

## **Vida Empresarial Modular Bradesco**

### **Seguro Coletivo de Pessoas**

**Registro do Produto na SUSEP: 15414.002914/2006-14**

### **Condições Gerais**

#### **CAPÍTULO I - OBJETIVO DO SEGURO**

**Cláusula 1ª.** O Seguro Coletivo de Pessoas Bradesco tem por objetivo garantir ao Segurado, ou ao Beneficiário se for o caso, o pagamento de Indenização em decorrência de Sinistro coberto, durante o Período de Cobertura, desde que observadas as disposições destas Condições Gerais e das Cláusulas Complementares deste Seguro.

**Cláusula 2ª.** A(s) cobertura(s) prevista(s) nas Cláusulas Complementares deste Seguro são válidas para Sinistro ocorrido 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 ou a invalidez permanente total ou parcial 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 Osteo-musculares 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 item 1.1.**

## **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**

É o documento emitido pela Seguradora, que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo Estipulante por meio da Proposta de Contratação.

## **4. Beneficiário**

É a pessoa designada pelo Segurado para receber a Indenização deste Seguro no caso de morte do Segurado.

## **5. Capital Segurado**

É o valor máximo estipulado na Apólice 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. Cláusulas Complementares**

São as cláusulas que especificam as condições e os limites da(s) cobertura(s) oferecida(s) por este Seguro e contratada(s) pelo Estipulante.

## **8. Condições Contratuais**

É o conjunto das disposições que regem este Seguro, compreendendo as disposições destas Condições Gerais, das Cláusulas Complementares da(s) cobertura(s) contratada(s) pelo Estipulante, das Propostas de Contratação e Adesão, da Apólice e do Certificado de Seguro.

## **9. Condições Gerais**

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

## **10. 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.

## **11. 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 as de seu cônjuge, quando for o caso, 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.

## **12. Doenças ou Lesões Preexistentes e suas Consequências**

São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado antes da data de adesão ao 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.

## **13. Estipulante**

É a pessoa jurídica que propõe a contratação do Seguro.

## **14. Evento**

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

## **15. Grupo Segurado**

É o conjunto de pessoas físicas vinculadas ao Estipulante e efetivamente aceitas e incluídas neste Seguro.

## **16. Grupo Segurável**

É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante e que reúnem as condições para inclusão neste Seguro,

## **17. Indenização**

É o valor que a Seguradora paga ao Segurado, ou ao Beneficiário em caso de ocorrência de Sinistro coberto por este Seguro.

## **18. Índice de Atualização Monetária**

É o índice de preços adotado para fins de atualização monetária dos valores referentes a este Seguro.

## **19. Período de Cobertura**

É o intervalo de tempo, compreendido na Vigência do Seguro, durante o qual a ocorrência do Sinistro coberto gera para o Segurado, ou o Beneficiário conforme o caso, o direito à Indenização da(s) cobertura(s) prevista(s) na(s) Cláusula(s) Complementar(es) deste Seguro.

## **20. Prêmio do Seguro ou Prêmio**

É o valor pago pelo Segurado e/ou pelo Estipulante à Seguradora para custear este Seguro.

## **21. Proponente**

É a pessoa física vinculada ao Estipulante e interessada em contratar este Seguro, que passará à condição de Segurado uma vez aceita sua Proposta de Adesão pela Seguradora.

## **22. Proposta de Adesão**

É o documento preenchido e assinado pelo Proponente, por meio do qual expressa a sua intenção de aderir a este Seguro e faz sua Declaração Pessoal de Saúde, manifestando pleno conhecimento das Condições Gerais do Seguro, e que é submetido à Seguradora para análise do risco.

## **23. Proposta de Contratação**

É o documento preenchido e assinado pelo Estipulante, com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, por meio do qual ele expressa a sua intenção de contratar a(s) cobertura(s) deste Seguro, para o fim de garantir os interesses das pessoas físicas integrantes do Grupo Segurável.

## **24. Risco Coberto**

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

## **25. Riscos Excluídos**

**São os Eventos previstos nestas Condições Gerais e nas Cláusulas Complementares, como riscos não cobertos pelo Seguro.**

## **26. 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(s) cobertura(s) deste Seguro, nos termos destas Condições Gerais e das Cláusulas Complementares.

## **27. Segurado**

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

## **28. Seguro**

É este contrato, regido pelas Condições Contratuais, por meio do qual a Seguradora, mediante

recebimento do Prêmio, obriga-se a garantir a(s) cobertura(s) contratada(s), pagando a Indenização ao Segurado, ou ao Beneficiário em caso de morte do Segurado, caso ocorra o Sinistro.

