Apólice e serão atualizados monetariamente, de acordo com o item 8 destas Condições Gerais.

7.2. Será considerado, para efeito de Indenização, o Capital Segurado vigente na data da ocorrência do Acidente Pessoal.

8. PRÊMIO

8.1. O Prêmio inicial do Seguro será estabelecido na Proposta de acordo com o valor do Capital Segurado contratado e será atualizado monetariamente, de acordo com o item 8 destas Condições Gerais.

8.2. O Segurado poderá optar pelo pagamento único, anual ou mensal, via débito em conta bancária, boleto bancário ou cartão de crédito para o pagamento do Prêmio.

8.2.1. O pagamento do seguro com vigência inferior a 12 (doze) meses deverá ser feito de uma única vez.

8.2.2. Em caso de pagamento do Prêmio por meio de débito em conta bancária, ocorrendo a insuficiência de saldo nos respectivos vencimentos, ficará caracterizado o não-pagamento do Prêmio.

8.2.3. Se a data de vencimento do Prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

8.3. Qualquer pagamento em atraso dentro do prazo de 90 (noventa) dias do vencimento será efetuado pelo valor do Prêmio vencido, acrescido de juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculada em base *pro rata* dia da data de vencimento até a data do efetivo pagamento. Adicionalmente, incidirá atualização monetária sobre o valor do Prêmio não pago, pela variação do IPCA/IBGE apurada entre o último índice publicado antes da data do vencimento e aquele divulgado imediatamente antes da data do efetivo pagamento.

8.4. No caso da ocorrência de Risco Coberto durante o período de 90 (noventa) dias de atraso no pagamento dos Prêmios, a Indenização, se devida, será paga nos termos destas Condições Gerais, descontados os Prêmios em atraso acrescidos de juros e atualização monetária.

8.5. Transcorridos 90 (noventa) dias do vencimento do 1º (primeiro) Prêmio devido e não pago, o Seguro será cancelado, sem que seja devida ao Segurado

ou seu(s) Beneficiário(s) a percepção proporcional de qualquer Indenização ou a devolução de Prêmios já pagos.

9. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

9.1. Os seguros contratados com vigência igual a 12 (doze) meses terão os valores dos Capitais Segurados e dos Prêmios atualizados monetariamente, a cada ano, no aniversário do Seguro, com base na variação, positiva ou negativa, do Índice Nacional de Preços ao Consumidor - Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE).

9.2. A atualização monetária será apurada com base na variação do IPCA/IBGE, tomando-se por base o índice de 12 meses acumulados até o 2º mês anterior ao mês de atualização.

9.3. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE).

10. INDENIZAÇÃO

10.1. Documentos para Pagamento de Indenização

Os documentos básicos que deverão ser encaminhados à Sucursal da Bradesco Vida e Previdência S.A. ou Agência do Banco Bradesco S.A., acompanhados do Aviso de Sinistro, são os seguintes:

Em caso de Morte Acidental do Segurado:

- a) Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- b) cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- c) cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF ou RIC e comprovante de residência do Segurado;
- d) cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF ou RIC e comprovante de residência do Beneficiário;

- e) cópia da Certidão de Casamento atualizada, quando o Beneficiário for o cônjuge;
- f) Laudo de Necropsia ou Cadavérico;
- g) cópia do Laudo de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização;
- h) cópia do Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial;
- i) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado faleceu em acidente de trânsito e era o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- j) cópia do brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o Segurado faleceu em acidente aéreo e era o piloto na ocasião do acidente.

Incapacidade Permanente Total ou Parcial por Acidente

- a) Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Bancária (formulário fornecido pela Seguradora);
- b) Aviso de Alta Médica (formulário fornecido pela Seguradora);
- c) CAT – Comunicação de Acidente do Trabalho se for o caso, devidamente protocolada pelo INSS;
- d) cópia do Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial;
- e) radiografia do membro atingido se houver;
- f) cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF ou RIC do Segurado;
- g) cópia do comprovante de residência do Segurado;
- h) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- i) cópia do brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o Segurado era o piloto na ocasião do acidente.

Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas

- a) Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Bancária (formulário fornecido pela Seguradora);
- b) Aviso de Alta Médica (formulário fornecido pela Seguradora) preenchido, datado e assinado pelo médico assistente;
- c) cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF ou RIC do Segurado;
- d) cópia do Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial;
- e) vias originais dos recibos e comprovantes de pagamentos dos honorários médicos, notas fiscais das despesas médico-hospitalares e da remoção médica; e
- f) CAT – Comunicação de Acidente do Trabalho se for o caso, devidamente protocolada pelo INSS.

10.2. A Seguradora, após receber o Aviso de Sinistro e os documentos relacionados neste item, verifica se o mesmo caracteriza os Riscos Cobertos nestas Condições Gerais e se o Segurado ou seu Beneficiário, conforme o caso, tem ou não o direito à cobertura, efetuando ou recusando o pagamento da Indenização.

10.3. A Seguradora poderá solicitar uma única vez, mediante dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados neste item.

10.4. As despesas com a comprovação do Risco Coberto, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado ou do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

10.5. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

10.6. No caso de Incapacidade Permanente Total ou Parcial por Acidente que apresente divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem

como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

10.7. 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.

10.8. A junta médica deverá ser constituída no prazo de 15 (quinze) dias a contar de protocolo da indicação do médico nomeado pelo Segurado.

10.9. Fica estabelecido que, a partir da constituição da junta médica, o Segurado, assim como a Seguradora, ficará vinculado ao diagnóstico conclusivo da junta, se unânime, ou do terceiro médico desempatador, se houver divergência.

10.10. O pagamento de qualquer Indenização será feito no prazo de 30 (trinta) dias contado a partir do recebimento de toda a documentação básica por meio de cheque nominativo, crédito em conta bancária ou ordem de pagamento.

10.10.1. Esse prazo será suspenso se a Seguradora pedir documentos e informações complementares ao Segurado ou Beneficiário, conforme disposto no item 10.3, e somente voltará a correr a partir das 24 horas do dia útil subsequente aquele em que forem completamente atendidas as exigências da Seguradora.

10.11. Em caso de mora da Seguradora, caracterizada pela falta de pagamento da Indenização devida, no prazo de 30 dias, o Capital Segurado será atualizado monetariamente pela variação positiva do IPCA/IBGE desde a data do evento e acrescido de 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.

11. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

11.1. As Indenizações por Incapacidade Permanente Total ou Parcial por Acidente e Morte Acidental do Segurado não se acumulam. Assim, se, depois de paga uma Indenização por Incapacidade Permanente, ocorrer a morte do Segurado em consequência do mesmo Acidente, a Seguradora pagará a Indenização devida pelo caso de Morte Acidental, deduzida a importância já paga por Incapacidade Permanente.

11.2. O reembolso por despesas médicas, hospitalares e odontológicas é cumulativo com qualquer outra indenização deste Seguro.

11.3. Se o Segurado possuir mais de uma apólice nesta ou em outra Seguradora, garantindo o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas, o valor do reembolso efetuado pela Seguradora será o resultado obtido pelo rateio do total dos gastos efetuados proporcionalmente aos limites segurados para cada cobertura em todas as apólices em vigor na data do Sinistro.

12. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL SEGURADO

12.1. A reintegração do Capital Segurado é automática após cada Risco Coberto para a Cobertura por Incapacidade Permanente Parcial por Acidente.

12.2. Não haverá reintegração quando da ocorrência de Risco Coberto que configure Incapacidade Permanente Total por Acidente com o pagamento de Indenização no valor de 100% do Capital relativo a essa cobertura, caso em que o Seguro será cancelado. A reintegração também não ocorrerá se após o pagamento de uma indenização for constatada a perda ou redução ou impotência funcional parcial permanente de outro membro ou órgão em decorrência do mesmo evento.

12.3. O Capital Segurado da Cobertura de Reembolso por Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas será automaticamente reintegrado após cada Sinistro.

13. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

13.1. O Segurado ou Beneficiário perderá o direito à Indenização nas seguintes situações:

a) se o Segurado, por si ou por seu representante ou corretor, fizer

declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do Prêmio, além de estar obrigado ao pagamento do Prêmio vencido;

b) inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro por parte do Segurado ou do Beneficiário;

c) se o Segurado agravar intencionalmente o Risco Coberto, por meio de, mas não se restringindo a: ofensas corporais, automutilação, condução de veículo sob efeito de álcool em nível superior ao permitido pela legislação local ou uso de medicamentos sem prescrição médica;

d) se não comunicar por escrito à Seguradora, logo que saiba, a ocorrência de qualquer incidente suscetível de agravar o Risco Coberto;

e) se ele ou o Beneficiário não comunicar a ocorrência do Risco Coberto à Seguradora, logo que o saiba;

f) se não tomar as providências imediatas para minorar as consequências do Risco Coberto; ou

g) se ele ou o Beneficiário se recusar a apresentar os documentos e informações solicitados pela Seguradora.

13.2. A Seguradora, dentro do prazo de 15 (quinze) dias do recebimento do aviso de agravação, mediante comunicação escrita ao Segurado, poderá cancelar ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença do Prêmio cabível.

13.3. O cancelamento do Seguro baseado no agravamento do Risco Coberto só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do Prêmio, se houver, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

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

I - na hipótese de não ocorrência do sinistro: cancelar o seguro retendo a parcela proporcional ao tempo decorrido ou permitir a continuidade, cobrando a diferença do prêmio cabível.

II - na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado, o seguro será cancelado após o pagamento da indenização, retendo a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido.

III - na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo da Indenização a diferença de prêmio cabível.

14. CANCELAMENTO DO SEGURO

14.1. O Seguro será cancelado nas seguintes situações:

a) tentativa de o Segurado e/ou seu(s) Beneficiário(s) impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências, necessárias para resguardar os direitos da Seguradora;

b) ocorrência de infrações ou fraudes praticadas pelo Segurado e/ou seu(s) Beneficiário(s), com o propósito de obter vantagem ilícita do Seguro;

c) falta de pagamento de 3 (três) parcelas do Prêmio mensal, consecutivas ou não, sendo que o cancelamento ocorrerá, automaticamente, no 90º (nonagésimo) dia contado a partir do vencimento da 1ª (primeira) parcela não paga;

d) falta de pagamento da parcela do Prêmio anual, sendo que o cancelamento ocorrerá automaticamente no 90º (nonagésimo) dia, contado a partir do seu vencimento;

e) com a morte do Segurado;

f) com a Incapacidade Permanente Total por Acidente do Segurado; e

g) com a solicitação expressa do Segurado nesse sentido, 30 (trinta) dias antes

do vencimento do Prêmio.

14.2. No prazo máximo de 10 (dez) dias antes da data-limite para o cancelamento do Seguro por motivo de falta de pagamento, será enviada notificação ao Segurado.

15. INFORMAÇÕES GERAIS

15.1. Os prazos prescricionais são aqueles definidos em lei, da seguinte forma:

- a) Prescreve em um ano a pretensão do Segurado contra a Seguradora contada a partir da ciência do fato gerador da pretensão;
- b) Prescreve em 3 anos a pretensão do Beneficiário contra a Seguradora, contado a partir da ciência do fato gerador da pretensão;

15.1.1. O foro eleito será o do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

15.2. O registro deste Seguro na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

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

15.4. Este Seguro está estruturado sob o regime financeiro de Repartição Simples, que não contempla o resgate ou a devolução de Prêmios pagos pelo Segurado.

15.5. Não poderão ser transferidos, cedidos ou onerados, por qualquer forma, os direitos decorrentes deste Seguro.

GLOSSÁRIO

As palavras a seguir, quando aparecerem no texto das Condições Gerais, terão o significado abaixo. O singular abrange o plural, o masculino inclui o feminino, e vice-versa.

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

a) Incluem nesse conceito:

a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;

a.2.) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto.

a.3) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

a.4) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e

a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) Não será considerado Acidente Pessoal e, portanto, não geram pagamento pela Seguradora pelas coberturas previstas nestas Condições Gerais:

b.1) doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

b.2)intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

b.3) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao

Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médica-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

b.4) 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 incapacidade definida nas Condições Gerais.

Apólice: É o conjunto de documentos que compõem o contrato de Seguro, enviado para o Segurado quando a Seguradora o aceita.

Aviso de Sinistro: É o formulário fornecido pela Seguradora que acompanha os documentos relacionados nestas Condições Gerais para a análise do evento coberto.

Beneficiário: É a pessoa indicada pelo Segurado para receber um pagamento pela Seguradora quando ele morrer, e que tem parentesco (pais filhos ou cônjuge) ou interesse na vida do Segurado.

Capital Segurado: É o valor máximo contratado pelo Segurado que servirá de base para a Seguradora quando ocorre um Risco Coberto, que varia de acordo com a cobertura.

Condições Gerais: É este documento, que descreve o Seguro e estabelece direitos e obrigações da Seguradora, do Segurado e do Beneficiário.

Declaração de Saúde: É o documento que o Proponente preenche junto com a Proposta, no qual informa suas condições de saúde para que a Seguradora analise e decida sobre sua aceitação.

Doenças ou Lesões Preexistentes não declaradas: São as doenças, lesões ou incapacidades, bem como as suas consequências, contraídas pelo Segurado ou cônjuge antes da adesão ao Seguro e de conhecimento do Segurado ou do cônjuge, e que não foram informadas na Proposta de Contratação.

Indenização: É o valor pago pela Seguradora ao Segurado ou ao Beneficiário, conforme o caso, quando ocorre um Risco Coberto.

Período de Vigência: Período durante o qual a Seguradora garante os pagamentos se ocorrer um Risco Coberto.

Prêmio: Preço pago pelo Segurado à Seguradora para garantir das coberturas do Seguro.

Proponente: É a pessoa física interessada em contratar o Seguro, que se torna um Segurado quando a Seguradora aceita sua Proposta.

Proposta de Contratação: É o documento no qual o Proponente manifesta querer contratar o Seguro e presta informações à Seguradora.

Risco Coberto: acontecimento ou evento que gera a obrigação para a Seguradora fazer um pagamento ao Segurado ou ao Beneficiário, conforme o caso.

Risco não Coberto: é o acontecimento ou evento previsto nas condições gerais, que não gera a obrigação para a Seguradora fazer um pagamento ao Segurado ou ao Beneficiário.

