

ABS Total Premiável Bradesco

Seguro de Vida em Grupo

Registro do Produto na SUSEP: 15414.002170/2004-76

Condições Gerais

CAPÍTULO I – OBJETIVO DO SEGURO

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites das coberturas adiante estabelecidas, assim como o pagamento antecipado do Prêmio correspondente, este Seguro tem por objetivo garantir:

I. o pagamento de Indenização ao Beneficiário, em caso de morte do Segurado por causas naturais ou acidentais;

II. o pagamento de Indenização ao Segurado, caso este venha a realizar um transplante de órgão; e

III. o pagamento de Indenização ao Segurado, em caso de morte do seu cônjuge por causas naturais ou acidentais.

Cláusula 2ª. As coberturas oferecidas por este Seguro são válidas para os Sinistros ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

CAPÍTULO II – DEFINIÇÕES

Cláusula 3ª. As palavras relacionadas abaixo, quando aparecerem no texto destas Condições Gerais ou de outros documentos relativos a este Seguro, com as iniciais em letra maiúscula, terão o significado abaixo, observando-se que o singular abrange o plural, o masculino o feminino e vice-versa:

I. 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 do Segurado, observando-se o seguinte:

1.1. Incluem-se no conceito de Acidente Pessoal:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, desde que ocorrido após 2 (dois) anos da vigência inicial da apólice;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

1.2. Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal:

- a) **as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) **as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) **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**
- d) **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, definido no primeiro parágrafo deste item.

2. Aniversário do Seguro

É o dia em que se completa o tempo de um ou mais anos do início da Vigência do Seguro.

3. Apólice de Seguro ou Apólice

É o documento emitido pela Seguradora, que formaliza a aceitação da cobertura solicitada pelo Proponente.

4. Beneficiário

É a pessoa designada pelo Segurado para receber a Indenização prevista nestas Condições Gerais em caso de sua morte.

5. Capital Segurado

É o valor máximo estipulado na Proposta de Adesão e no Certificado de Seguro para cada uma das coberturas previstas nestas Condições Gerais, vigente na data do Sinistro e que servirá de base para o cálculo da Indenização.

6. Certificado de Seguro

É o documento emitido pela Seguradora, que comprova a aceitação da Proposta de Adesão do Proponente.

7. Condições Gerais

É este conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem direitos e obrigações das partes contratantes, bem como as características gerais do Seguro.

8. Consignante

É a pessoa jurídica com a qual o Segurado mantém vínculo empregatício, estatutário ou de administração, responsável pelo desconto mensal dos valores referentes aos Prêmios do Seguro na sua folha de pagamento e posterior repasse à Seguradora.

9. Corretor

É o profissional autônomo, pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado e registrado na Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) para intermediar e promover Contratos de Seguro, conforme definido na Lei nº 4.594/1964 e no Decreto-Lei nº 73/1966.

10. Declaração Pessoal de Saúde

São as informações prestadas por escrito pelo Proponente na Proposta de Adesão, que dizem respeito às suas condições de saúde e também às do seu cônjuge, e que serão levadas em consideração pela Seguradora para avaliação do risco e reconhecimento de eventual Sinistro. O Proponente é inteiramente responsável pela veracidade dessas informações.

11. Doenças ou Lesões Preexistentes e suas Consequências

São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado ou pelo seu cônjuge antes da data de contratação do Seguro, que são de seu prévio conhecimento, e que, se não forem informadas, não geram para o Segurado ou Beneficiário, conforme aplicável, o direito à Indenização.

12. Estipulante

É a pessoa jurídica que propõe a contratação do Seguro, ficando investida de poderes de representação dos Segurados.

13. Evento

É toda e qualquer ocorrência passível de configurar o Risco Coberto previsto nestas Condições Gerais.

14. Grupo Segurado

É o conjunto de pessoas físicas vinculadas ao Estipulante e efetivamente aceitas e incluídas nesta Apólice.

15. Indenização

É o valor que a Seguradora paga ao Segurado ou ao seu Beneficiário, conforme aplicável, em decorrência de Sinistro coberto durante o Período de Cobertura.

16. Índice de Atualização Monetária

É o índice de preços adotado para fins de atualização monetária dos valores referentes a este Seguro, aplicado de acordo com o disposto no Capítulo VII destas Condições Gerais.

17. Período de Cobertura

É o intervalo de tempo durante o qual a ocorrência do Sinistro gera para o Segurado ou o Beneficiário, quando for o caso, o direito à Indenização.

18. Prazo de Carência

É o período de tempo, corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da Vigência do Seguro, durante o qual o Segurado e o Beneficiário, conforme o caso, não terão direito à garantia de Indenização das coberturas previstas nestas Condições Gerais.

19. Prêmio do Seguro ou Prêmio

É o valor pago pelo Segurado à Seguradora para custear o Seguro.

20. Proponente

É a pessoa física interessada em contratar este Seguro e que passará à condição de Segurado somente após a aceitação de sua Proposta de Adesão pela Seguradora.

21. Proposta de Adesão

É o documento preenchido e assinado pelo Proponente ou por seu representante, por meio do qual expressa a sua intenção de aderir à contratação coletiva deste Seguro e faz sua Declaração Pessoal de Saúde e de seu cônjuge, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais do Seguro, e que é submetido à Seguradora para análise do risco.

22. Risco Coberto

É todo e qualquer Evento previsto nestas Condições Gerais, cuja ocorrência no Período de Cobertura configura o Sinistro.

23. Riscos Excluídos

São os Eventos previstos nestas Condições Gerais como riscos não cobertos pelo Seguro.

24. Segurado

É a pessoa física sobre a qual se fará a avaliação do risco e se estabelecerá o Seguro.

25. Seguradora

É a Bradesco Vida e Previdência S.A., registrada no CNPJ sob o número 51.990.695/0001-37, que assume os riscos inerentes à cobertura deste Seguro, nos termos destas Condições Gerais.

26. Seguro

É este contrato, por meio do qual a Seguradora, mediante recebimento do Prêmio, obriga-se a garantir as coberturas contratadas, pagando a Indenização ao Segurado ou ao Beneficiário, caso ocorra o Sinistro.

27. Sinistro

É a ocorrência do Risco Coberto, durante o Período de Cobertura, que gera para o Segurado ou o Beneficiário, conforme o caso, o direito ao recebimento da Indenização, atendidas as disposições destas Condições Gerais.

28. Vigência do Seguro ou Vigência

É o período de tempo estabelecido para a duração do Seguro, abrangendo o Prazo de Carência e o Período de Cobertura.

CAPÍTULO III – COBERTURAS

Cláusula 4ª. As coberturas deste Seguro são aquelas definidas nas Seções I, II e III deste capítulo, as quais não poderão ser contratadas de forma isolada.

Seção I – Cobertura de Morte

Subseção I – Objetivo da Cobertura

Cláusula 5ª. A Cobertura de Morte garante ao Beneficiário o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do Capital Segurado estipulado na Proposta de Adesão e no Certificado de Seguro, caso

ocorra a morte do Segurado por causas naturais ou acidentais durante o Período de Cobertura, observado o disposto no parágrafo único desta cláusula.

Parágrafo Único. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula, se a morte do Segurado resultar de Risco Excluído, nos termos da Subseção II deste capítulo, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização referidas no Capítulo X destas Condições Gerais ou na legislação ou regulação em vigor.

Subseção II – Riscos Excluídos

Cláusula 6ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Morte e, por isso, não geram ao Beneficiário direito à Indenização:

I. ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada, exceto a prática de esporte e a utilização de meio de transporte mais arriscado;

II. ato ilícito doloso praticado pela Segurada, pelo Beneficiário ou representante legal de um ou de outro;

III. 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 delas decorrentes, exceto a prestação de serviço militar e os atos de humanidade em auxílio de outrem;

IV. furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

V. 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;

VI. Doenças ou Lesões preexistentes;

VII. epidemia declarada por autoridade competente; e

VIII. suicídio nos primeiros 2 (dois) anos, contados a partir do início de Vigência do Seguro.

Seção II – Cobertura de Transplante de Órgão

Subseção I – Objetivo da Cobertura

Cláusula 7ª. A Cobertura de Transplante de Órgão garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do Capital Segurado estipulado no momento da contratação do Seguro e constante no Certificado, caso ele seja submetido a um transplante de córnea, rim, fígado, coração, coração-pulmão ou medula óssea, observados o Prazo de Carência e o limite de Capital Segurado contratado.

Parágrafo Único. **Não haverá a garantia de Indenização de que trata o caput desta cláusula se o transplante decorrer de Risco Excluído, nos termos da Subseção III deste capítulo, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização referidas no Capítulo X destas Condições Gerais ou na legislação ou regulação em vigor.**

Cláusula 8ª. O Segurado poderá realizar mais de um transplante por ano de Vigência, respeitado o limite de Capital Segurado contratado.

Subseção II – Prazo de Carência

Cláusula 9ª. Para fins da Cobertura prevista nesta seção, fica estipulado o Prazo de Carência de 12 (doze) meses, contados a partir do início de Vigência do Seguro. Assim, não terá direito à garantia de Indenização o Segurado que realizar transplante durante o Prazo de Carência.

Subseção III – Riscos Excluídos

Cláusula 10ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Transplante de Órgãos e, por isso, não geram direito à Indenização os transplantes:

- I. efetuados antes do cumprimento do Prazo de Carência;**
- II. decorrentes de Doenças ou Lesões Preexistentes;**
- III. cujos órgãos transplantados não tenham sido adquiridos em instituições ou bancos de órgãos devidamente autorizados pelo Ministério da Saúde; ou**
- IV. outras modalidades de transplante não descritas na Cláusula 7ª não estarão cobertas e, por isso, não conferirão ao Segurado qualquer direito à Indenização deste Seguro.**

Seção III – Cobertura de Morte do Cônjuge

Subseção I – Objetivo da Cobertura

Cláusula 11. A Cobertura de Morte do Cônjuge garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização de valor equivalente a 50% (cinquenta por cento) do Capital Segurado da Cobertura de Morte, caso ocorra a morte do seu cônjuge por causas naturais ou acidentais durante o Período de Cobertura, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

Parágrafo 1º. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula, se a morte do cônjuge resultar de Risco Excluído, nos termos da Subseção II desta seção, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização referidas no Capítulo X destas Condições Gerais ou na legislação ou regulamentação em vigor.