## **29. Sinistro**

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

## **30. Vigência do Seguro ou Vigência**

É o período de tempo estabelecido para a duração do Seguro.

## **CAPÍTULO III - COBERTURAS**

**Cláusula 4ª.** A(s) cobertura(s) oferecida(s) por este Seguro e contratada(s) pelo Estipulante encontra(m)-se disciplinada(s) na(s) Cláusula(s) Complementar(es), que faz(em) parte integrante e complementar destas Condições Gerais.

**Parágrafo 1º.** Não haverá garantia de Indenização por qualquer das coberturas deste Seguro, se o Evento resultar de Risco Excluído previsto no Capítulo IV destas Condições Gerais, 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 2º.** Sem prejuízo do disposto no parágrafo 1º desta cláusula, também não haverá garantia de Indenização por determinada cobertura contratada, se o Evento resultar de Risco Excluído previsto nas respectivas Cláusulas Complementares, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito ali consignadas.

## **CAPÍTULO IV- RISCOS EXCLUÍDOS**

**Cláusula 5ª.** Configuram Riscos Excluídos da(s) Cobertura(s) deste Seguro e, por isso, não geram 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(s) Beneficiário(s) 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 pela autoridade competente; e**

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

**Parágrafo 1º.** Para efeito das coberturas decorrentes de Acidente Pessoal, além dos eventos de que trata o *caput* desta cláusula, configuram Riscos Excluídos:

**I – quaisquer alterações mentais, de forma direta ou indireta, decorrentes da ação do álcool, de drogas ou entorpecentes;**

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

**III - acidentes e/ou suas consequências ocorridos antes da contratação do Seguro;**

**IV - todo e qualquer tipo de curetagem uterina; e**

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

**Parágrafo 2º.** Adicionalmente aos eventos previstos no *caput* e parágrafo 1º desta cláusula, as cláusulas complementares disporão sobre os Riscos Excluídos específicos de cada cobertura, se for o caso.

**Cláusula 6ª.** Em quaisquer das coberturas oferecidas por este Seguro, 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 V - CONTRATAÇÃO DO SEGURO**

### **Seção I – Da Proposta de Contratação**

**Cláusula 7ª.** A contratação deste Seguro dar-se-á com a aceitação da Proposta de Contratação.

**Parágrafo único.** Após a assinatura da Proposta de Contratação, a Seguradora emitirá a Apólice de Seguro e a enviará ao Estipulante.

### **Seção II - Da Proposta de Adesão do Segurado**

**Cláusula 8ª.** Somente serão aceitas neste Seguro as pessoas do Grupo Segurável que gozarem de boas condições de saúde, encontrarem-se em plena atividade profissional e contarem com, no mínimo, 14 (quatorze) e, no máximo, 65 (sessenta e cinco) anos de idade na data de assinatura da Proposta de Adesão.

**Parágrafo 1º.** Para efeito das Coberturas decorrentes exclusivamente de Acidente Pessoal, somente serão aceitas neste Seguro as pessoas que contarem com, no mínimo, 14 (quatorze) e, no máximo, 70 (setenta) anos de idade na data de assinatura da Proposta de Adesão,

observado, ainda, o disposto no *caput* desta cláusula.

**Cláusula 9ª.** A solicitação de adesão das pessoas do Grupo Segurável ao 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 e a ser entregue a ela para análise do risco.

### **Seção III - Aceitação da Proposta de Adesão pela Seguradora**

**Cláusula 10ª.** 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, se a Seguradora sobre ela não se manifestar expressamente perante o Proponente, o que poderá ser feito por meio do Estipulante, no prazo de 15 (quinze) dias, contado do seu recebimento, explicitando o motivo da recusa.

**Parágrafo 2º.** O prazo referido no parágrafo primeiro será suspenso se a Seguradora verificar que as informações contidas na Proposta de Adesão são insuficientes para a emissão do Certificado de Seguro e solicitar a apresentação de novos documentos e/ou informações. A contagem do prazo voltará a correr a partir da data em que for protocolada na Seguradora a entrega da documentação e/ou informação solicitada.

**Parágrafo 3º.** Aceita a Proposta de Adesão, a Seguradora emitirá e encaminhará ao Segurado o Certificado de Seguro, podendo fazê-lo na pessoa do Estipulante.