Segurado: É o titular do Seguro, que está sujeito aos Riscos Cobertos previstos nestas Condições Gerais.

Seguradora: É a Bradesco Vida e Previdência S.A.

Seguro: É o Seguro Individual de Acidentes Pessoais, descrito nestas Condições Gerais.

Esta parte não integra as Condições Gerais do Seguro.

ASSISTÊNCIA PESSOAL

Condições Gerais

1. OBJETIVO

A Assistência Pessoal tem por objetivo garantir o atendimento ao Segurado, residente e domiciliado no Brasil, quando em viagem no exterior ou no Brasil, em caso de ocorrência de doenças com manifestação súbita e aguda ou em caso de acidentes, bem como de outros acontecimentos imprevistos mencionados neste serviço, **que será sempre acionável através do telefone de Discagem Direta Gratuita (DDG), número este que consta no Cartão de Assistência do Segurado.**

2. ÂMBITO GEOGRÁFICO

Os serviços de assistência serão prestados ao Segurado no Brasil **a uma distância mínima de 100km (cem quilômetros) do município de seu domicílio** e no exterior.

3. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

A Assistência Pessoal será prestada pela empresa **Europ Assistance, CNPJ 01.020.029/0001-06**, especializada em assistência, que colocará sua Central de Atendimento à disposição 24 (vinte e quatro) horas por dia, durante todo o ano, **acionável através do telefone de Discagem Direta Gratuita (DDG), número este que consta no Cartão de Assistência do Segurado.**

Importante: Para execução dos serviços é imprescindível que seja realizado o contato com a empresa prestadora de serviço.

4. CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

4.1. A Assistência Pessoal será prestada de acordo com a infraestrutura do local da ocorrência, levando em conta, ainda, as leis e os costumes do país ou

local do evento, a natureza do risco e a urgência requerida no atendimento.

4.2. A recorrência à Assistência Pessoal será feita mediante contato telefônico com o serviço de assistência, que adotará as providências cabíveis.

4.3. Considera-se Segurado o titular da apólice de seguro.

4.4. A Assistência Pessoal poderá ser acionada, a critério exclusivo do Segurado, mesmo que o evento esteja também abrangido pela cobertura do seguro, desde que se qualifique nas formas estabelecidas na Assistência Pessoal.

4.5. Os pagamentos feitos no exterior pelo serviço de assistência serão realizados em moeda local, observados os limites expressos em reais, previstos nestas Condições, convertidos pelo câmbio do dia do pagamento.

5. SERVIÇOS DISPONÍVEIS NO BRASIL E NO EXTERIOR

Os Segurados terão à sua disposição, no Brasil a mais de 100km (cem quilômetros) do município de domicílio e no exterior, os seguintes serviços:

5.1. Orientação e Indicação Médica

O serviço de assistência indicará ao Segurado especialistas de clínicas médicas e odontológicas, médicos, dentistas, centros de reabilitação, de raios X, análises clínicas e outros meios de diagnóstico. **As despesas decorrentes do atendimento serão de responsabilidade do Segurado.**

5.2. Remoção Médica Inter-Hospitalar

Se, em consequência de acidente ou doença súbita, o Segurado necessitar de remoção para um centro hospitalar mais adequado, a Central de Assistência providenciará o serviço. A prestação deste serviço está condicionada à avaliação da equipe médica da Central de Assistência, que determinará, ainda, o meio de transporte mais apropriado para a transferência. O meio de transporte utilizado, quando sugerido pela equipe médica da Central de Assistência, poderá ser UTI aérea, avião de linha regular, *extra-seats*, promoção de classe, ambulância UTI ou simples, com ou sem acompanhamento médico. Nenhum outro motivo que não o da

estrita conveniência médica poderá determinar a remoção ou a repatriação do Segurado, bem como a escolha do meio de transporte. Caso o Segurado se encontre a uma distância superior a 1.000km (mil quilômetros) do hospital para onde será removido, a remoção só se efetuará em avião de linha regular. Quando o Segurado fizer uso da remoção médica, a Central de Assistência reserva-se o direito de propriedade sobre os bilhetes de passagem de retorno previsto não utilizados.

O serviço de assistência não garante a internação (vagas em hospital), ficando a busca ou reserva da mesma por conta do Segurado e/ou do médico que atende no local e/ou acompanhantes ou familiares. A responsabilidade do serviço de assistência limitasse à remoção.

Se o Segurado permanecer hospitalizado em unidade hospitalar **por um período superior a 5 (cinco) dias no Brasil ou no exterior estando desacompanhado**, o serviço de assistência colocará à disposição de um parente ou de uma pessoa indicada pelo Segurado, residente no Brasil, um bilhete aéreo de linha comercial (classe econômica) e estada em hotel para que possa acompanhá-lo durante o período de hospitalização, bem como no seu retorno. **O pagamento de hospedagem no Brasil será limitado a R\$100,00 (cem reais) e no exterior a R\$260,00 (duzentos e sessenta reais), por diária do acompanhante em hotel, até o máximo de 10 (dez) dias, sendo excluídas do serviço quaisquer despesas que não integrem a diária.**

5.3. Retorno ao Domicílio após Alta Hospitalar

Em caso de o Segurado, após ter recebido tratamento no local do evento, não se encontrar em condições de retornar ao seu domicílio como passageiro regular, o serviço de assistência, a critério da sua equipe médica, organizará o seu retorno. O serviço, que deverá ser efetuado integralmente pela assistência, inclui a organização da viagem de retorno com coordenação no embarque e na chegada, com a infraestrutura necessária: adequação do meio de transporte eleito, através de complementação tecnológica da aparelhagem médica necessária (montagem de UTI quando necessária), acompanhamento médico e/ou de enfermeira, ambulâncias e UTI móvel.

O retorno deverá ser feito mediante indicação da equipe médica local ou por solicitação do Segurado, desde que clinicamente justificável. Caso ocorram divergências entre os pareceres, a equipe médica da assistência, especializada em cuidados intensivos e transporte de doentes graves, estará apto a dirimi-las. Nesse sentido, o serviço de assistência poderá ser sub-rogado nos direitos do Segurado de usar, negociar, providenciar e compensar junto às companhias aéreas, agentes e operadores turísticos a passagem do Segurado, para que o mesmo possa retornar ao seu domicílio.

O avião UTI (Unidade de Terapia Intensiva) não será utilizado em viagem intercontinental. Porém, quando necessário, um avião comercial poderá ser adaptado como tal, desde que o quadro clínico do Segurado se encontre estabilizado, e após comum acordo entre a Unidade de Terapia Intensiva de origem e o Departamento Médico do Serviço de Assistência.

5.4. Retorno de Familiares

Se, em decorrência de acidente ou enfermidade aguda, o Segurado for transferido ou retornar ao seu município de residência, o serviço de assistência providenciará o retorno de seus familiares que com ele estiverem viajando, se os mesmos não puderem retornar pelos meios inicialmente previstos.

O retorno será realizado com passagem aérea (classe econômica) ou rodoviária, a critério do serviço de assistência, sempre que não puder ser utilizada a passagem original. Nesse caso, o serviço de assistência poderá ser sub-rogado nos direitos do Segurado de usar, negociar, providenciar, compensar junto às companhias aéreas, agentes e operadores turísticos, exclusivamente quanto às passagens dos familiares, para que os mesmos possam retornar ao seu município de residência.