Parágrafo 2º. Para efeito desta cobertura, o Segurado deverá declarar que seu cônjuge encontra-se em perfeitas condições de saúde, na data da contratação do Seguro.

Cláusula 12. Para fins desta cobertura, a(o) companheira(o) será equiparada(o) ao cônjuge, nos casos admitidos pela lei civil.

Subseção II – Riscos Excluídos

Cláusula 13. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Morte do Cônjuge e, por isso, não geram ao Segurado o direito à Indenização, as hipóteses previstas na Subseção II da Seção I deste capítulo.

Seção IV – Exclusão para Atos de Terrorismo

Cláusula 14. Em qualquer das coberturas de que tratam as Seções precedentes deste capítulo, não haverá garantia de pagamento de Indenização por 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.

CAPÍTULO IV – CONTRATAÇÃO DO SEGURO

Seção I – Proposta de Adesão

Cláusula 15. Somente serão aceitas neste Seguro as pessoas que gozarem de boas condições de saúde e contarem com, no mínimo, 14 (quatorze) anos e, no máximo, 70 (setenta) anos de idade, na data da assinatura da Proposta de Adesão.

Cláusula 16. A contratação do Seguro dar-se-á com o preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão com a Declaração Pessoal de Saúde, em formulário próprio fornecido pela Seguradora.

Seção II – Aceitação da Proposta de Adesão pela Seguradora

Cláusula 17. A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

Parágrafo 1º. Recebida a Proposta de Adesão pela Seguradora, com todos os dados exigíveis, esta será considerada integralmente aceita, abrangendo todas as coberturas contratadas, caso a Seguradora sobre ela não se manifeste expressamente perante o Proponente, no prazo de 15 (quinze) dias contados do seu recebimento, explicitando o motivo da recusa.

Parágrafo 2º. O prazo referido no parágrafo 1º será suspenso se a Seguradora solicitar a apresentação de novos documentos, quando verificar que as informações contidas na Proposta de Adesão são insuficientes para a emissão do Certificado de Seguro. A contagem do prazo voltará a correr a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que for protocolada a entrega da documentação solicitada.

Parágrafo 3º. Aceita a Proposta de Adesão, a Seguradora emitirá e encaminhará ao Segurado o Certificado de Seguro.

Cláusula 18. De acordo com as informações prestadas pelo Proponente na Declaração Pessoal de Saúde, reserva-se à Seguradora o direito de adotar cláusula restritiva relativa às patologias preexistentes e suas complicações, sendo que esta restrição constará no Certificado de Seguro enviado ao Segurado.

Parágrafo Único. Se, quando do recebimento do Certificado de Seguro, o Segurado optar pelo cancelamento do Seguro, o mesmo deverá solicitá-lo expressamente à Seguradora, no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados a partir do seu recebimento, que efetuará o cancelamento e restituirá o Prêmio pago antecipadamente, no prazo de 10 (dez) dias contados da data de recebimento da solicitação do cancelamento.

Cláusula 19. A Seguradora reservar-se o direito de exigir do Proponente exame(s) médico(s) para avaliação do risco. A negativa do Proponente em submeter-se ao(s) exame(s) autorizará a Seguradora a recusar a Proposta de Adesão.

Parágrafo Único. As Doenças ou Lesões Preexistentes de que o

Segurado ou o cônjuge seja portador, quando não declaradas na Proposta de Adesão, poderão ser identificadas pela Seguradora por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive em prontuários médico-hospitalares, consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais.

Cláusula 20. Caso não aceite a Proposta de Adesão no prazo de 15 (quinze) dias, a Seguradora comunicará por escrito a recusa ao Proponente e devolverá a ele o valor do Prêmio pago antecipadamente, no prazo de 10 (dez) dias contados da data da formalização da recusa.

Parágrafo 1º. A restituição será feita por meio de cheque nominativo ou crédito na conta bancária indicada na Proposta de Adesão, desde que a referida conta seja do Proponente.

Parágrafo 2º. Em caso de mora da Seguradora, caracterizada pela não-devolução do valor pago antecipadamente após o decurso do prazo definido no *caput*, o valor será atualizado de acordo com o disposto na Cláusula 34 destas Condições Gerais. Incidirão, adicionalmente, sobre o valor, juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculados em base *pro rata* dia, da data do pagamento até a data da efetiva devolução.

CAPÍTULO V – CAPITAL SEGURADO

Cláusula 21. O valor do Capital Segurado da Cobertura de Morte e da Cobertura de Transplante de Órgãos será aquele estipulado pelas partes, em expressão da moeda corrente nacional, no momento da contratação do Seguro, devendo constar do Certificado de Seguro.

Parágrafo 1º. O valor do Capital Segurado da Cobertura de Morte do Cônjuge corresponderá a 50% (cinquenta por cento) do valor referente ao Capital Segurado da Cobertura de Morte do Segurado.

Parágrafo 2º. **O valor do Capital Segurado será atualizado moneta-**

riamente de acordo com o disposto na Cláusula 35 destas Condições Gerais.

Cláusula 22. Para efeitos de apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da ocorrência do Sinistro.

Parágrafo Único. Para os fins do disposto no *caput* desta cláusula, considera-se data de ocorrência do Sinistro:

- I. Na Cobertura de Morte: a data da morte do Segurado ou do cônjuge; e
- II. Na Cobertura de Transplante de Órgãos: a data da realização do transplante.

CAPÍTULO VI – PRÊMIO

Seção I – Valor do Prêmio

Cláusula 23. O valor do Prêmio inicial do Seguro será estabelecido conforme a idade do Proponente e o Capital Segurado estipulado na data da contratação do Seguro. Referido valor constará da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, em expressão da moeda corrente nacional, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

Parágrafo 1º. O valor do Prêmio será ajustado na data de Aniversário do Seguro, de acordo com a nova idade do Segurado, conforme a tabela a seguir:

Faixa Etária	Aumento sem Cônjuge (%)	Aumento com Cônjuge (%)
De 14 a 24 anos	0,00	0,00
De 25 a 29 anos	46,00	46,87
De 30 a 34 anos	6,75	6,84
De 35 a 39 anos	30,04	30,40

Faixa Etária	Aumento sem Cônjuge (%)	Aumento com Cônjuge (%)
De 40 a 44 anos	47,01	47,45
De 45 a 49 anos	48,52	48,82
De 50 a 54 anos	49,00	49,21
De 55 a 59 anos	56,43	56,59
60 anos	28,59	28,64
61 anos	9,04	9,05
62 anos	9,37	9,38
63 anos	9,71	9,72
64 anos	9,85	9,86
65 anos	9,82	9,83
66 anos	9,53	9,54
67 anos	9,28	9,28
68 anos	9,01	9,02
69 anos	8,96	8,97
70 anos	9,22	9,22
71 anos	9,58	9,58
72 anos	10,03	10,04
73 anos	10,46	10,46
74 anos	10,53	10,53
75 anos	10,30	10,30
76 anos	9,87	9,87
77 anos	9,33	9,34

Faixa Etária	Aumento sem Cônjuge (%)	Aumento com Cônjuge (%)
78 anos	8,78	8,79
79 anos	8,52	8,52
80 anos	8,55	8,55
81 anos	8,74	8,74
82 anos	9,08	9,09
83 anos	9,38	9,39
84 anos	9,34	9,34
85 anos	9,05	9,05
86 anos	8,59	8,59
87 anos	8,10	8,10
88 anos	7,64	7,64
89 anos	7,25	7,25
90 anos	6,98	6,98
91 anos	6,86	6,86
92 anos	6,95	6,95
93 anos	7,36	7,36
94 anos	8,74	8,74
95 anos	11,51	11,51
96 anos	16,54	16,54
97 anos	24,87	24,87
98 anos	37,02	37,02
99 anos	51,97	51,98

Parágrafo 2º. Adicionalmente ao ajuste previsto no parágrafo anterior, o valor do Prêmio será atualizado monetariamente na forma da Cláusula 35 destas Condições Gerais.

Seção II – Pagamento do Prêmio

Cláusula 24. O Prêmio do Seguro será custeado totalmente pelo Segurado e pago antecipadamente ao início de Vigência do Seguro.

Cláusula 25. O pagamento do Prêmio será feito sob a forma mensal, antecipado em relação ao período de Vigência, mediante débito do respectivo valor na conta bancária, utilização de Carnê de Cobrança Bancária ou desconto em folha de pagamento, conforme opção feita pelo Segurado na sua Proposta de Adesão.

Cláusula 26. Quando o Segurado optar por efetuar o pagamento do Prêmio por meio de débito em conta bancária ou Carnê de Cobrança Bancária, o pagamento da 1ª (primeira) mensalidade do Prêmio será sempre feito por meio da quitação do Carnê de Cobrança Bancária, fornecido pela Seguradora, e as demais mensalidades deverão ser pagas no mesmo dia dos meses subsequentes.

Parágrafo Único. Quando o Segurado optar por efetuar o pagamento do Prêmio por meio de consignação em folha de pagamento, o pagamento da 1ª (primeira) mensalidade e das mensalidades subsequentes será feito por meio de desconto em folha de pagamento.

Cláusula 27. Em cada Aniversário do Seguro, o pagamento do Prêmio ocorrerá no dia anterior ao do início da nova Vigência para quitação do seu 1º (primeiro) pagamento e as demais mensalidades deverão ser pagas no mesmo dia dos meses subsequentes.

Cláusula 28. Quando a data de vencimento do Prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil subsequente.