**Cláusula 11ª.** 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 12ª.** Caso não aceite a Proposta de Adesão, a Seguradora comunicará por escrito a recusa ao Proponente, o que poderá ser feito por meio do Estipulante, no prazo de até 15 (quinze) dias contado do recebimento da Proposta, e devolverá a ele o valor do Prêmio pago antecipadamente, no prazo de até 10 (dez) dias contado 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 25ª 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 VI - CAPITAL SEGURADO**

**Cláusula 13ª.** O Capital Segurado de cada uma das coberturas contratadas será aquele estipulado

na Proposta de Contratação do Seguro entre o Estipulante e a Seguradora e seu valor deverá constar da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro.

**Parágrafo único. O valor do Capital Segurado será atualizado monetariamente ou recalculado conforme disposto na cláusula 26<sup>a</sup> destas Condições Gerais.**

**Cláusula 14<sup>a</sup>.** Para efeitos de apuração do valor da Indenização ou do reembolso será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da ocorrência do Sinistro, conforme definido nas Cláusulas Complementares em relação a cada cobertura.

## **CAPÍTULO VII - PRÊMIO**

### **Seção I - Valor do Prêmio**

**Cláusula 15<sup>a</sup>.** O Prêmio inicial do Seguro será estabelecido na Proposta de Contratação do Seguro entre o Estipulante e a Seguradora e seu valor constará da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

**Parágrafo único. O valor do Prêmio será atualizado monetariamente conforme disposto na cláusula 26<sup>a</sup> destas Condições Gerais.**

### **Seção II - Pagamento do Prêmio**

**Cláusula 16<sup>a</sup>.** O Prêmio do Seguro será custeado pelo Segurado e/ou pelo Estipulante, conforme estabelecido na Proposta de Contratação.

**Cláusula 17<sup>a</sup>.** Quando o custeio do Seguro for compartilhado entre Estipulante e Segurados, a parcela do Prêmio de responsabilidade dos Segurados será recolhida pelo Estipulante, mediante desconto em folha de pagamento ou outro meio estabelecido entre Estipulante e Segurados, e repassada à Seguradora nos prazos estabelecidos na Proposta de Contratação.

**Cláusula 18<sup>a</sup>.** O pagamento do Prêmio será feito sob a forma mensal ou anual, conforme estabelecido na Proposta de Contratação.

**Cláusula 19<sup>a</sup>.** 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 20<sup>a</sup>.** Quando o Estipulante optar por efetuar o pagamento do Prêmio por meio de débito em conta, se na data do vencimento o saldo da conta bancária indicada na sua Proposta de Contratação não for suficiente para quitação do valor integral do Prêmio, ficará caracterizada a falta de pagamento, que poderá acarretar o cancelamento da cobertura, conforme previsto no Capítulo XII destas Condições Gerais.

**Cláusula 21<sup>a</sup>.** Independentemente do meio de pagamento estabelecido, o Segurado estará sempre obrigado a efetua-lo na data prevista, através de ordem de pagamento bancária ou vale-postal, nas seguintes hipóteses:

**I - caso o Estipulante, 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 22ª.** Se o Estipulante deixar de repassar à Seguradora os Prêmios descontados do Segurado em folha de pagamento, tal fato não gerará o cancelamento da Apólice se não persistir por prazo igual ou superior a 90 (noventa dias) de atraso, consecutivos ou não, ressalvado o direito de regresso da Seguradora contra o Estipulante.

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

**Cláusula 23ª.** Qualquer pagamento em atraso dentro do prazo de 90 (noventa) dias, consecutivos ou não 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 25ª 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 e das cláusulas complementares que oferecerem a cobertura para o Sinistro, descontados do respectivo valor 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, consecutivos ou não do vencimento do Prêmio devido e não pago, este Seguro será cancelado, na forma do Capítulo XII, sem que seja devida ao Segurado ou ao seu Beneficiário, qualquer Indenização proporcional relativa a Sinistro ocorrido após o cancelamento do Seguro ou a devolução de Prêmios já pagos.

### **Seção IV – Regime Financeiro**

**Cláusula 24ª.** Este Seguro está estruturado sob o regime financeiro de Repartição Simples, que não contempla, em quaisquer das Coberturas previstas nas Cláusulas Complementares, o resgate ou a devolução dos Prêmios pagos.