5.5. Prolongamento de Estada em Hotel

O serviço de assistência arcará com as despesas necessárias ao prolongamento de estada em hotel, dentro do município do evento, imediatamente após a alta hospitalar, se esta permanência tiver sido prescrita pelo médico local responsável ou

pela equipe médica do serviço de assistência. Na eventualidade de ser escolhido pelo Segurado um hotel cujo valor da diária seja superior aos limites estabelecidos, será de sua exclusiva responsabilidade o custeio da diferença.

Em nenhuma hipótese será aceita a compensação de valores, caso o hotel escolhido tenha diárias em valores inferiores a R\$100,00 (cem reais) no Brasil e R\$260,00 (duzentos e sessenta reais) no exterior.

Esse serviço está limitado a até R\$100,00 (cem reais) no Brasil e a até R\$260,00 (duzentos e sessenta reais) no exterior por diária do Segurado em hotel, até o máximo de 10 (dez) dias, sendo excluídas da garantia quaisquer despesas que não integrem a diária.

5.6. Garantia Viagem de Regresso do Segurado

Quando o Segurado possuir passagem de transporte aéreo com data ou limitação de regresso e, em razão de doença aguda ou acidente, acompanhado pela equipe médica do serviço de assistência, estiver obrigado a adiantar ou retardar seu regresso programado, o serviço de assistência, sempre que possível, pagará a multa pertinente à mudança de horário ou, ainda, poderá oferecer outra passagem para o regresso ou prosseguimento da viagem interrompida; neste caso, o Segurado deverá enviar posteriormente sua passagem ao serviço de assistência, que poderá ser sub-rogado nos direitos do Segurado de usar, negociar, providenciar, compensar junto às companhias aéreas, agentes e operadores turísticos, exclusivamente quanto à passagem do Segurado, para que o mesmo possa retornar ao seu município de residência. No caso de troca da passagem, essa deverá ser enviada ao serviço de assistência, via correio, após a chegada do Segurado ao seu destino.

5.7. Extravio de Documentos

5.7.1. Documentos Pessoais

Ocorrendo extravio, perda, furto ou roubo de qualquer documento pessoal, imprescindível para prosseguimento da viagem no Brasil ou no exterior, o serviço de assistência, sempre que possível, fornecerá informações relativas ao procedimento com a polícia local, indicará endereços e telefones de consulados ou embaixadas,

inclusive os telefones das operadoras de cartões de crédito, para o Segurado providenciar o cancelamento. Poderá ainda entrar em contato com os familiares, a fim de enviar cópias desses documentos ao Segurado. Quando em viagem no Brasil, os serviços serão prestados desde que o Segurado se encontre **a uma distância mínima de 100km (cem quilômetros) do município em que tenha domicílio**. O peso do documento está limitado a até 1kg (um quilo), de acordo com as exigências postais, cabendo ao serviço de assistência o pagamento das despesas de postagem.

5.7.2. Documentos Empresariais

Em casos de extravio de quaisquer documentos imprescindíveis ao seu trabalho, tais como disquetes, CD, relatórios e outros, se for o caso, no Brasil ou no exterior, o serviço de assistência, sempre que possível, enviará cópias desses documentos ao Segurado, desde que a empresa as disponibilize. Quando em viagem no Brasil, os serviços serão prestados desde que o Segurado se encontre **a uma distância mínima de 100km (cem quilômetros) do município em que tenha domicílio**. O peso do documento está limitado a até 1kg (um quilo), de acordo com as exigências postais, cabendo ao serviço de assistência o pagamento das despesas de postagem.

5.8. Traslado de Corpo

Na hipótese de falecimento do Segurado durante a viagem, o serviço de assistência custeará e cuidará das formalidades necessárias no local do falecimento, além das relativas ao traslado ou repatriamento até o município de residência e o transporte dos acompanhantes, caso estes não possam fazê-lo pelos meios inicialmente previstos.

Nos casos de **morte acidental**, os serviços de assistência serão prestados a partir do momento em que o corpo do falecido se encontrar liberado pelas autoridades policiais e desde que não exista nenhum obstáculo físico, material, policial ou judicial que impeça a sua remoção do local do acidente.

Não estarão cobertas as despesas relativas ao funeral e ao enterro ou

cremação.

5.9. Localização de Bagagem

Ocorrendo extravio, roubo ou furto de bagagens, o Segurado deverá comunicar o fato à companhia aérea, obtendo uma prova por escrito da notificação (PIR – *Property Irregularity Report*), para que esta possa proceder à localização da bagagem. Feito isto, o Segurado deverá contatar via telefone o serviço de assistência, a fim de que este possa realizar o monitoramento do processo de localização da bagagem junto à companhia aérea, bem como informar seu domicílio transitório para que, no caso de a companhia transportadora notificar a localização da bagagem, esta possa lhe ser enviada. **Este serviço é válido somente na zona alfandegária do aeroporto.**

5.10. Assessoria em Despesas Emergenciais por Extravio de Bagagem

Ocorrendo extravio de bagagem do Segurado dentro dos limites de responsabilidade das companhias transportadoras filiadas à IATA, por um período superior a 3 (três) horas, o serviço de assistência, com o fim específico de suprir a falta dos objetos de uso pessoal de primeira necessidade, **disponibilizará ao Segurado recursos equivalentes a R\$520,00 (quinhentos e vinte reais) em moeda local, para as suas necessidades emergenciais. Este serviço é válido somente na zona alfandegária do aeroporto.**

Esse serviço será prestado quando o Segurado, encontrando-se ainda em viagem no Brasil ou no exterior, apresentar a declaração de perda (PIR – *Property Irregularity Report*). Os limites antes mencionados são válidos para cada Segurado, independentemente do número de malas extraviadas, ficando desde já consignado que somente fará jus ao auxílio o Segurado em cujo nome estejam registradas as referidas bagagens. **Caso as bagagens sejam localizadas após o prazo de 3 (três) horas antes mencionado, não será devida a devolução dos valores eventualmente já pagos ao Segurado.**

5.11. Informações de Viagens

Em caso de solicitação, o serviço de assistência fornecerá ao Segurado informações relativas às exigências de vacinas e vistos para países estrangeiros, endereços, números de telefones das embaixadas e consulados brasileiros em todo o mundo, condições de trânsito nas estradas e informações meteorológicas.

5.12. Transmissão de Mensagens

Todas as mensagens relacionadas com o evento poderão ser transmitidas pelo serviço de assistência a familiares, desde que solicitadas pelo Segurado.