Cláusula 29. Quando o Segurado optar por efetuar o pagamento do Prêmio por meio de débito em conta bancária, se na data do vencimento o saldo da conta bancária indicada na sua Proposta de Adesão não for suficiente para quitação do valor integral do Prêmio ou da respectiva mensalidade, ficará caracterizada a falta de pagamento, que poderá acarretar o cancelamento do seguro, conforme previsto no Capítulo XI destas Condições Gerais.

Cláusula 30. Independentemente do meio pagamento escolhido pelo Segurado, ele estará sempre obrigado a efetuar o pagamento na data prevista, podendo fazê-lo através de emissão de 2ª via do boleto de cobrança, nas agências do Banco Bradesco, nas seguintes hipóteses:

I. caso o Consignante, por motivos alheios à vontade do Segurado, não efetue o desconto dos Prêmios na folha de pagamento;

II. se o Segurado houver extraviado ou não tiver recebido novo Carnê de Cobrança Bancária; ou

III. se o Segurado não tiver saldo suficiente para o desconto do Prêmio na conta-corrente por ele indicada na Proposta de Adesão.

Cláusula 31. Se o Consignante deixar de repassar à Seguradora os Prêmios descontados da folha de pagamento do Segurado, tal fato não gerará o cancelamento do Seguro, ressalvado o direito de regresso da Seguradora contra o Consignante.

Seção III – Atraso no Pagamento do Prêmio e Prazo de Tolerância

Cláusula 32. 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, de acordo com o disposto na Cláusula 34 destas Condições Gerais.

Parágrafo 1º. No caso da ocorrência de Sinistro durante o período de 90 (noventa) dias de atraso no pagamento dos Prêmios, a Indenização será paga, nos termos destas Condições Gerais, descontados os Prêmios em atraso, acrescidos de juros e atualização monetária, na forma prevista no *caput* desta cláusula.

Parágrafo 2º. Transcorridos 90 (noventa) dias do vencimento do Prêmio devido e não pago, este Seguro será cancelado, na forma do Capítulo XI, sem que seja devida ao Beneficiário a percepção proporcional de qualquer Indenização relativa a Sinistro ocorrido após o cancelamento do Seguro, ou, ao Segurado, a devolução de Prêmios já pagos.

Seção IV – Regime Financeiro

Cláusula 33. 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.

CAPÍTULO VII – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

Cláusula 34. Os valores correspondentes às obrigações pecuniárias decorrentes deste Seguro, a partir da data em que se tornarem exigíveis, sujeitam-se à atualização pelo Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV).

Parágrafo Único. A atualização de que trata o *caput* desta cláusula será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele divulgado imediatamente antes da data de sua efetiva liquidação.

Cláusula 35. Os valores dos Capitais Segurados e Prêmios serão atualizados monetariamente a cada ano, no Aniversário do Seguro, com base na variação do IGPM/FGV acumulada no período de 12 (doze) meses anteriores ao mês do último índice publicado imediatamente

antes da data de atualização, observado, adicionalmente ao disposto no parágrafo 1º da Cláusula 23 destas Condições Gerais.

Parágrafo Único. Quando a periodicidade de pagamento do Prêmio for anual, os Capitais Segurados pagáveis por morte deverão ser atualizados de acordo com o disposto no *caput*, desde a data da última atualização do Prêmio até a data e ocorrência do Evento.

Cláusula 36. 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).

CAPÍTULO VIII – DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

Seção I – Designação de Beneficiário

Cláusula 37. O Segurado poderá indicar livremente seu Beneficiário para receber o valor da Indenização no caso de morte, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula e na legislação e regulação em vigor.

Parágrafo Único. **O companheiro somente poderá ser indicado como Beneficiário se, ao tempo da indicação, o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato, de acordo com o art. 793 do Código Civil.**

Cláusula 38. De acordo com o disposto no art. 792 do Código Civil, na falta de indicação de Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária estabelecida no Código Civil.

Parágrafo Único. Na falta das pessoas de que trata o *caput* desta cláusula, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

Seção II – Alteração de Beneficiário

Cláusula 39. É facultado ao Segurado, em qualquer época, substituir seu Beneficiário.

Parágrafo 1º. A substituição de Beneficiário somente será eficaz perante a Seguradora, se for comunicada a ela, por escrito, antes do pagamento da Indenização.

Parágrafo 2º. Se a Seguradora não for comunicada da substituição, na forma prevista no parágrafo 1º desta cláusula, desobrigar-se-á pagando o Capital Segurado ao antigo Beneficiário.

CAPÍTULO IX – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Seção I – Procedimento de Regulação e Liquidação

Cláusula 40. A Regulação e Liquidação de Sinistro é o procedimento por meio do qual a Seguradora, após recebido o aviso da ocorrência do Evento (morte ou realização de transplante), verifica se o mesmo configura o Sinistro e se Segurado ou seu Beneficiário tem ou não o direito à cobertura, efetuando ou recusando o pagamento da Indenização.

Cláusula 41. O Segurado ou seu Beneficiário deverá comprovar satisfatoriamente a ocorrência do Sinistro, por meio dos documentos básicos listados na Seção II deste capítulo, bem como esclarecer todas as circunstâncias a ele relacionadas.

Parágrafo Único. Para instruir a Regulação e Liquidação de Sinistro, a Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados.

Cláusula 42. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado ou do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Cláusula 43. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

Seção II – Comprovação do Sinistro

Cláusula 44. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado ou seu Beneficiário à Sucursal da Seguradora ou Agência do Banco Bradesco S.A., são os seguintes:

I. Sinistro por morte (do Segurado ou do cônjuge):

- a) Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- b) cópia da Certidão de Óbito do Segurado ou do cônjuge;
- c) cópia da Certidão de Casamento atualizada, quando o Beneficiário for o cônjuge, ou em caso de morte do Segurado;
- d) cópia da Declaração de *Causa Mortis* (formulário fornecido pela Seguradora) em caso de morte natural;
- e) Laudo de Necrópsia ou Cadavérico;
- f) cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- g) cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização;
- h) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado ou o cônjuge era o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- i) cópia do Brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o Segurado ou o cônjuge era o piloto na ocasião do acidente;
- j) cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Segurado ou do cônjuge;
- k) cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Beneficiário, em caso de morte do Segurado;
- l) cópia do Termo de Tutela ou, na impossibilidade deste, termo de

representação cabível, quando se tratar de Beneficiário menor, órfão de pai e mãe; e

m) cópia da sentença judicial declaratória de ausência, devidamente registrada no Cartório de Registro de Pessoas Naturais competente, em caso de morte presumida.

II. Sinistro por Transplante de Órgãos:

- a) Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- b) Relatório Médico (formulário fornecido pela Seguradora) preenchido, datado e assinado pelo médico assistente do Segurado;
- c) laudo anatomopatológico; e
- d) cópia do RG ou Certidão de Nascimento, do CPF e do comprovante de residência do Segurado.

Seção III – Indenização

Cláusula 45. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata a seção anterior, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 1º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido pela Cláusula 41, parágrafo único, destas Condições Gerais, o prazo de que trata o *caput* desta cláusula ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

Parágrafo 2º. O pagamento será feito por meio de cheque nominativo, crédito em conta bancária ou ordem de pagamento, pagável no domicílio ou praça indicada pelo Beneficiário.

Parágrafo 3º. Em caso de mora da Seguradora, caracterizada pela falta de pagamento da Indenização devida, no prazo definido nesta seção, o Capital Segurado será atualizado de acordo com o disposto na Cláusula 34 destas Condições Gerais. Incidirão, adicionalmente, sobre o valor da Indenização, juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculados em base *pro rata* dia, da data da ocorrência da mora até a data do efetivo pagamento.

CAPÍTULO X – PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

Cláusula 46. Se o Segurado, por si, por seu representante ou por seu Corretor, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta de Adesão ou na taxa do Prêmio, perderá o direito à Indenização, além de ficar obrigado ao Prêmio vencido, de acordo com o art. 766 do Código Civil.

Parágrafo Único. Se a inexatidão ou omissão não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

I. Antes da ocorrência do Sinistro:

- a) **cancelar o Seguro, retendo, do Prêmio originalmente pactuado as mensalidades pagas até o cancelamento; ou**
- b) optar pela continuidade do Seguro, cobrando do Segurado a diferença do Prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada, comunicando-lhe acerca da restrição.

II. Após a ocorrência do Sinistro:

- a) em caso de morte do Segurado, pagar a Indenização ao Beneficiário, deduzindo do valor devido a diferença do Prêmio cabível; ou
- b) em caso de morte do cônjuge ou realização de transplante de órgão, pagar a Indenização ao Segurado, deduzindo do valor devido a diferença do Prêmio cabível relativo à referida cobertura e, com relação às demais coberturas, cancelar o Seguro ou, caso opte pela sua continuidade, cobrar do Segurado a diferença do respectivo Prêmio cabível ou restringi-las para riscos futuros, informando o Segurado sobre a restrição.

Cláusula 47. O Segurado também perderá o direito à garantia de Indenização nas seguintes situações:

I. se ele, seu representante ou seu Beneficiário descumprir quaisquer das obrigações inerentes a este Seguro;

II. se ele agravar intencionalmente o Risco Coberto;

III. se ele não comunicar por escrito a Seguradora, logo que saiba, a ocorrência de qualquer incidente suscetível de agravar o Risco Coberto;

IV. se ele ou o Beneficiário não comunicar a ocorrência do Sinistro à Seguradora, logo que o saiba; ou

V. se ele ou o Beneficiário se recusar a apresentar os documentos solicitados pela Seguradora.

Parágrafo 1º. Ao receber do Segurado a comunicação escrita de incidente suscetível de agravar o Risco Coberto, a Seguradora poderá cancelar o Seguro, mediante comunicação escrita a ser enviada ao Segurado no prazo de até 15 (quinze) dias, contado da data do recebimento da comunicação do incidente. Se preferir, a Seguradora poderá, mediante acordo escrito com o Segurado, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença do Prêmio cabível ou restringindo a cobertura.