## **CAPÍTULO VIII - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA**

**Cláusula 25ª.** 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 publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

**Cláusula 26ª.** 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.** Alternativamente ao critério de atualização previsto no *caput*, os valores de Capitais Segurados e Prêmios poderão ser recalculados em função de alterações de salário ou proventos dos Segurados, de acordo com o que dispuser a Proposta de Contratação.

**Cláusula 27ª.** 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). Na falta, extinção ou proibição do uso deste índice, será adotado o índice oficial que o substituí-lo.

## **CAPÍTULO IX – DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS**

### **Seção I – Designação de Beneficiário**

**Cláusula 28ª.** 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 1º.** 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 artigo 793 do Código Civil.

**Parágrafo 2º.** Havendo mais de um Beneficiário e não tendo o Segurado estabelecido o percentual do Capital Segurado correspondente a cada um, o respectivo valor será rateado entre eles em partes iguais.

**Cláusula 29ª.** De acordo com o disposto no artigo 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 30ª.** É facultado ao Segurado, em qualquer época, substituir seu Beneficiário.

**Cláusula 31ª.** A substituição de Beneficiário somente será eficaz perante a Seguradora, se for comunicada a ela, por escrito, antes do pagamento da Indenização.

**Parágrafo único.** Se a Seguradora não for comunicada da substituição, na forma prevista no *caput*, ficará desobrigada pagando o Capital Segurado ao antigo Beneficiário.

## **CAPÍTULO X - REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO**

### **Seção I - Procedimento de Regulação e Liquidação**

**Cláusula 32ª.** A Regulação e Liquidação de Sinistro é o procedimento por meio do qual a Seguradora, após recebido o aviso da ocorrência do Evento, 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 33ª.** O Segurado ou seu Beneficiário deverá comprovar satisfatoriamente a ocorrência do Sinistro, por meio dos documentos básicos listados nas Cláusulas Complementares que oferecem a cobertura para o Sinistro em causa, 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 nas Cláusulas Complementares.

**Cláusula 34ª.** 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 35ª.** As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

**Cláusula 36ª.** Na Regulação e Liquidação de Sinistro também deverão ser observados os procedimentos específicos para cada cobertura contratada, previstos nas respectivas Cláusulas Complementares.

## **Seção II - Pagamento da Indenização**

**Cláusula 37ª.** Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida com base neste Seguro, contado a partir do recebimento, pela Seguradora, de toda a documentação básica 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 33ª, 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.

**Parágrafo 2º.** Também deverá ser observado, com relação ao início da contagem do prazo de 30 (trinta) dias para pagamento da Indenização, as disposições das Cláusulas Complementares.

**Cláusula 38ª.** 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 único.** 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 25ª 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.

**Cláusula 39ª.** A Seguradora não estará obrigada ao pagamento da Indenização nos termos pleiteados pelo Segurado, quando este recusar-se a submeter-se aos exames solicitados pela

**Seguradora, ou quando este ou o Beneficiário, conforme o caso, não apresentar os documentos solicitados, indispensáveis à comprovação da existência ou não do Sinistro.**

## **CAPÍTULO XI – DA PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO**

**Cláusula 40ª. 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 artigo 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, a parcela proporcional ao tempo decorrido, em se tratando de Prêmio anual, ou as mensalidades pagas até o cancelamento, em se tratando de Prêmio mensal; ou
- b) optar pela continuidade do Seguro, cobrando do Segurado a diferença de Prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada, comunicando-lhe acerca da restrição.

### **II - Após a ocorrência do Sinistro, com pagamento parcial do Capital Segurado:**

- a) cancelar o Seguro após o pagamento da Indenização, retendo do respectivo valor a diferença de Prêmio cabível, calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- b) optar pela continuidade do Seguro, cobrando do Segurado a diferença de Prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao Beneficiário, conforme aplicável, ou restringindo a(s) cobertura(s) contratada(s) para riscos futuros, comunicando-lhe acerca da restrição.

**III - Após a ocorrência de Sinistro, com pagamento integral do Capital Segurado, pagar a Indenização, deduzindo do valor devido a diferença de Prêmio cabível.**

**Cláusula 41ª. O Segurado também perderá o direito à garantia de Indenização em qualquer das seguintes situações:**

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

**II - se agravar intencionalmente o Risco Coberto;**

**III - se não comunicar por escrito à 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 não tomar as providências imediatas para minorar as consequências do Sinistro;**

**VI - se ele ou o Beneficiário se recusar a apresentar os documentos e informações solicitados**

pela Seguradora; ou

**VII - nas situações previstas expressamente nas Cláusulas Complementares como hipótese de perda do direito à indenização relativa à respectiva cobertura.**