6. SERVIÇOS DISPONÍVEIS EXCLUSIVAMENTE NO

EXTERIOR

Além dos serviços previstos na Cláusula 5, o Segurado, quando em viagem ao exterior, terá à sua disposição os seguintes serviços:

6.1. Assistência Médica

No caso de o Segurado se encontrar em situação de urgência, em consequência de acidente ou doença de manifestação súbita e aguda, o serviço de assistência providenciará o atendimento **até o limite máximo de R\$26.000,00 (vinte e seis mil reais) por evento. Este limite refere-se a gastos hospitalares, honorários médicos e de cirurgiões, despesas e diárias hospitalares, serviços médicos, enfermagem e exames médicos complementares.**

6.2. Assistência Odontológica

Se, em consequência de lesão por acidente, o Segurado necessitar de intervenção odontológica de emergência, o serviço de assistência indicará consultórios para o pronto atendimento, arcando com as despesas da consulta, **até o limite de R\$1.300,00 (mil e trezentos reais) por evento.**

6.3. Assistência Farmacêutica

Havendo prescrição de medicamentos originários de um atendimento médico emergencial, na ocorrência de doenças com manifestação súbita e aguda ou em

caso de acidentes, o serviço de assistência indicará ao Segurado farmácias onde poderão ser encontrados os medicamentos e assumirá as despesas **até o limite de R\$1.300,00 (mil e trezentos reais) por evento. Esse serviço somente será prestado ao Segurado quando acionados os serviços de Remoção Inter-Hospitalar, Assistência Médica e/ou Assistência Odontológica.**

6.4. Adiantamento de Despesas Hospitalares

Caso as despesas hospitalares excedam o limite de assistência médica, o serviço de assistência providenciará um adiantamento do valor necessário, com pagamento diretamente ao hospital e mediante reconhecimento de dívida com devolução até 60 (sessenta) dias, **no limite de R\$15.600,00 (quinze mil e seiscentos reais).**

6.5. Adiantamento para Pagamento de Fiança

Se ao Segurado for atribuída responsabilidade criminal em acidente, o serviço de assistência providenciará um adiantamento do valor necessário para o pagamento da fiança que lhe for exigida para sua liberdade condicional, **até o limite de R\$26.000,00 (vinte e seis mil reais) por evento.** A liberação deste valor será feita mediante assinatura de termo de reconhecimento de dívida, devendo o valor adiantado ser devolvido ao serviço de assistência no Brasil, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, ao câmbio turismo da data do reembolso.

6.6. Regresso Antecipado por Falecimento de um Familiar

Em caso de falecimento de parente de 1º (primeiro) grau (pais, irmãos, cônjuge e filhos) do Segurado, o serviço de assistência organizará e assumirá as despesas adicionais resultantes à data do retorno antecipado do Segurado, através de passagem aérea comercial (classe econômica) ou rodoviária, de acordo com os critérios das companhias aéreas e de viagens, sempre que a passagem original não puder ser utilizada.

Nesse caso, o serviço de assistência poderá ser sub-rogado nos direitos do Segurado de usar, negociar, providenciar, compensar junto às companhias aéreas, agentes e operadores turísticos, exclusivamente quanto às passagens do Segurado, para que o mesmo possa retornar ao seu município de residência.

6.7. Adiantamento Financeiro, em Caso de Roubo ou Furto de Dinheiro

O serviço de assistência adiantará a importância de **no máximo R\$1.040,00 (mil e quarenta reais) por evento**, para o pagamento de despesas de hospedagem e transporte do Segurado que tenha sido vítima de roubo ou furto de dinheiro (excluindo-se cheques de viagem). O adiantamento só será concedido se a solicitação for acompanhada de termo de reconhecimento de dívida, de declaração de autoridade

policial, assim como do nome do emissor ou cedente das faturas, e deverá ser restituído ao serviço de assistência no Brasil, no prazo de 60 (sessenta) dias da data de sua efetivação, em moeda local, ao câmbio turismo da data do reembolso.

6.8. Acompanhamento e Embarque para Menores de 14 Anos

Quando o Segurado estiver em viagem, tendo sob sua responsabilidade menores de 14 (quatorze) anos, e por motivos de acidente ou enfermidade não puder embarcá-las para o retorno ao domicílio, a assistência cuidará dos seguintes serviços:

- a) acompanhamento de menor de 14 (quatorze) anos ao aeroporto;
- b) formalidades de embarque;
- c) coordenação com a companhia aérea para a condição de “menor desacompanhado”; e
- d) informações aos pais ou parentes, no Brasil, referentes ao retorno do menor.

7. SERVIÇOS DISPONÍVEIS EXCLUSIVAMENTE NO BRASIL

Além dos serviços previstos na Cláusula 5, o Segurado, quando em viagem no Brasil **a mais de 100km (cem quilômetros) do município de domicílio**, terá à sua disposição os seguintes serviços:

7.1. Motorista Substituto

Se, em decorrência de evento previsto, o Segurado estiver comprovadamente impossibilitado de dirigir, e não havendo acompanhante que possa substituí-lo, o

serviço de assistência enviará uma pessoa indicada pelo Segurado de sua confiança para conduzir o veículo. **Para este serviço de assistência não estão incluídas despesas com combustível, pedágio e gastos pessoais do motorista.**

7.2. Regresso Antecipado por Ocorrência de Evento Involuntário no Domicílio do Segurado

Na hipótese de ocorrência de evento involuntário, a seguir caracterizado, no domicílio do Segurado, e desde que esteja sem morador, o serviço de assistência garantirá um meio de transporte, a seu critério, ao Segurado, para retorno ao domicílio. O retorno será somente do Segurado e a sua moradia deverá estar vulnerável ou inabitável.

Eventos involuntários são eventos externos, súbitos e fortuitos, involuntários por parte do Segurado ou de seus prepostos, que provoquem danos materiais no imóvel, decorrentes das seguintes situações:

- roubo ou furto qualificado (caracterizado pela destruição ou rompimento de obstáculos para acesso à residência, como, por exemplo, arrombamento, com ou sem ações de vandalismo);
- incêndio, raio e explosão;
- dano elétrico (caracterizado por sobrecarga de energia);
- desmoronamento;
- vendaval, granizo e fumaça;
- alagamento (dano por água proveniente, súbita e imprevistamente, de rupturas ou entupimentos da rede interna de água);
- impacto de veículos; e
- queda de aeronaves.

8. EXCLUSÕES E LIMITAÇÕES

8.1. Estão limitados os serviços de assistência nos seguintes casos:

- a) os serviços de assistência serão prestados durante a vigência do Seguro, em todas as viagens feitas pelo Segurado durante o ano, desde que este não se ausente de seu domicílio por um período superior a 90 (noventa) dias, salvo nos casos em que a assistência for iniciada dentro deste período;
- b) o Segurado somente poderá se utilizar dos serviços com a prévia autorização da assistência, exceto na ocorrência de situações que o ponham em risco;
- c) o Segurado não terá direito à restituição de gastos efetuados relativos aos serviços de assistência, caso estes sejam realizados sem a autorização prévia da assistência;
- d) as despesas com farmácia somente poderão ser restituídas mediante apresentação da receita médica referente ao evento, juntamente com os comprovantes originais das despesas efetuadas;
- e) os serviços de assistência não se aplicarão a complicações que venham a ocorrer durante a viagem do Segurado, decorrentes de inobservância de prescrição médica feita por seu médico habitual no município de domicílio, ou ainda por outros médicos, em assistência prestada durante a viagem; e
- f) os serviços de assistência antes expostos não poderão ser prestados quando não houver cooperação por parte do Segurado ou de outra pessoa que vier a requerer assistência em seu nome, no que se refere às informações requisitadas pelo serviço de assistência (dados imprescindíveis ao atendimento, como nome, endereço e outros que se fizerem necessários).