Parágrafo 2º. Na hipótese de cancelamento fundado no parágrafo 1º desta cláusula, não haverá devolução das mensalidades já pagas, sendo devidas pelo Segurado todas as mensalidades vencidas até o 30º (trigésimo) dia após a data em que receber a comunicação do cancelamento da Seguradora.

CAPÍTULO XI – CANCELAMENTO DO SEGURO

Cláusula 48. O Seguro será cancelado, sem que caiba qualquer indenização por perdas e danos às partes, nas seguintes situações:

I. com a morte do Segurado;

II. em caso de solicitação expressa do Segurado, 30 (trinta) dias antes do vencimento da mensalidade do Prêmio;

III. em caso de tentativa do Segurado e/ou seu Beneficiário de impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências, necessárias para resguardar os direitos da Seguradora;

IV. na ocorrência de infrações ou fraudes praticadas pelo Segurado e/ou seu Beneficiário, com o propósito de obter vantagem ilícita do Seguro;

V. na falta de pagamento de 3 (três) Prêmios mensais consecutivos, sendo que o cancelamento ocorrerá, automaticamente, no 90º (nagésimo) dia, contado a partir do vencimento do 1º (primeiro) Prêmio não pago; ou

VI. na falta de pagamento de 3 (três) Prêmios mensais não-consecutivos, sendo que o cancelamento ocorrerá, automaticamente, no 30º (trigésimo) dia, contado a partir do vencimento do 3º (terceiro) Prêmio não pago.

Parágrafo Único. A Cobertura de Morte do Cônjuge será cancelada nas seguintes situações:

I. quando houver cancelamento do Seguro;

II. em caso de morte do Segurado;

III. em caso de morte do cônjuge;

IV. em caso de separação judicial, de fato ou divórcio; ou

V. perda da condição de companheiro.

Cláusula 49. No prazo de 10 (dez) dias antes da data limite para o cancelamento do Seguro por motivo de falta de pagamento, será enviada notificação ao Segurado.

Cláusula 50. O pagamento, pelo Segurado, de qualquer valor à Seguradora, após a data do cancelamento, não implica reabilitação do Seguro, nem gera qualquer efeito, ficando à disposição do ex-Segurado o referido valor.

CAPÍTULO XII – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

Cláusula 51. A Vigência deste Seguro é de 5 (cinco) anos, renovado automaticamente, por igual período, uma única vez, salvo se a Seguradora ou o Segurado se manifestarem contrariamente conforme disposto na Cláusula 52.

Parágrafo 1º. As renovações posteriores deverão ser efetuadas de forma expressa.

Parágrafo 2º. O início de Vigência do risco individual ocorrerá a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de pagamento da 1ª (primeira) parcela do Prêmio, que passa a ser a data de Aniversário do Seguro, à exceção dos casos de pagamento do Prêmio por meio de desconto na folha de pagamento, no qual o início de Vigência do risco individual ocorrerá a partir das 24 (vinte e quatro) horas do 1º (primeiro) dia do mês subsequente ao do desconto da 1ª (primeira) parcela do Prêmio.

Parágrafo 3º. Nos Aniversários do Seguro e nas renovações posteriores, a Seguradora emitirá novo Certificado de Seguro e o enviará ao Segurado.

Cláusula 52. 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.

Parágrafo Único. Na hipótese prevista no *caput*, 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.

CAPÍTULO XIII – DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 53. Qualquer modificação da Apólice 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.

Cláusula 54. Não poderão ser transferidos, cedidos ou onerados pelo Segurado ou por seu Beneficiário, por qualquer forma, os direitos decorrentes deste Seguro.

Cláusula 55. A propaganda e a promoção do Seguro, por parte do Corretor ou do Estipulante, somente poderão ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições da Apólice e as normas do Seguro, ficando a Seguradora responsável pela fidelidade das informações contidas nas divulgações feitas.

Cláusula 56. Toda a responsabilidade pelo pagamento das Indenizações oriundas deste contrato é de exclusiva competência da Seguradora.

Cláusula 57. O registro deste plano na Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) não implica, por parte da referida Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

Cláusula 58. 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.

Cláusula 59. A Seguradora não poderá sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado ou do Beneficiário contra o causador do Sinistro.

Cláusula 60. Os prazos prescricionais são aqueles definidos em lei.

Cláusula 61. Este Seguro é estipulado pelo ARFAB – Clube ABS Bradesco Seguros, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 42.413.153/0001-00, que atua na qualidade de mandatário dos Segurados, nos termos do art. 21, parágrafo 2º, do Decreto-Lei nº 73/1966.

CAPÍTULO XIV – FORO

Cláusula 62. Para dirimir quaisquer dúvidas ou litígios resultantes deste Seguro, fica eleito o foro do domicílio do Segurado, com exclusão de qualquer outro.

ABS Total Premiável Bradesco

Seguro de Acidentes Pessoais

Registro do Produto na SUSEP: 15414.002172/2004-65

Condições Gerais

CAPÍTULO I – OBJETIVO DO SEGURO

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites das coberturas adiante estabelecidas, assim como o pagamento antecipado do Prêmio correspondente, este Seguro tem por objetivo garantir:

I. o pagamento de Indenização ao Beneficiário, em caso de morte acidental do Segurado;

II. o pagamento de Indenização ao Segurado, em caso de invalidez permanente decorrente de Acidente Pessoal coberto; e

III. o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas realizadas pelo Segurado, decorrentes de Acidente Pessoal coberto.

Parágrafo Único. Mediante o pagamento de Prêmio adicional, o Segurado poderá contratar a cobertura facultativa de Majoração dos Percentuais de Invalidez em conjunto com a cobertura de Invalidez Permanente por Acidente.

Cláusula 2ª. As coberturas oferecidas por este Seguro são válidas para os Sinistros ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

CAPÍTULO II – DEFINIÇÕES

Cláusula 3ª. As palavras relacionadas abaixo, quando aparecerem no texto destas Condições Gerais ou de outros documentos relativos a este Seguro, com as iniciais em letra maiúscula, terão o significado abaixo, observando-se que o singular abrange o plural, o masculino o feminino e vice-versa:

1. 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 do Segurado, observando-se o seguinte:

1.1. Incluem-se no conceito de Acidente Pessoal:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, desde que ocorrido após 2 (dois) anos da vigência inicial da apólice;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

1.2. Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal:

- a) **as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) **as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) **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-cienti-**

fica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

- d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou semelhantes, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por Acidente Pessoal, definido no primeiro parágrafo deste item.**

2. Aniversário do Seguro

É o dia em que se completa o tempo de um ou mais anos do início da Vigência do Seguro.

3. Apólice de Seguro ou Apólice

É o documento emitido pela Seguradora, que formaliza a aceitação da cobertura solicitada pelo Proponente.

4. Beneficiário

É a pessoa designada pelo Segurado para receber a Indenização prevista nestas Condições Gerais em caso de sua morte.

5. Capital Segurado

É o valor máximo estipulado na Proposta de Adesão e no Certificado de Seguro para cada uma das coberturas previstas nestas Condições Gerais, vigente na data do Sinistro e que servirá de base para o cálculo da Indenização.

6. Certificado de Seguro

É o documento emitido pela Seguradora, que comprova a aceitação da Proposta de Adesão do Proponente.

7. Condições Gerais

É este conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem direitos e obrigações das partes contratantes, bem como as características gerais do Seguro.

8. Consignante

É a pessoa jurídica com a qual o Segurado mantém vínculo empregatí-

cio, estatutário ou de administração, responsável pelo desconto mensal dos valores referentes aos Prêmios do Seguro na sua folha de pagamento e posterior repasse à Seguradora.

9. Corretor

É o profissional autônomo, pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado e registrado na Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) para intermediar e promover Contratos de Seguro, conforme definido na Lei nº 4.594/1964 e no Decreto-Lei nº 73/1966.

10. Declaração Pessoal de Saúde

São as informações prestadas por escrito pelo Proponente na Proposta de Adesão, que dizem respeito às suas condições de saúde e que serão levadas em consideração pela Seguradora para avaliação do risco e reconhecimento de eventual Sinistro. O Proponente é inteiramente responsável pela veracidade dessas informações.

11. Doenças ou Lesões Preexistentes e suas Consequências

São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado antes da data de contratação do Seguro, que são de seu prévio conhecimento e que, se não forem informadas na Proposta de Adesão, não geram para o Segurado o direito à Indenização.

12. Estipulante

É a pessoa jurídica que propõe a contratação do Seguro, ficando investida de poderes de representação dos Segurados.

13. Evento

É toda e qualquer ocorrência passível de configurar o Risco Coberto previsto nestas Condições Gerais.

14. Grupo Segurado

É o conjunto de pessoas físicas vinculadas ao Estipulante e efetivamente aceitas e incluídas nesta Apólice.

15. Indenização

É o valor que a Seguradora paga ao Segurado ou ao seu Beneficiário,

conforme aplicável, em decorrência de Sinistro coberto durante o Período de Cobertura.

16. Índice de Atualização Monetária

É o índice de preços adotado para fins de atualização monetária dos valores referentes a este Seguro, aplicado de acordo com o disposto no Capítulo VII destas Condições Gerais.

17. Período de Cobertura

É o intervalo de tempo durante o qual a ocorrência do Sinistro gera para o Segurado ou o Beneficiário, quando for o caso, o direito à Indenização.

18. Prêmio do Seguro ou Prêmio

É o valor pago pelo Segurado à Seguradora para custear o Seguro.

19. Proponente

É a pessoa física interessada em contratar este Seguro e que passará à condição de Segurado somente após a aceitação de sua Proposta de Adesão pela Seguradora.

20. Proposta de Adesão

É o documento preenchido e assinado pelo Proponente ou por seu representante, por meio do qual expressa a sua intenção de aderir à contratação coletiva deste Seguro e faz sua Declaração Pessoal de Saúde, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais do Seguro, e que é submetido à Seguradora para análise do risco.