**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(s) cobertura(s).**

**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 pelo Segurado todas as mensalidades vencidas até o 30º (trigésimo) dia após a data em que receber a comunicação do cancelamento da Seguradora.**

## **CAPÍTULO XII - CANCELAMENTO DO SEGURO**

**Cláusula 42ª. O Seguro será cancelado, sem que caiba qualquer indenização por perdas e danos às partes pelo seu cancelamento, 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 - a qualquer tempo, mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante, com a anuência prévia e expressa dos Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado;**

**IV - em caso de tentativa do Estipulante, 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 Estipulante, 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 ou não, sendo que o cancelamento ocorrerá, automaticamente, após o 30º dia contado a partir do vencimento do 3º (terceiro) Prêmio não pago.**

**VII - com o término do vínculo entre o Segurado e o Estipulante; ou**

**VIII – com o encerramento das atividades do Estipulante.**

**Parágrafo 1º. O cônjuge incluído no Seguro terá seu risco individual cancelado nas seguintes situações:**

- a) cancelamento do Certificado do Segurado;
- b) quando o Segurado deixar de fazer parte do Grupo Segurado;
- c) quando ocorrer a sua morte;
- d) com a morte do Segurado;
- e) em caso de separação judicial ou divórcio com o Segurado; ou
- f) em caso de cancelamento de sua inscrição, quando se tratar de companheiro.

**Parágrafo 2º. O(s) filho(s) incluído(s) no Seguro terá(ão) seu(s) risco(s) individual(is) cancelado(s) nas seguintes situações:**

- a) cancelamento do Certificado do Segurado;
- b) em caso de morte do(s) filho(s);
- c) com a morte do Segurado;
- d) quando o Segurado deixar de fazer parte do Grupo Segurado; ou
- e) quando ocorrer a cessação da sua condição de dependente do Segurado, na forma da legislação em vigor.

**Cláusula 43ª.** 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 e ao Estipulante.

**Cláusula 44ª.** O pagamento, pelo Segurado e/ou Estipulante, 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 e/ou Ex-Estipulante o referido valor.

## **CAPÍTULO XIII - VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO**

### **Seção I - Vigência, Recondução e Renovação da Apólice**

**Cláusula 45ª.** A Apólice terá vigência por prazo determinado de 1 (um) ano, podendo ser reconduzida automaticamente, por igual período, uma única vez, exceto se qualquer das partes comunicar por escrito à outra seu desinteresse na recondução, no mínimo 60 (sessenta) dias antes da data do término da vigência.

**Parágrafo único.** Se a Seguradora não tiver interesse na recondução da Apólice, também deverá comunicar os Segurados sobre a decisão, no mesmo prazo estabelecido no caput.

**Cláusula 46ª.** Este Seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice no vencimento da Vigência, sem obrigação de devolver os Prêmios pagos nos termos da Apólice.

**Parágrafo único.** As renovações da Apólice deverão ser efetuadas de forma expressa.

**Cláusula 47ª.** Não havendo recondução, nem concordância entre as partes quanto à

renovação da Apólice, o Seguro se extinguirá de pleno direito ao final de sua vigência, sem que caiba a devolução dos Prêmios pagos.

## **Seção II - Vigência do Risco Individual**

**Cláusula 48ª.** A vigência do risco individual, assim entendida a vigência do Seguro relativamente a cada Segurado, terá início a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data do protocolo de recebimento da Proposta de Adesão na Seguradora e cessará com o término da vigência da Apólice, salvo hipótese de cancelamento do Seguro, nos termos do Capítulo XIV destas Condições Gerais.

## **CAPÍTULO XIV - OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE**

**Cláusula 49ª.** São obrigações do Estipulante:

**I - Fornecer à Seguradora todas as informações e documentos solicitados e necessárias à análise e aceitação do risco, incluindo dados cadastrais e informações e documentos relativos aos Proponentes;**

**II - Remeter à Seguradora as Propostas de Adesão devidamente preenchidas e assinadas e entregar aos Segurados o Certificado Individual;**

**III - Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza dos riscos cobertos, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em Sinistro, de acordo com as condições contratuais do Seguro;**

**IV - fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Seguro;**

**V - Disponibilizar aos proponentes, no momento da adesão ao Seguro, cópia da Proposta de Contratação e destas Condições Gerais com a(s) Cláusula(s) Complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s);**