8.2. Estão excluídos do serviço de assistência os seguintes casos:

- a) despesas de qualquer natureza sem autorização prévia da Central de Atendimento e não previstas nestas Condições;
- b) solicitação de assistência de caráter não-emergencial;

- c) controle clínico e/ou laboratorial de doenças pré-diagnosticadas ou existentes anteriormente à data de viagem que não tenham apresentado manifestações clínicas de agudização, bem como continuação de tratamentos iniciados no Brasil;
- d) atos médicos eletivos, explorações clínicas e/ou cirúrgicas de doenças crônicas ou doenças de base que não tenham sofrido processo de agudização;
- e) infecções, enfermidades, lesões ou processos resultantes de ação criminal e/ou de tentativa de suicídio perpetrada direta ou indiretamente pelo Segurado;
- f) tratamento de moléstias ou estados patológicos provocados pela ingestão intencional de drogas, narcóticos, abuso de bebidas alcóolicas, ou pelo uso de remédios sem receita médica;
- g) quadros que envolvam patologia de origem psiquiátrica e psicológica;
- h) problemas de gravidez após o 6º (sexto) mês de gestação, exames de pré-natal e parto; problemas de gravidez antes do 6º (sexto) mês, em gestações consideradas de risco pelos exames pré-natais (clínicos e paraclínicos); e problemas ocasionados por interrupção voluntária de gravidez;
- i) lentes e próteses em geral, de caráter definitivo ou provisório, que não sejam consideradas vitais para o Segurado;
- j) ortodontia;
- k) práticas não reconhecidas como medicina tradicional no local do evento;
- l) viagens em aeronaves de linhas aéreas não regulares;
- m) enfermidades provenientes da participação em apostas, “rachas”, competição esportiva, esportes de combate, futebol, alpinismo, caça, uso de armas de fogo, mergulho, pesca marítima, espeleologia, esportes praticados com veículos aéreos, terrestres e aquáticos e respectivos treinos preparatórios, balonismo, jiu-jitsu, capoeira, motociclismo, asa-delta, pára-quedismo, *surf*, *windsurf*, *paraglider*, *kart* e esqui na neve e aquático;

- n) **gastos com reeducação funcional, massagens e sessões de fisioterapia;**
- o) **doenças reconhecidamente preveníveis através de vacinação aplicada pelo Segurado e que sejam reconhecidas pela OMS (Organização Mundial da Saúde), tais como: tuberculose, hepatites (tipos A ou B), difteria, coqueluche, tétano, poliomielite, meningite meningocócica (tipos A ou C), sarampo, rubéola, caxumba, varicela e febre amarela;**
- p) **doenças decorrentes da desobediência às leis de prevenção de acidentes e/ou doenças de trabalho;**
- q) **intervenções ou tratamentos de ordem estética;**
- r) **gastos assumidos pelo Segurado consequentes da inobservância das orientações do médico responsável e/ou do Departamento Médico do serviço de assistência, salvo exceções com justificativas cabíveis (a serem analisadas pelo Departamento Médico do serviço de assistência);**
- s) **gastos com medicamentos considerados para tratamento de manutenção que não sejam considerados de urgência; e**
- t) **despesas relativas ao funeral e sepultamento, no caso de traslado de corpo.**

9. PROCEDIMENTO PARA SOLICITAÇÃO DE RESTITUIÇÃO

Nas cidades onde não houver infraestrutura de profissionais necessária para a prestação dos serviços previstos, o Segurado ou seus familiares poderão organizá-los, desde que o serviço de assistência seja previamente comunicado, a fim de orientar e autorizar tal procedimento, o que será confirmado pelo conhecimento do código de controle interno fornecido ao Segurado pelo serviço de assistência. O Segurado deverá acionar o serviço de assistência antes de deixar o município do evento, quando se tratar de emergência que impossibilite o contato prévio. As restituições serão calculadas tendo como limite de custo aquele habitualmente praticado pelo serviço de assistência em condições similares. Para solicitar esta restituição, o Segurado deverá enviar os originais das faturas em correspondência endereçada ao serviço de assistência.

10. VIGÊNCIA E CANCELAMENTO

10.1. O presente serviço somente prevalecerá enquanto estiver em vigor a apólice de seguro.

10.2. A Assistência Pessoal terá sua vigência iniciada no 1º (primeiro) dia útil do mês seguinte ao pagamento do 1º (primeiro) prêmio e desde que a proposta de seguro seja aceita e implantada pela Seguradora.

10.3. O direito à Assistência Pessoal poderá ser cancelado, em caso de tornar-se inviável a prestação de serviços pela empresa especializada em assistência, garantido ao Segurado o aviso prévio de 60 (sessenta) dias.

Esta parte não integra as Condições Gerais do Seguro.

Assistência Funeral

1. Objetivo

O serviço de assistência funeral foi desenvolvido para que nas horas mais difíceis o Segurado e/ou sua família possa contar com a ajuda de pessoas experientes que a auxiliarão em todos os procedimentos relativos ao funeral durante a vigência do seguro.

2. Beneficiários do Serviço

| Plano | Beneficiários do Serviço de Assistência |
|-------|---|
| 1 | Funeral Individual |
| | • Segurado |

3. Acionamento

A Assistência Funeral será sempre acionada por meio do telefone de discagem direta gratuita (DDG) **0800 701 2704** para ligações no Brasil, e **55 11 4133 9113** para ligações no exterior (a ligação poderá ser feita a cobrar), a qualquer momento, **24 (vinte e quatro) horas por dia**.

3.1 Importante: Para execução dos serviços é imprescindível que seja realizado o contato com a empresa prestadora de serviço, antes que seja tomada qualquer medida pessoal em relação ao funeral.

3.1.2 Reembolsos de despesas em caso de não acionamento não serão admitidos, salvo na hipótese de o prestador não conseguir por seus próprios meios realizar o atendimento.

Nesse caso, a autorização para realização do serviço e posterior reembolso deverá ser concedida mediante acionamento do serviço pelo telefone da empresa prestadora de serviços.

4. Prestação de Serviço

A assistência funeral será realizada pela empresa **Europ Assistance Brasil Serviços de Assistência S/A**, CNPJ **01.020.029/0001-06**, especializada em assistência, que colocará sua **central de atendimento à disposição 24 (vinte e quatro) horas por dia, durante todo o ano**, acionável através do telefone de Discagem Direta Gratuita (DDG).

- 4.1** A Assistência Funeral será prestada de acordo com a infraestrutura do local do óbito.
- 4.2** Considera-se Segurado a pessoa devidamente inclusa no grupo segurado que vier a falecer durante a vigência do seguro e enquanto existir o vínculo entre o Segurado e o Estipulante.
- 4.3** O acionamento da Assistência Funeral será feito mediante contato com a Central de Atendimento, antes que seja tomada qualquer medida pessoal, pelos números dos telefones informados no item 3.
- 4.4** Para utilização da Assistência Funeral, o Solicitante deverá seguir, **sempre**, os seguintes procedimentos:
- a)** Contatar a Central de Assistência (disponível 24 horas) e fornecer as informações solicitadas de forma clara e completa para a devida identificação do Segurado.
 - b)** Descrever o motivo do contato de forma clara e completa para que a Central de Assistência dê início ao Serviço;
 - c)** Fornecer à Central de Assistência as seguintes informações:
 - Nome completo e número do CPF/MF do Segurado;
 - **Data de nascimento;**
 - **Endereço completo e telefone de contato do Solicitante;**
 - **Informações adicionais relacionadas ao tipo do Evento, para fins de prestação dos Serviços.**
 - d)** Providenciar, quando necessário, o envio de documentos solicitados pela Central de Assistência para prestação dos Serviços;
- 4.6** A empresa de assistência poderá exigir a apresentação de documentos para comprovar o vínculo do Segurado com o Estipulante.
- 4.5** Uma vez constada a solicitação do Serviço, a Central de Assistência tomará as providências que lhe competem para a sua prestação.
- 4.6** Caso se verifique que as informações e declarações transmitidas pelo Solicitante são, de qualquer forma, inconsistentes, falhas, falsas ou inverídicas e/ou decorram de má-fé, perderá o Segurado o direito à **Assistência Funeral**.