21. Risco Coberto

É todo e qualquer Evento previsto nestas Condições Gerais, cuja ocorrência no Período de Cobertura configura o Sinistro.

22. Riscos Excluídos

São os Eventos previstos nestas Condições Gerais como riscos não cobertos pelo Seguro.

23. Segurado

É a pessoa física sobre a qual se fará a avaliação do risco e se estabelecerá o Seguro.

24. Seguradora

É a Bradesco Vida e Previdência S.A., registrada no CNPJ sob o número 51.990.695/0001-37, que assume os riscos inerentes à cobertura deste Seguro, nos termos destas Condições Gerais.

25. Seguro

É este contrato, por meio do qual a Seguradora, mediante recebimento do Prêmio, obriga-se a garantir as coberturas contratadas, pagando a Indenização ao Segurado ou ao Beneficiário, caso ocorra o Sinistro.

26. Sinistro

É a ocorrência do Risco Coberto, durante o Período de Cobertura, que gera para o Segurado ou o Beneficiário, conforme o caso, o direito ao recebimento da Indenização, atendidas as disposições destas Condições Gerais.

27. Vigência do Seguro ou Vigência

É o período de tempo estabelecido para a duração do Seguro, abrangendo o Período de Cobertura.

CAPÍTULO III – COBERTURAS

Cláusula 4ª. As coberturas deste Seguro são aquelas definidas nas Seções I, II, III e IV deste capítulo, observado o disposto nos parágrafos a seguir.

Parágrafo 1º. **A Majoração dos Percentuais de Invalidez só poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente, e com o mesmo valor de Capital Segurado.**

Parágrafo 2º. **A Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas só poderá ser contratada junto com a Cobertura de Morte Acidental e/ou Invalidez Permanente por Acidente.**

Parágrafo 3º. **As Coberturas de Morte Acidental e Invalidez Permanente por Acidente poderão ser contratadas isoladamente.**

Seção I – Cobertura de Morte Acidental

Subseção I – Objetivo da Cobertura

Cláusula 5ª. A Cobertura de Morte Acidental garante ao Beneficiário o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do Capital Segurado estipulado na Proposta de Adesão e no Certificado de Seguro, caso ocorra a morte do Segurado por causas acidentais durante o Período de Cobertura, observado o disposto no parágrafo único desta cláusula.

Parágrafo Único. **Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula, se a morte do Segurado ocorrer por causas naturais, se resultar de Risco Excluído, nos termos da Subseção III desta seção, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização referidas no Capítulo X destas Condições Gerais ou na legislação ou regulação em vigor.**

Subseção II – Riscos Cobertos

Cláusula 6ª. Além dos casos de Acidente Pessoal, tal como definido no item 1, da Cláusula 3ª, está expressamente coberta a morte acidental decorrente de:

- I.* acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- II.* acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- III.* ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, **excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
- IV.* choque elétrico e raio;
- V.* contato acidental com substâncias ácidas ou corrosivas;

- VI. acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- VII. infecções e estados septicêmicos (infecção generalizada), quando resultantes exclusivamente de ferimento visível;
- VIII. queda n'água ou afogamento;
- IX. sequestro, tentativa de sequestro, atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana; e
- X. tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

Subseção III – Riscos Excluídos

Cláusula 7ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Morte Acidental e, por isso, não geram ao Beneficiário direito à Indenização:

- I. ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada, exceto a prática de esporte e a utilização de meio de transporte mais arriscado;***
- II. ato ilícito doloso praticado pelo Segurado, pelo Beneficiário ou representante legal de um ou de outro;***
- III. 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 delas decorrentes, exceto a prestação de serviço militar e os atos de humanidade em auxílio de outrem;***
- IV. furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;***
- V. quaisquer alterações mentais, de forma direta ou indireta, decorrentes da ação do álcool, de drogas ou entorpecentes;***
- VI. 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;***

VII. acidentes e/ou suas consequências ocorridos antes da contratação do Seguro;

VIII. acidentes em que o Segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo, seja terrestre, aéreo ou náutico;

IX. 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;

X. as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de Acidente coberto;

XI. todo e qualquer tipo de curetagem uterina;

XII. epidemia declarada por autoridade competente; e

XIII. suicídio nos primeiros 2 (dois) anos, contados a partir do início de Vigência do Seguro.

Seção II – Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente

Subseção I – Objetivo da Cobertura

Cláusula 8ª. Observado o disposto nos parágrafos desta cláusula, a cobertura de Invalidez Permanente por Acidente garante o pagamento de uma Indenização ao Segurado correspondente a um percentual do Capital Segurado relativo à Cobertura de Morte. Este percentual será determinado de acordo com a tabela contida na Cláusula 9ª destas Condições Gerais, no caso de Invalidez Permanente por Acidente Pessoal constatada e avaliada quando da alta médica definitiva, após a conclusão do tratamento ou após esgotados os recursos terapêuticos disponíveis, inclusive o tratamento fisioterápico de recuperação funcional, com alta médica, e seja definitivo o caráter de invalidez.

Subseção II – Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente

Cláusula 9ª. O valor da Indenização para a Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente será apurado mediante a aplicação dos percentuais estabelecidos na Tabela a seguir sobre o valor do Capital Segurado da Cobertura de Morte Acidental, e estará limitada a 100% (cem por cento) do valor do referido Capital:

Invalidez 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

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre o Capital Segurado
Parcial Diversas	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	

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre o Capital Segurado
	Perda total do uso de um dos dedos	
Parcial Membros Superiores	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 $\frac{1}{3}$ do valor do dedo respectivo	
	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
Parcial Membros Inferiores	Fratura não consolidada de um dos pés	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 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 $\frac{1}{2}$, e dos demais dedos, equivalente a $\frac{1}{3}$ do respectivo dedo	

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

Cláusula 10^a. Configuram a Invalidez Permanente a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por Acidente Pessoal coberto.

Parágrafo 1^o. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula, se o Acidente Pessoal resultar de Risco Excluído, nos termos da Subseção IV desta seção, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização referidas no Capítulo X destas Condições Gerais ou na legislação ou regulação em vigor.

Parágrafo 2^o. A perda, redução ou impotência funcional de um membro ou órgão, antes do início de Vigência do Seguro, não dará direito à Indenização.

Cláusula 11. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a Indenização por perda parcial será 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.

Parágrafo Único. Nos casos não especificados neste Seguro, a **Indenização** será estabelecida tomando-se por base a **diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.**

Cláusula 12. Quando do mesmo acidente resultar a invalidez permanente de mais de um membro ou órgão, a Indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, **cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado.** 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.

Cláusula 13. Para efeito do cálculo da Indenização, a perda ou a maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do Acidente Pessoal ocorrido durante o Período de Cobertura deste Seguro deverá ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

Subseção III – Riscos Cobertos

Cláusula 14. Além dos casos de Acidente Pessoal, tal como definido no item 1 da Cláusula 3^a, está expressamente coberta a Invalidez Permanente por Acidente decorrente dos Eventos contidos nos itens da Cláusula 6^a destas Condições Gerais.

Subseção IV – Riscos Excluídos

Cláusula 15. Configuram riscos excluídos da Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente e, por isso, não geram direito a Indenização:

I. os acidentes ocorridos em consequência de quaisquer dos atos e/ou operações referidos nos itens da Cláusula 7^a, exceto do suicídio;

II. 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, definido no item 1 da Cláusula 3ª;

III. perda de dentes e danos estéticos;

IV. autolesões, ou seja, mutilação do próprio corpo, e doações ou extrações de órgão que impliquem diminuição permanente da integridade física do Segurado, salvo por exigência médica; e

V. tentativa de suicídio nos primeiros 2 (dois) anos contados a partir do início de Vigência do Seguro.

Seção III – Cobertura de Reembolso de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas

Subseção I – Objetivo da Garantia

Cláusula 16. Observado o disposto nos parágrafos desta cláusula, a Cobertura prevista nesta seção garante o reembolso ao Segurado, até o limite do Capital Segurado, das despesas médicas, hospitalares e odontológicas, bem como das diárias hospitalares **decorrentes de Acidente Pessoal**, incorridas a critério médico, que o Segurado efetuar para seu restabelecimento, desde que iniciadas dentro de 30 (trinta) dias contados da data do Acidente Pessoal coberto.

Parágrafo 1º. Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

Parágrafo 2º. A Seguradora poderá estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, para facilitar a prestação de tais serviços ao Segurado.

Parágrafo 3º. As despesas efetuadas no exterior serão ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data da sua realização pelo Segurado, atualizadas monetariamente pela Seguradora de acordo com o disposto na Cláusula 45.

Cláusula 17. 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 corresponderá à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados proporcionalmente aos limites segurados para cada cobertura em todas as apólices em vigor na data do Sinistro.

Subseção II – Riscos Cobertos

Cláusula 18. Além dos casos de Acidente Pessoal, tal como definido no item 1 da Cláusula 3ª, estão expressamente cobertas as despesas médicas, hospitalares e odontológicas decorrente dos Eventos contidos nos itens da Cláusula 6ª.

Subseção III – Riscos Excluídos

Cláusula 19. Configuram riscos excluídos da Cobertura de Reembolso de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas e, por isso, não geram direito ao reembolso:

- I.** as doenças, lesões e situações que não se enquadram no conceito de Acidente Pessoal, conforme subitem 1.2 da Cláusula 3ª destas Condições Gerais;
- II.** os acidentes ocorridos em consequência de quaisquer dos atos e/ou operações referidos nos itens I, II, III, IV e VI da Cláusula 7ª destas Condições Gerais;
- III.** estados de convalescença (após a alta médica);
- IV.** despesas efetuadas com acompanhantes do Segurado; e
- V.** aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente de dentes naturais, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

Seção IV – Cobertura Facultativa de Majoração de Percentuais de Invalidez

Subseção I – Objetivo da Cobertura

Cláusula 20. A Cobertura Facultativa de Majoração de Percentuais de Invalidez garante o pagamento de uma Indenização adicional ao Segurado, no caso da Invalidez Permanente por Acidente ocasionar qualquer das lesões a seguir:

Lesão	Aumento no percentual da Indenização
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	De 15% para 100%
Perda total do uso de um dos polegares	De 18% para 100%
Anquilose total de um dos punhos	De 20% para 100%
Anquilose total de um dos ombros	De 25% para 100%

Parágrafo 1º. Esta cobertura somente poderá ser concedida se o Segurado contratar a Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente, com o mesmo valor de Capital Segurado.