**VI - Discriminar explicitamente no documento de cobrança dos Prêmios o respectivo, a denominação da Seguradora e a informação de que o não pagamento do Prêmio poderá ocasionar o cancelamento do Seguro;**

**VII - Repassar os Prêmios à Seguradora, no prazo estabelecido no Contrato;**

**VIII - Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice;**

**IX - Discriminar a razão social e o nome fantasia da Seguradora nos documentos e comunicações referentes ao Seguro;**

**X - Comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de quaisquer Sinistros, ou expectativa de Sinistro, referente ao Grupo Segurado, assim que deles tiver conhecimento;**

**XI - Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos para liquidação de Sinistros;**

**XII - Comunicar à Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido, bem como quaisquer procedimentos que considerar irregulares relativos ao Seguro;**

**XIII - Obter anuência expressa dos Segurados que representem, no mínimo,  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do Grupo Segurado, para os casos de rescisão, renovação ou alteração do Seguro que implique em ônus ou dever adicional aos Segurados; e**

**XIV - Cumprir e fazer cumprir todas as obrigações previstas no Contrato e nestas Condições Gerais e Cláusula(s) Complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s), com observância dos prazos estabelecidos, conforme o caso;**

**Parágrafo único. A falta de repasse dos Prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, sujeitará o Estipulante às cominações legais.**

**Cláusula 50ª. É vedado ao Estipulante:**

**I - Cobrar dos segurados quaisquer valores relativos ao Seguro, além dos especificados pela Seguradora;**

**II - fazer propaganda e promoção do Seguro sem a anuência prévia e por escrito da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao Seguro;**

## **CAPÍTULO XV - DISPOSIÇÕES GERAIS**

**Cláusula 51ª.** Quaisquer alterações pretendidas no Seguro serão realizadas por aditivo, com a concordância expressa e escrita do Estipulante, e serão ratificadas pelo correspondente endosso.

**Parágrafo único.** Qualquer modificação da Apólice que implique em alteração do valor dos Prêmios, 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 52ª.** Não poderão ser transferidos, cedidos ou onerados pelo Segurado ou por seu Beneficiário, por qualquer forma, os direitos decorrentes deste Seguro.

**Cláusula 53ª.** 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 o Estipulante responsável pela fidelidade das informações contidas nas divulgações feitas.

**Cláusula 54ª.** Toda a responsabilidade pelo pagamento das Indenizações oriundas deste contrato é de exclusiva competência da Seguradora.

**Cláusula 55ª.** O registro deste plano na Superintendência de Seguros Privados - SUSEP não implica, por parte da referida Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

**Cláusula 56ª.** O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

**Cláusula 57ª.** A Seguradora não poderá sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado ou do Beneficiário contra o causador do Sinistro.

**Cláusula 58ª.** Os prazos prescricionais são aqueles definidos em lei.

## **CAPÍTULO XVI - DO FORO**

**Cláusula 59ª.** Para dirimir quaisquer dúvidas ou litígios resultantes deste Seguro, fica eleito o foro do domicílio do Segurado, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, ressalvado o disposto na Proposta de Contratação com relação a eventuais litígios entre Seguradora e o Estipulante.

### **Vida Empresarial Modular Bradesco**

### **Seguro Coletivo de Pessoas**

**Registro do Produto na SUSEP: 15414.002914/2006-14**

### **Cláusulas Complementares**

<b>CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DA COBERTURA DE MORTE</b>
---

## **CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA**

**Cláusula 1ª.** Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Beneficiário o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do respectivo Capital Segurado estipulado na Proposta de Contratação e constante da Proposta de Adesão e do 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 previsto no Capítulo IV das Condições Gerais, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

## **CAPÍTULO II - RISCOS EXCLUÍDOS**

**Cláusula 2ª.** Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Morte e, por isso, não geram ao Beneficiário direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

## **CAPÍTULO III - DA INDENIZAÇÃO E DA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO**

**Cláusula 3ª.** Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da morte do Segurado.

**Cláusula 4ª.** Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Beneficiário à Sucursal da Seguradora ou Agência do Banco Bradesco S.A., são os seguintes:

I - Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);

II - cópia da Certidão de Óbito do Segurado;

III - cópia da Certidão de Casamento atualizada, quando o

Beneficiário for o cônjuge, ou em caso de morte do cônjuge;

IV - Declaração de *Causa Mortis* (formulário fornecido pela Seguradora) em caso de morte natural;

V - cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso; VI

- Laudo de Necrópsia ou Cadavérico;

VII - cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização;