5. Âmbito Geográfico

Os serviços serão prestados exclusivamente em território nacional.

6. Religião ou Crença

Todos os serviços serão prestados respeitando as condições de religiosidade ou crença

manifestada pelo Solicitante, bem como, será considerado a infraestrutura do local de óbito.

7. Serviços Disponíveis

O serviço de Assistência Funeral Individual é composto pelos serviços descritos a seguir. O Solicitante deverá indicar, no momento da solicitação dos serviços, a opção pelo serviço de Sepultamento ou Cremação, conforme descrito abaixo.

7.1 Formalidades Administrativas

Ocorrendo o falecimento do Segurado (conforme modalidade de plano de Assistência Funeral contratada, após a liberação do corpo pelo Instituto Médico Legal ou Hospital, a Central de Assistência disponibilizará um representante ao Domicílio ou Hospital onde tenha ocorrido o óbito, para coletar todos os documentos necessários às tratativas do Sepultamento ou Cremação junto à funerária do Município, tomando todas as medidas devidas para a realização do funeral.

A liberação do corpo no Instituto Médico Legal ou Hospital é uma responsabilidade de um representante legal do Segurado.

Se necessário, o representante da Central de Assistência fará todos os procedimentos, após a liberação do corpo no Instituto Médico Legal ou Hospital, acompanhado de um membro da família designado pelo Solicitante, ou o próprio.

A documentação correspondente ao óbito será entregue ao membro da família designado pelo Solicitante, ou o próprio, que será devidamente informado das providências tomadas.

7.2 Registro em Cartório

A Central de Assistência responsabiliza-se por providenciar bem como custear o registro em cartório do óbito, **desde que permitido pela legislação local.**

Se necessário para o registro do óbito em cartório, o representante da Central de Assistência fará todos os procedimentos acompanhado de um membro da família designado pelo Solicitante.

O Solicitante deverá apresentar ao representante da Central de Assistência os documentos necessários para registro do óbito em cartório.

A documentação correspondente ao óbito será entregue ao membro da família designado pelo Solicitante, que será devidamente informado das providências tomadas.

7.3 Sepultamento

A Assistência providenciará o sepultamento do corpo do Segurado em cemitério municipal ou em jazigo particular da família, desde que estes estejam localizados na cidade de domicílio.

Caso a família não possua jazigo próprio, a Assistência se responsabilizará pela locação de sepultura pelo prazo máximo de até 03 (três) anos, conforme legislação e disponibilidade local.

No trâmite de locação do jazigo o cemitério disponibilizará um documento informando a data de término da locação e sendo do interesse dos familiares acompanhar a exumação dos restos mortais, eles devem realizar o contato com o Cemitério, que passará todas as informações necessárias.

Após a data de término da locação do jazigo a Assistência não se responsabilizará pelo corpo que ocupava o jazigo, ficando este sob responsabilidade do Cemitério.

No caso de escolha de cemitério particular, cujas taxas sejam superiores à municipal, o Solicitante se responsabiliza por arcar com o valor monetário correspondente à diferença. Será utilizado como referência para prestação do serviço a taxa municipal da cidade de sepultamento (caso existente) ou o valor da taxa municipal cobrada na capital do Estado no qual ocorrerá o sepultamento.

Caso na Capital do Estado também não haja infraestrutura municipal para referência de valores, a Central de Assistência utilizará como parâmetro de equiparação o valor médio da taxa municipal de locação de jazigo cobrada nas capitais que compõe a Região (Norte, Nordeste, Centro Oeste, Sudeste e Sul) no qual o município de sepultamento está localizado.

Importante: Não é de responsabilidade da Assistência Funeral arcar com despesas referente ao traslado do corpo quando o Sepultamento ocorrer fora do município de Domicílio do Segurado.

A Assistência Funeral será responsável pelo pagamento das taxas referentes ao:

a) Sepultamento;

b) Locação do jazigo;

c) Exumação com as seguintes condições: - caso a família possua jazigo próprio com todas as gavetas existentes ocupadas; ou caso seja exigido o pagamento da taxa de exumação antecipada pelo cemitério. Nos casos em que houver a locação do Jazigo por parte da Assistência Funeral, esta não se responsabilizará pelo pagamento da taxa de Exumação após o seu período de vencimento.

Importante: A utilização do serviço de Sepultamento anula a utilização do serviço de

Cremação e vice versa.

7.4 Cremação:

Caso o Solicitante opte pela Cremação, desde que disponível no município de domicílio, a Central de Assistência providenciará o serviço conforme condições estabelecidas na legislação e normas vigentes.

O serviço será realizado desde que se cumpram as orientações abaixo descritas:

a) A opção de Cremação exige o atestado de óbito firmado por 02 (dois) médicos;

b) Em caso de morte violenta é necessário a seguinte documentação:

I: atestado firmado por médico legista;

II: autorização judicial;

III: laudo do instituto médico legal;

IV: Boletim de Ocorrência;

V: declaração da autoridade policial não se opondo à Cremação.

c) A autorização de Cremação deverá ser concedida pelo parente mais próximo, não podendo ser autorizado por parentes de 2º grau.

O procedimento será realizado somente se o serviço de Cremação estiver disponível no município de Domicílio do Segurado.

A Assistência Funeral será responsável pelo pagamento da taxa referente à Cremação em Crematórios Municipais. Em caso de escolha de Crematório Particular, cujas taxas sejam superiores à municipal, o Solicitante se responsabilizará por arcar com o valor monetário correspondente à diferença. Será utilizado como referência para prestação do serviço a taxa municipal local (caso existente) ou o valor da taxa municipal para cremação cobrada na capital do Estado no qual ocorrerá.

Caso na Capital do Estado também não haja infraestrutura municipal para referência de valores, a Central de Assistência utilizará como parâmetro de equiparação o valor médio da taxa municipal de cremação cobrada nas capitais que compõe a Região (Norte, Nordeste, Centro Oeste, Sudeste e Sul) no qual o município de sepultamento está localizado.

Importante: A utilização do serviço de Sepultamento anula a utilização do serviço de Cremação e vice versa.

7.5 Urna Mortuária

A Assistência disponibilizará a Urna Mortuária, **de acordo com a modalidade de Plano de Assistência Funeral Individual** e, conforme as seguintes especificações:

Padrão Standard

- **Modelo(s):** Sextavada, com visor;
- **Material:** Madeira bordada em relevo;
- **Acabamento Interno:** Forro, babado em TNT e travesseiro;
- **Acabamento Externo:** Com verniz de alto brilho, com alça, varão ou argola, nos padrões Bíblia, Cruz ou Simples.