Parágrafo 2º. No caso de lesões múltiplas, previstas ou não nesta cláusula, a Indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) da importância segurada para a Cobertura de Invalidez Permanente.

Seção V – Exclusão para Atos de Terrorismo

Cláusula 21. Em qualquer das coberturas de que tratam as Seções precedentes deste capítulo, não haverá garantia de pagamento de Indenização por 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.

Seção VI – Acumulação de Indenizações

Cláusula 22. As indenizações da Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente e da Cobertura de Morte Acidental não se acumulam. Assim, se depois de paga uma Indenização por invalidez permanente total ou parcial ocorrer a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora deduzirá do valor da Indenização devida em razão da morte acidental a importância já paga por invalidez permanente total ou parcial, pagando apenas a diferença, se houver.

Cláusula 23. O reembolso por despesas médicas, hospitalares e odontológicas é cumulativo com qualquer outra cobertura deste Seguro.

CAPÍTULO IV – CONTRATAÇÃO DO SEGURO

Seção I – Proposta de Adesão

Cláusula 24. Somente serão aceitas neste Seguro as pessoas que gozarem de boas condições de saúde e contarem com, no mínimo, 14 (quatorze) anos e, no máximo, 69 (sessenta e nove) anos de idade, na data da assinatura da Proposta de Adesão.

Cláusula 25. A contratação do Seguro se dará com o preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão com a Declaração Pessoal de Saúde, em formulário próprio fornecido pela Seguradora.

Seção II – Aceitação da Proposta de Adesão pela Seguradora

Cláusula 26. A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

Parágrafo 1º. Recebida a Proposta de Adesão pela Seguradora, com todos os dados exigíveis, esta será considerada integralmente aceita, caso a Seguradora sobre ela não se manifeste expressamente perante o Proponente, no prazo de 15 (quinze) dias contados do seu recebimento, explicitando o motivo da recusa.

Parágrafo 2º. **O prazo referido no parágrafo 1º será suspenso se a Seguradora solicitar a apresentação de novos documentos, quando verificar que as informações contidas na Proposta de Adesão são insuficientes para a emissão do Certificado de Seguro. A contagem do prazo somente voltará a correr a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que for protocolada a entrega da documentação solicitada.**

Parágrafo 3º. Aceita a Proposta de Adesão, a Seguradora emitirá e encaminhará ao Segurado o Certificado de Seguro.

Cláusula 27. De acordo com as informações prestadas pelo Proponente na Declaração Pessoal de Saúde, reserva-se à Seguradora o direito de adotar cláusula restritiva relativa às patologias preexistentes e suas complicações, sendo que esta restrição constará no Certificado de Seguro enviado ao Segurado.

Parágrafo Único. **Se, quando do recebimento do Certificado, o Segurado optar pelo cancelamento do Seguro, o mesmo deverá solicitá-lo expressamente à Seguradora, no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados a partir do seu recebimento, que efetuará o cancelamento e restituirá o Prêmio pago antecipadamente, no prazo de 10 (dez) dias contados da data de recebimento da solicitação do cancelamento.**

Cláusula 28. A Seguradora reservar-se o direito de exigir do Proponente exame(s) médico(s) para avaliação do risco. A negativa do Proponente em submeter-se ao(s) exame(s) autorizará a Seguradora a recusar a Proposta de Adesão.

Parágrafo Único. As doenças ou lesões de que o Segurado seja portador, quando não declaradas na Proposta de Adesão, poderão ser identificadas pela Seguradora por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive em prontuários médico-hospitalares, consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais.

Cláusula 29. Caso não aceite a Proposta de Adesão no prazo de 15 (quinze) dias, a Seguradora comunicará por escrito a recusa ao Proponente e devolverá a ele o valor do Prêmio pago antecipadamente, no prazo de 10 (dez) dias contados da data da formalização da recusa.

Parágrafo 1º. A restituição será feita por meio de cheque nominativo ou crédito na conta bancária indicada na Proposta de Adesão, desde que a referida conta seja do Proponente.

Parágrafo 2º. Em caso de mora da Seguradora, caracterizada pela não-devolução do valor pago antecipadamente após o decurso do prazo definido no *caput*, o valor será atualizado de acordo com o disposto na Cláusula 45 destas Condições Gerais. Incidirão, adicionalmente, sobre o valor, juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculados em base *pro rata* dia, da data do pagamento até a data da efetiva devolução.

CAPÍTULO V – CAPITAL SEGURADO

Seção I – Valor do Capital Segurado

Cláusula 30. O valor do Capital Segurado será aquele estipulado pelas partes, em expressão da moeda corrente nacional, no momento da contratação do Seguro, devendo constar da respectiva Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro.

Parágrafo 1º. O valor do Capital Segurado será atualizado monetariamente de acordo com o disposto na Cláusula 46.

Cláusula 31. Para efeitos de apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da ocorrência do Sinistro.

Parágrafo Único. Para os fins do disposto no *caput* desta cláusula, considera-se data de ocorrência do Sinistro:

I. Na Cobertura de Morte Acidental: a data do Acidente Pessoal;

II. Na Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente: a data do Acidente Pessoal; e

III. Na Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas: a data da realização da despesa.

Seção II – Reintegração do Capital Segurado

Cláusula 32. O Capital Segurado da Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente será automaticamente reintegrado após cada Sinistro de Invalidez Parcial Permanente por Acidente.

Parágrafo 1º. Entende-se por reintegração do Capital Segurado a recondução do seu valor máximo estipulado, sempre que for reduzido em razão da dedução de Indenização por Invalidez Permanente por Acidente parcial, decorrente de um determinado Sinistro.

Parágrafo 2º. Não haverá reintegração do Capital Segurado se, após constatada e indenizada a perda, redução ou impotência funcional parcial e permanente de um membro ou órgão, for constatada a perda, redução ou impotência funcional parcial permanente de outro membro ou órgão em decorrência do mesmo evento.

Parágrafo 3º. Também não haverá reintegração de Capital Segurado em caso de Sinistro de Invalidez Permanente por Acidente total, hipótese em que a cobertura de que trata esta cláusula será extinta.

Cláusula 33. O Capital Segurado da Cobertura de Reembolso por Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas será automaticamente reintegrado após cada Sinistro.

CAPÍTULO VI – PRÊMIO

Seção I – Valor do Prêmio

Cláusula 34. O valor do Prêmio inicial do Seguro será estabelecido conforme a idade do Segurado na data da assinatura da Proposta de Adesão e o Capital Segurado estipulado. Referido valor constará da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, em expressão da moeda corrente nacional.

Parágrafo Único. **O valor do Prêmio será atualizado monetariamente, de acordo com o disposto na Cláusula 46.**

Seção II – Pagamento do Prêmio

Cláusula 35. **O Prêmio do Seguro será custeado totalmente pelo Segurado e pago antecipadamente ao início de Vigência do Seguro.**

Cláusula 36. O pagamento do Prêmio será feito sob a forma mensal, antecipado em relação ao período de Vigência, mediante débito do respectivo valor na conta bancária, utilização de Carnê de Cobrança Bancária ou desconto em folha de pagamento, conforme opção feita pelo Segurado na sua Proposta de Adesão.

Cláusula 37. **Nos casos em que o Segurado tenha optado pelo pagamento por meio de Carnê de Cobrança Bancária ou débito em conta bancária, o pagamento da 1ª (primeira) mensalidade do Prêmio será feito no ato da assinatura da Proposta de Adesão por meio da quitação do Carnê de Cobrança Bancária, fornecido pela Seguradora, e as demais mensalidades, se aceita a Proposta de Adesão, deverão ser pagas no mesmo dia dos meses subsequentes.**

Parágrafo Único. Quando o Segurado optar por efetuar o pagamento do Prêmio por meio de consignação em folha de pagamento, o pagamento da 1ª (primeira) mensalidade e das mensalidades subsequentes será feito por meio de desconto em folha de pagamento.

Cláusula 38. Em cada Aniversário do Seguro, o pagamento do Prêmio ocorrerá no dia anterior ao do Aniversário para quitação do seu 1º (primeiro) pagamento e as demais mensalidades deverão ser pagas no mesmo dia dos meses subsequentes.

Cláusula 39. Quando a data de vencimento do Prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil subsequente.

Cláusula 40. Quando o Segurado optar por efetuar o pagamento do Prêmio por meio de débito em conta bancária, se na data do vencimento o saldo da conta bancária indicada na sua Proposta de Adesão não for suficiente para quitação do valor integral do Prêmio ou da respectiva mensalidade, ficará caracterizada a falta de pagamento, que poderá acarretar o cancelamento do seguro, conforme previsto no Capítulo XI destas Condições Gerais.

Cláusula 41. Independentemente do meio pagamento escolhido pelo Segurado, ele estará sempre obrigado a efetuar o pagamento na data prevista, podendo fazê-lo através de emissão de 2ª via do Boleto de cobrança nas agências do Banco Bradesco, nas seguintes hipóteses:

I. caso o Consignante, por motivos alheios à vontade do Segurado, não efetue o desconto dos Prêmios na folha de pagamento;

II. se o Segurado houver extraviado ou não tiver recebido novo Carnê de Cobrança Bancária; ou

III. se o Segurado não tiver saldo suficiente para o desconto do Prêmio na conta-corrente por ele indicada na Proposta de Adesão.