VIII - cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;

IX - cópia do Brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o Segurado era o piloto na ocasião do acidente;

X - cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Segurado ou do cônjuge;

XI - cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Beneficiário, em caso de morte do Segurado;

XII - 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

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

**Parágrafo 1o.** A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

**Parágrafo 2º.** 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 esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

**Parágrafo 3º.** Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

#### **CAPÍTULO IV - CONTRATAÇÃO**

**Cláusula 5ª.** A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro.

#### **CAPÍTULO V - DISPOSIÇÕES GERAIS**

**Cláusula 6ª.** Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Cobertura de Morte todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

## CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

### CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

**Cláusula 1ª.** Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Beneficiário o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do respectivo Capital Segurado estipulado na Proposta de Contratação e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, caso ocorra a morte do Segurado por causas **exclusivamente acidentais** durante o Período de Cobertura, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

**Parágrafo 1º.** Para efeito desta Cobertura de Morte Acidental, considera-se Acidente Pessoal 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 Osteo-musculares 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 item 1.1.

**Parágrafo 2º.** Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula se a morte do Segurado, mesmo que decorrente de causa acidental, resultar de qualquer dos Riscos Excluídos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

## **CAPÍTULO II - RISCOS COBERTOS**

**Cláusula 2ª.** Além dos casos de Acidente Pessoal, tal como definido na cláusula 1ª, 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.

## **CAPÍTULO III - RISCOS EXCLUÍDOS**

**Cláusula 3ª.** Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Morte Acidental e, por isso, não geram ao Beneficiário direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

## **CAPÍTULO IV - DA INDENIZAÇÃO E DA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO**

**Cláusula 4ª.** Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do Acidente Pessoal.

**Cláusula 5ª.** Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Beneficiário para a Sucursal da Seguradora ou Agência do Banco Bradesco S.A., são os seguintes:

I - Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);

II - cópia da Certidão de Óbito do Segurado;

III - cópia da Certidão de Casamento atualizada, quando o Beneficiário for o cônjuge, ou em caso de

morte do cônjuge;

IV - cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso; V -

Laudo de Necrópsia ou Cadavérico;

VI - cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização;

VII - cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;

VIII - cópia do Brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o Segurado era o piloto na ocasião do acidente;

IX - cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Segurado ou do cônjuge;

X - cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Beneficiário, em caso de morte do Segurado;

XI - 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

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

**Parágrafo 1o.** A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

**Parágrafo 2º.** 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 esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

**Parágrafo 3º.** Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

## **CAPÍTULO V - CONTRATAÇÃO**

**Cláusula 6ª.** A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com a Cobertura de Morte deste Seguro.

## **CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES GERAIS**

**Cláusula 7ª.** Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Cobertura de Morte Acidental todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE
--

## CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

**Cláusula 1ª.** Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de uma Indenização correspondente a um percentual do valor do Capital Segurado estipulado na Proposta de Contratação e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, caso ocorra a invalidez permanente total ou parcial do Segurado por causas **exclusivamente acidentais** durante o Período de Cobertura, desde que a invalidez permanente seja devidamente constatada e avaliada quando da alta médica definitiva, após a conclusão do tratamento e após esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis.

**Parágrafo 1º.** Para efeito desta Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente, considera-se Acidente Pessoal 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 invalidez permanente total ou parcial 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 Osteo-musculares 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 item 1.1.

**Parágrafo 2º.** Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula se a invalidez permanente do Segurado, mesmo que decorrente de Acidente Pessoal, resultar de qualquer dos Riscos Excluídos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

**Parágrafo 3º. A perda, redução ou impotência funcional de um membro ou órgão, antes do início de Vigência do Seguro, não dará direito à Indenização.**

**Cláusula 2ª.** O Capital Segurado desta cobertura será automaticamente reintegrado após cada Sinistro de invalidez permanente acidental parcial.

**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 acidental 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 acidental total, hipótese em que a cobertura de que trata esta cláusula será extinta.

## **CAPÍTULO II - RISCOS COBERTOS**

**Cláusula 3ª.** Além dos casos de Acidente Pessoal, tal como definido na cláusula 1ª, está expressamente coberta a Invalidez Permanente por Acidente 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.