Importante:

Na impossibilidade do fornecimento deste modelo será fornecida urna de padrão similar. Caso o Solicitante opte pela troca da urna, este arcará integralmente com o valor cobrado pela funerária.

7.6 Ornamentação de Urna

A Assistência disponibilizará a Ornamentação de Urna Completa.

7.7 Locação de Sala para Velório

A Central de Assistência se responsabilizará pela despesa referente à locação de sala para velório em cemitério municipal no qual ocorrerá o sepultamento. Caso nesta localidade não haja infraestrutura municipal, O Solicitante opte por cemitério particular, será considerada como referência para a prestação do serviço a taxa municipal local (caso existente) ou o valor da taxa de locação da sala para velório municipal cobrada na capital do Estado no qual ocorrerá o sepultamento.

Nos casos em que o valor da taxa de locação em cemitério particular seja superior à taxa municipal local ou da Capital do Estado utilizada para referência, ficará o Solicitante responsável por arcar com o valor monetário correspondente a diferença.

Caso na Capital do Estado também não haja infraestrutura municipal para referência de valores, a Central de Assistência utilizará como parâmetro de equiparação o valor médio da taxa municipal para locação de sala para realização do velório cobrada nas capitais que compõe a Região (Norte, Nordeste, Centro Oeste, Sudeste e Sul) no qual o município de sepultamento está localizado.

7.8 Livro de Presença

Será colocado à disposição da família o Livro de Presença para que a família possa agradecer o comparecimento dos amigos e familiares.

7.9 Coroa de Flores

A Assistência colocará à disposição do(s) familiar(es) 02 (duas) Coroas de flores simples com faixa com dizeres por ele(s) redigidos.

7.8 Jogo de Paramentos

A Assistência fornecerá jogo de paramentos incluindo castiçais, velas, suporte para urna e imagens ou insígnias de acordo com a religião da família, mediante disponibilidade local.

7.9 Manta Mortuária e Véu

Fornecimento de manta mortuária e véu.

7.10 Carro Fúnebre

O tipo de carro a ser utilizado será definido pela **Assistência Funeral**, conforme necessidade na ocasião. O serviço de Carro Fúnebre será prestado **apenas dentro do município de Sepultamento**, não sendo válida a alteração de município para deslocamento.

- **Distância máxima percorrida:** 200 Km (duzentos quilômetros) nas cidades das regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste.
- **Distância máxima percorrida:** 100 Km (cem quilômetros) nas cidades das regiões Sul e Sudeste.

7.11 Preparação do Corpo

Em caso de falecimento do Segurado, será providenciada a preparação do corpo que inclui os serviços de:

- **Higienização** (preparação simples): limpeza, formolização e tamponamento;
- **Tanatopraxia;** e
- **Embalsamamento.**

Importante: o serviço de Embalsamamento estará disponível em caso de traslado aéreo, longas distâncias terrestres, ou quando o sepultamento for superior a 36 (trinta

e seis) horas após o óbito.

7.12 Traslado de Corpo

Em caso de falecimento do Segurado em cidade diferente do seu Domicílio, a Central de Assistência se encarregará das formalidades para a liberação do corpo ou cinzas, bem como o traslado do corpo até o município de domicílio dentro do **território nacional** no qual ocorrerá a inumação / cremação, conforme o limite da modalidade de Serviços de Assistência Funeral contratada.

Sempre que necessário o Solicitante deverá comparecer ou apresentar documentos necessários para essas providências.

O meio de transporte a ser utilizado para o traslado do corpo será de livre escolha da Assistência Funeral, podendo este ser aéreo ou terrestre, a ser definido conforme critério da Assistência Funeral, dependendo da distância do traslado e logística de deslocamento do local.

Os serviços de traslado do corpo serão prestados a partir do momento em que o corpo do Segurado se encontrar liberado pelas autoridades competentes, inclusive policiais, e que não exista nenhum obstáculo físico, material, policial, judicial, normativo ou qualquer outro que impeça o traslado do corpo nos conforme legislação e normas aplicáveis.

7.13 Passagem para Membro da Família

Caso a família opte por realizar sepultamento no local do óbito e não sendo este o município de domicílio do Segurado, a Central de Assistência providenciará uma passagem aérea (classe econômica) ou rodoviária para **1 (um) membro da família** acompanhar o sepultamento.

7.14 Sepultamento de partes do corpo

Em decorrência de acidente, não intencional e inesperado ou amputação por causa médica, a Central de Assistência EABR, adotará as medidas necessárias para organização do Sepultamento do membro do Segurado em jazigo da família, em cemitério municipal, na cidade indicada pelo Solicitante.

- a. Para efeito de cobertura, a cidade de sepultamento deverá ser a mesma de retirada do membro a ser sepultado.
- b. Caso a família não possua um jazigo, a Assistência responsabiliza-se pela locação de sepultura pelo prazo de 3 (três) anos.

c. Em caso de escolha de cemitério particular, cujas taxas sejam superiores à modalidade de Assistência a Sepultamento de Membros contratada, o Solicitante responsabiliza-se pelo valor correspondente à diferença.

d. Nenhuma modalidade de Assistência a Sepultamento de Membros inclui despesas de exumação dos corpos que estejam no jazigo na ocasião do Sepultamento.

8. Exclusões

8.1 Estão excluídos do escopo dos serviços listados acima:

a) **Assistência a todo e qualquer evento resultante, direta ou indiretamente, de atos ilícitos praticados pelo Segurado;**

b) **A assistência funeral não será prestada em localidades onde a legislação ou normas não permitirem que a Assistência Funeral intervenha;**

c) **Desaparecimento do Segurado em acidente ou qualquer outra situação, qualquer que seja a sua natureza, ou, ainda, ausência do Segurado situações em que a Assistência Funeral não realizará buscas, provas, formalidades legais e burocráticas, ou qualquer outro serviço;**

d) **Quando da exumação, a assistência funeral não assumirá qualquer responsabilidade referente ao destino dos ossos, dado o término do prazo de locação de jazigo.**

e) **Fornecimento de vestimentas/roupas em geral;**

f) **Missa de 7º dia;**

g) **Xerox da documentação;**

h) **Refeições e bebidas em geral;**

i) **Confecção de gaveta em túmulo de terceiro;**

j) **Lápides e/ou gravações;**

k) **Reforma em geral no jazigo;**

l) **Exumação do corpo após o vencimento do período de locação do jazigo;**

m) **Despesas com taxas de capela, sepultamento ou cremação superior aos praticados pelo Município;**

n) **Despesas de qualquer natureza que não estejam relacionados diretamente com o funeral, sem autorização prévia da Central de Atendimento;**

o) **Quaisquer reembolsos de despesas providenciadas diretamente pela família e não autorizadas pela Central de Atendimento, mesmo que cobertas pela modalidade de Assistência Funeral contratada;**

- p) Despesas decorrentes de compra, confecção, manutenção e/ou recuperação de jazigos;
 - q) Aquisição de sepultura, jazigo, terreno, cova, carneiro (gaveta nos cemitérios onde se enterram os cadáveres), etc;
 - r) Serviços que não sejam solicitados direta e comprovadamente pelo Solicitante.
-