Cláusula 42. Se o Consignante deixar de repassar à Seguradora os Prêmios descontados da folha de pagamento do Segurado, tal fato não gerará o cancelamento do Seguro, ressalvado o direito de regresso da Seguradora contra o Consignante.

Seção III – Atraso no Pagamento do Prêmio e Prazo de Tolerância

Cláusula 43. 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, de acordo com o disposto na Cláusula 45 destas Condições Gerais.

Parágrafo 1º. No caso da ocorrência de Sinistro durante o período de 90 (noventa) dias de atraso no pagamento dos Prêmios, a Indenização será paga, nos termos destas Condições Gerais, descontados desta os valores dos Prêmios em atraso, acrescidos de juros e atualização monetária, na forma prevista no *caput* desta cláusula.

Parágrafo 2º. Transcorridos 90 (noventa) dias do vencimento do Prêmio devido e não pago, este Seguro será cancelado, na forma do Capítulo XI, sem que seja devida ao Segurado ou ao Beneficiário, conforme aplicável, a restituição proporcional de qualquer Indenização relativa a Sinistro ocorrido após o cancelamento do Seguro ou a devolução de Prêmios já pagos.

Seção IV – Regime Financeiro

Cláusula 44. 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.

CAPÍTULO VII – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

Cláusula 45. Os valores correspondentes às obrigações pecuniárias decorrentes deste Seguro, a partir da data em que se tornarem exigíveis, sujeitam-se à atualização pelo Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV).

Parágrafo Único. A atualização de que trata o *caput* desta cláusula será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele divulgado imediatamente antes da data de sua efetiva liquidação.

Cláusula 46. Os valores dos Capitais Segurados e Prêmios serão atualizados monetariamente a cada ano, no Aniversário do Seguro, com base na variação do IGPM/FGV acumulada no período de 12 (doze) meses anteriores ao mês do último índice publicado imediatamente antes da data de atualização.

Parágrafo Único. Quando a periodicidade de pagamento do Prêmio for anual, os Capitais Segurados pagáveis por morte deverão ser atualizados de acordo com o disposto no *caput*, desde a data da última atualização do Prêmio até a data e ocorrência do Evento.

Cláusula 47. 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).

CAPÍTULO VIII – DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

Seção I – Designação de Beneficiário

Cláusula 48. O Segurado poderá indicar livremente seu Beneficiário para receber o valor da Indenização no caso de morte, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula e na legislação e regulação em vigor.

Parágrafo Único. O companheiro somente poderá ser indicado como Beneficiário se, ao tempo da indicação, o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato, de acordo com o art. 793 do Código Civil.

Cláusula 49. De acordo com o disposto no art. 792 do Código Civil, na falta de indicação de Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária estabelecida no Código Civil.

Parágrafo Único. Na falta das pessoas de que trata o *caput* desta cláusula, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

Seção II – Alteração de Beneficiário

Cláusula 50. É facultado ao Segurado, em qualquer época, substituir seu Beneficiário.

Parágrafo 1º. A substituição de Beneficiário somente será eficaz perante a Seguradora, se for comunicada a ela, por escrito, antes do pagamento da Indenização.

Parágrafo 2º. Se a Seguradora não for comunicada da substituição, na forma prevista no parágrafo 1º desta cláusula, ficará desobrigada pagando o Capital Segurado ao antigo Beneficiário.

CAPÍTULO IX – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Seção I – Procedimento de Regulação e Liquidação

Cláusula 51. A Regulação e Liquidação de Sinistro é o procedimento por meio do qual a Seguradora, após recebido o aviso da ocorrência do Evento (morte acidental, invalidez total ou parcial ou realização de

despesas médicas, hospitalares e odontológicas), verifica se o mesmo configura o Sinistro e se o Segurado ou seu Beneficiário, conforme o caso, tem ou não o direito à cobertura, efetuando ou recusando o pagamento da Indenização.

Cláusula 52. O Segurado ou seu Beneficiário deverá comprovar satisfatoriamente a ocorrência do Sinistro, por meio dos documentos básicos listados na Seção II deste capítulo, bem como esclarecer todas as circunstâncias a ele relacionadas.

Parágrafo Único. Para instruir a Regulação e Liquidação de Sinistro, a Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados.

Cláusula 53. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado ou do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Cláusula 54. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

Cláusula 55. No caso de Sinistro que envolva Invalidez Permanente total ou parcial por Acidente e 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 da negativa da Indenização, 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.

Parágrafo 1º. 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.

Parágrafo 2º. A junta médica deverá ser constituída no prazo de 15 (quinze) dias a contar de protocolo da indicação do médico nomeado pelo Segurado.

Parágrafo 3º. 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 desempassador, se houver divergência.

Seção II – Comprovação do Sinistro

Cláusula 56. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado ou seu Beneficiário para a Sucursal da Seguradora ou Agência do Banco Bradesco S.A. são os seguintes:

I. Em caso de Sinistro de Morte Acidental:

- a) Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- b) cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- c) cópia da Certidão de Casamento atualizada, quando o Beneficiário for o cônjuge;
- d) Laudo de Necrópsia ou Cadavérico;
- e) cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- f) cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização;
- g) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado ou o cônjuge era o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- h) cópia do Brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o Segurado ou o cônjuge era o piloto na ocasião do acidente;
- i) cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Segurado;

- j) cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Beneficiário;
- k) cópia do Termo de Tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de Beneficiário menor, órfão de pai e mãe; e
- l) cópia da sentença judicial declaratória de ausência, devidamente registrada no Cartório de Registro de Pessoas Naturais competente, em caso de morte presumida.

II. Em caso de Sinistro por Invalidez Permanente por Acidente:

- a) Autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- b) Aviso de Alta Médica (formulário fornecido pela Seguradora);
- c) Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);
- d) cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e o Comprovante de Residência do Segurado;
- e) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- f) cópia do Brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o Segurado era o piloto na ocasião do acidente;
- g) cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), juntamente com o Aviso de Sinistro, nos casos de acidente de trabalho;
- h) cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, quando necessário;
- i) radiografia do membro atingido, se for o caso; e
- j) cópia autenticada do Termo de Curatela Definitivo, em casos de Invalidez Permanente Total com alienação mental.

III. Em caso de Sinistro por Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas:

- a) Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- b) Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);

- c) Aviso de Alta Médica (formulário fornecido pela Seguradora);
- d) cópia do RG ou Certidão de Nascimento e do CPF do Segurado;
- e) cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, quando necessário;
- f) cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), juntamente com o Aviso de Sinistro, nos casos de acidente de trabalho; e
- g) vias originais dos recibos e comprovantes de pagamentos dos honorários médicos, notas fiscais das despesas médicas, hospitalares e da remoção médica.

Seção III – Indenização

Cláusula 57. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata a seção anterior, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 1º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Segurado ou ao Beneficiário, conforme permitido pelo parágrafo único da Cláusula 52 destas Condições Gerais, o prazo de que trata o caput desta cláusula ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Segurado ou Beneficiário, conforme o caso.

Parágrafo 2º. Na hipótese de constituição de junta médica, o prazo de 30 (trinta) dias para pagamento da Indenização, se for o caso, contar-se-á a partir do dia útil subsequente à data em que a Seguradora for cientificada, por correspondência do terceiro médico desempataador, do seu diagnóstico conclusivo.

Parágrafo 3º. O pagamento será feito por meio de cheque nominativo, crédito em conta bancária ou ordem de pagamento, pagável no domicílio ou praça indicada pelo Segurado ou pelo Beneficiário, conforme o caso.

Parágrafo 4º. Em caso de mora da Seguradora, caracterizada pela falta de pagamento da Indenização devida, no prazo definido nesta seção, o Capital Segurado será atualizado de acordo com o disposto na Cláusula 45 destas Condições Gerais. Incidirão, adicionalmente, sobre o valor da Indenização, 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, de acordo com a legislação em vigor.

CAPÍTULO X – PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

Cláusula 58. Se o Segurado, por si, por seu representante ou por seu Corretor, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta de Adesão ou na taxa do Prêmio, perderá o direito à Indenização, além de ficar obrigado ao Prêmio vencido, de acordo com o disposto no art. 766 do Código Civil.

Parágrafo Único. Se a inexatidão ou omissão não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

I. Antes da ocorrência do Sinistro:

- a) cancelar o Seguro, retendo, do Prêmio originalmente pactuado as mensalidades pagas até o cancelamento; ou
- b) optar pela continuidade do Seguro, cobrando do Segurado a diferença do Prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada, comunicando-lhe acerca da restrição.

II. Após a ocorrência do Sinistro:

- a) em caso de morte do Segurado, pagar a Indenização ao Beneficiário, deduzindo do valor devido a diferença do Prêmio cabível;
- b) em caso de invalidez permanente total, pagar a Indenização ao Segurado, deduzindo do valor devido a diferença do Prêmio cabível relativo à referida cobertura e, com relação às demais coberturas, cancelar o Seguro ou, caso opte pela sua continuidade, cobrar do

Segurado a diferença do respectivo Prêmio cabível ou restringi-las para riscos futuros, informando o Segurado sobre a restrição;

- c) em caso de invalidez permanente parcial ou de reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas, pagar a Indenização ao Segurado, deduzindo do valor devido a diferença do Prêmio cabível, e cancelar o Seguro ou, caso opte pela sua continuidade, cobrar do Segurado a diferença do Prêmio cabível ou restringir as coberturas para riscos futuros, informando o Segurado sobre a restrição.

Cláusula 59. O Segurado também perderá o direito à garantia de Indenização nas seguintes situações:

I. se ele, seu representante ou seu Beneficiário descumprir quaisquer das obrigações inerentes a este Seguro;

II. se ele agravar intencionalmente o Risco Coberto;

III. se ele não comunicar por escrito a Seguradora, logo que saiba, a ocorrência de qualquer incidente suscetível de agravar o Risco Coberto;

IV. se ele ou o Beneficiário não comunicar a ocorrência do Sinistro à Seguradora, logo que o saiba;

V. se ele não tomar as providências imediatas para minorar as consequências do Sinistro; ou

VI. se ele ou o Beneficiário se recusar a apresentar os documentos solicitados pela Seguradora.

Parágrafo 1º. Ao receber do Segurado a comunicação escrita de incidente suscetível de agravar o Risco Coberto, a Seguradora poderá cancelar o Seguro, mediante comunicação escrita a ser enviada ao Segurado no prazo de até 15 (quinze) dias, contado da data do recebimento da comunicação do incidente. Se preferir, a Seguradora poderá, mediante acordo escrito com o Segurado, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença do Prêmio cabível ou restringindo a cobertura.

Parágrafo 2º. Na hipótese de cancelamento fundado no parágrafo 1º desta cláusula, se o pagamento do Prêmio for anual, haverá a devolução proporcional do valor pago, mas se o pagamento for mensal, não haverá devolução das mensalidades já pagas, sendo devidas pela Seguradora todas as mensalidades vencidas até o 30º (trigésimo) dia após a data em que receber a comunicação do cancelamento da Seguradora.

CAPÍTULO XI – CANCELAMENTO DO SEGURO

Cláusula 60. O Seguro será cancelado, sem que caiba qualquer indenização por perdas e danos às partes, nas seguintes situações:

I. com a morte do Segurado;

II. em caso de solicitação expressa do Segurado, 30 (trinta) dias antes do vencimento da mensalidade do Prêmio;

III. mediante notificação, por escrito, da Seguradora, com aviso prévio de 60 (sessenta) dias;

IV. em caso de tentativa do Segurado e/ou seu Beneficiário de impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências, necessárias para resguardar os direitos da Seguradora;

V. na ocorrência de infrações ou fraudes praticadas pelo Segurado e/ou seu Beneficiário, com o propósito de obter vantagem ilícita do Seguro;

VI. na falta de pagamento de 3 (três) Prêmios mensais consecutivos, sendo que o cancelamento ocorrerá, automaticamente, no 90º (nonagésimo) dia, contado a partir do vencimento do 1º (primeiro) Prêmio não pago; ou

VII. na falta de pagamento de 3 (três) Prêmios mensais não-consecutivos, sendo que o cancelamento ocorrerá, automaticamente, no 30º (trigésimo) dia, contado a partir do vencimento do 3º (terceiro) Prêmio não pago.

Cláusula 61. No prazo de 10 (dez) dias antes da data limite para o cancelamento do Seguro por motivo de falta de pagamento, será enviada notificação ao Segurado.

Cláusula 62. Ocorrendo o cancelamento do Seguro a pedido da Seguradora, cujo pagamento do Prêmio seja anual, este será restituído proporcionalmente, considerando-se o Período de Cobertura a decorrer.

Cláusula 63. O pagamento, pelo Segurado, de qualquer valor à Seguradora, após a data do cancelamento, não implica reabilitação do Seguro, nem gera qualquer efeito, ficando à disposição do ex-Segurado o referido valor.

CAPÍTULO XII – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

Cláusula 64. A Vigência deste Seguro é de 5 (cinco) anos, renovado automaticamente, por igual período, uma única vez, salvo se a Seguradora ou o Segurado se manifestarem contrariamente conforme disposto na Cláusula 64.

Parágrafo 1º. As renovações posteriores deverão ser efetuadas de forma expressa.

Parágrafo 2º. O início de Vigência do risco individual ocorrerá a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de pagamento da 1ª (primeira) mensalidade do Prêmio, que passa a ser a data de Aniversário do Seguro, à exceção dos casos de pagamento de Prêmio por meio de desconto na folha de pagamento, no qual o início de Vigência do risco individual ocorrerá a partir das 24 (vinte e quatro) horas do 1º (primeiro) dia do mês subsequente ao do desconto da 1ª (primeira) mensalidade do Prêmio.

Parágrafo 3º. Nos Aniversários do Seguro e nas renovações posteriores, a Seguradora emitirá novo Certificado de Seguro e o enviará ao Segurado.

Cláusula 65. Este Seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar o Seguro na data de vencimento, sem devolução de Prêmios, pagos nos termos do Seguro.

Parágrafo Único. Na hipótese prevista no *caput*, 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.

CAPÍTULO XIII – DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 66. Qualquer modificação da Apólice 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.

Cláusula 67. Não poderão ser transferidos, cedidos ou onerados pelo Segurado ou por seu Beneficiário, por qualquer forma, os direitos decorrentes deste Seguro.

Cláusula 68. A propaganda e a promoção do Seguro, por parte do Corretor ou do Estipulante, somente poderão ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições da Apólice e as normas do Seguro, ficando a Seguradora responsável pela fidelidade das informações contidas nas divulgações feitas.

Cláusula 69. Toda a responsabilidade pelo pagamento das Indenizações oriundas deste contrato é de exclusiva competência da Seguradora.

Cláusula 70. O registro deste plano na Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) não implica, por parte da referida Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

Cláusula 71. 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.

Cláusula 72. A Seguradora não poderá sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado ou do Beneficiário contra o causador do Sinistro.

Cláusula 73. Os prazos prescricionais são aqueles definidos em lei.

Cláusula 74. Este Seguro é estipulado pelo ARFAB – Clube ABS Bradesco Seguros, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 42.413.153/0001-00, que atua na qualidade de mandatário dos Segurados, nos termos do art. 21, parágrafo 2º, do Decreto-Lei nº 73/1966.

CAPÍTULO XIV – FORO

Cláusula 75. Para dirimir quaisquer dúvidas ou litígios resultantes deste Seguro, fica eleito o foro do domicílio do Segurado, com exclusão de qualquer outro.

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), 0800 701 27 04** para ligações no Brasil e **55 11 4133 9113** para ligações no exterior (a ligação poderá ser feita a cobrar).

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), (DDG) 0800 701 27 04** para ligações no Brasil e **55 11 4133 9113** para ligações no exterior (a ligação poderá ser feita a cobrar).

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 infra-estrutura 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 limita-se 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 infra-estrutura 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 cirurgias, 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 imprevisivelmente, 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;
- 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 infra-estrutura 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 do Seguro

Assistência Funeral Familiar

1. OBJETIVO

Condições Gerais

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.

1. Beneficiários do Serviço

Beneficiários do Serviço de Assistência	
	Funeral Familiar
	<ul style="list-style-type: none">• Segurado
	<ul style="list-style-type: none">• Cônjuge: cônjuge do titular na data do óbito
	<ul style="list-style-type: none">• Filhos(as)/ Enteados(as): com até 24 anos na data do óbito
	<ul style="list-style-type: none">• Natimorto(s)
	<ul style="list-style-type: none">• Filhas e Enteadas: sem limite de idade, desde que solteiras;
	<ul style="list-style-type: none">• Filhos(as)/ Enteados(as) portadores de necessidades especiais: portadores de necessidades especiais decorrentes de deficiência física ou mental, sem limite de idade, desde que dependentes financeiros permanentes do Segurado

2.2 Importante: Para Cônjuge, Filhos (as) Natimorto(s)

Enteados(as): será necessário comprovante de vínculo com o titular do seguro.

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 incluída 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 e/ou Dependentes;

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 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 e/ou Dependentes 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 Familiar 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 e/ou seus Dependentes, 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, ou o próprio.

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, ou o próprio, que será devidamente informado das providências tomadas.

7.3 Sepultamento

A Assistência providenciará o sepultamento do corpo do Segurado/Dependentes 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/Dependentes (de acordo com a modalidade de plano de Assistência Funeral contratado: item 2).

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/Dependentes (de acordo com a modalidade de plano de Assistência Funeral contratada: item 2).

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 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 (de acordo com a modalidade de Assistência Funeral contratada) 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, ou o Segurado/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 Segurado / 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

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/Dependentes, 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/Dependentes 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/Dependentes 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 e/ou Dependente 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/Dependentes;**
 - 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/Dependentes em acidente ou qualquer outra situação, qualquer que seja a sua natureza, ou, ainda, ausência do Segurado/ Dependentes 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.**
-

Esta parte não integra as Condições Gerais do Seguro.

Sorteio

Condições Gerais

1. A Bradesco Vida e Previdência S.A. adquirirá título(s) de capitalização, à sua custa, da Bradesco Capitalização S.A. e cederá os direitos de sorteio ao Segurado do ABS Total Premiável Bradesco, que receberá 12 (doze) combinações de 6 (seis) números quaisquer, não repetidos, entre 01 (zero um) e 48 (quarenta e oito), inclusive. O Segurado participará dos sorteios realizados pela Bradesco Capitalização S.A., em sua sede, na Rua Barão de Itapagipe, 225, Rio de Janeiro, às 15h do 1º (primeiro) dia útil da última semana de cada mês, com aparelhos próprios, em sessões abertas ao público, precedidas de ampla divulgação e com a presença de um representante de firma de auditoria independente. A partir do início de vigência do seguro, o Segurado receberá um certificado que dará direito a participar de um sorteio mensal, no valor apresentado na Tabela de Venda em vigor na data da contratação do seguro, deduzido o Imposto de Renda e demais impostos e tributos que incidam ou venham a incidir sobre o mesmo, desde que o Segurado esteja integralmente em dia com o pagamento do(s) prêmio(s) do seguro. A cada 12 (doze) meses, o Segurado receberá um novo certificado, substituindo o anterior.

2. O Segurado contemplado em sorteio será comunicado, após a confirmação do resultado, por meio de carta registrada com Aviso de Recebimento enviada ao endereço mencionado na proposta de seguro, no prazo máximo de 15 (quinze) dias a contar da data de realização do sorteio. Enviada a carta, se esta for devolvida por estar o endereço desatualizado, o prêmio do sorteio ficará à disposição do titular na sede da Bradesco Vida e Previdência S.A., sujeito à atualização monetária até a data do efetivo pagamento.

3. O Segurado autoriza a divulgação do resultado e o uso do seu direito de voz e imagem.

4. Ocorrendo o cancelamento do seguro, o Segurado perderá o direito de participação nos sorteios.