### CAPÍTULO III - RISCOS EXCLUÍDOS

**Cláusula 4ª.** Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente e, por isso, não geram ao Segurado direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

### CAPÍTULO IV - DA INDENIZAÇÃO E DA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

**Cláusula 5ª.** O valor da Indenização para a Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente será apurado mediante a aplicação dos percentuais estabelecidos na Tabela abaixo sobre o valor do Capital Segurado estabelecido para esta Cobertura, e estará limitada a 100% (cem por cento) do valor do referido Capital:

<b>Invalidez Permanente</b>	<b>Discriminação</b>	<b>% sobre a Importância Segurada</b>
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 já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não-consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25

<b>Invalidez Permanente</b>	<b>Discriminação</b>	<b>% sobre a Importância Segurada</b>
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	
Parcial Membros Superiores	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
Parcial Membros Inferiores	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não-consolidada de um fêmur	50
	Fratura não-consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não-consolidada da rótula	20
	Fratura não-consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre a Importância Segurada
Parcial Membros Inferiores	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo: indenização equivalente a 1/2 , e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	15
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	– de 5 (cinco) centímetros ou mais	10
	– de 4 (quatro) centímetros	6
	– de 3 (três) centímetros	sem indenização
	– menos de 3 (três) centímetros	

**Cláusula 6ª.** 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 1º.** A perda, redução ou impotência funcional de um membro ou órgão, antes do início de Vigência do Seguro, não dará direito à Indenização.

**Parágrafo 2º.** Para efeitos de apuração do valor da Indenização, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do Acidente Pessoal.

**Cláusula 7ª.** 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 1º.** Nos casos não especificados nesta cláusula complementar, a Indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

**Parágrafo 2º.** 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 8ª.** 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.

**Cláusula 9ª.** Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado para a Sucursal da Seguradora ou Agência do Banco Bradesco S.A. são os seguintes:

I - Autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);

II - Aviso de Alta Médica (formulário fornecido pela Seguradora);

III - Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);

IV - cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e o Comprovante de Residência do Segurado;

V - cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;

VI - cópia do Brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o Segurado era o piloto na ocasião do acidente;

VII - cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), juntamente com o Aviso de Sinistro, nos casos de acidente de trabalho;

VIII - cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, quando necessário;

IX - radiografia do membro atingido, se for o caso; e

X - cópia autenticada do Termo de Curatela Definitivo, em casos de invalidez permanente total com alienação mental.

**Parágrafo 1º.** A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

**Parágrafo 2º.** 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 esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

**Parágrafo 3º.** Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

**Cláusula 10ª.** 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 11ª.** As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

**Cláusula 12ª** No caso de Sinistro que envolva Invalidez Permanente 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 data da contestação do Segurado, 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 desempatador, se houver divergência.

**Cláusula 13ª.** 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 desempatador, do seu diagnóstico conclusivo.

## **CAPÍTULO V - CONTRATAÇÃO**

**Cláusula 14ª.** A cobertura de que trata esta cláusula complementar não poderá ser contratada isoladamente, devendo ser combinada com a Cobertura de Morte e/ou Morte Acidental deste Seguro.

## **CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES GERAIS**

**Cláusula 15ª.** Além das disposição desta cláusula complementar, aplicam-se à cobertura de Invalidez Permanente por Acidente todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

<b>CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA</b>
---

**CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA**

**Cláusula 1ª.** Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de uma Indenização em caso de invalidez funcional permanente total consequente de doença, que acarrete a perda da sua existência independente.

**Parágrafo 1º.** Para os efeitos do disposto no *caput* desta cláusula, a "perda da existência independente do Segurado" é caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado, comprovado na forma definida nestas cláusulas complementares.

**Parágrafo 2º.** Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula:

**I - se a Invalidez Funcional Permanente e Total do Segurado for consequente de Acidente Pessoal e não de doença;**

**II – se a doença que causar a Invalidez Funcional Permanente e Total do Segurado resultar de ou configurar qualquer dos Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais como Riscos Excluídos;**

**III - ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização referidas nas Condições Gerais ou na legislação ou regulação em vigor.**

**CAPÍTULO II – DAS DEFINIÇÕES**

**Cláusula 2ª.** Além dos termos definidos no Capítulo II das Condições Gerais do Seguro, as palavras relacionadas abaixo, quando aparecerem no texto destas cláusulas complementares 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. **Agravo Mórbido** - piora de uma doença
2. **Alienação Mental** - distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o Segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.
3. **Aparelho Locomotor** - Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.
4. **Atividade Laborativa** - qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.
5. **Auxílio** - ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

6. **Ato Médico** – procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
7. **Cardiopatia Grave** – doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.
8. **Cognição** – conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, a classificação, no reconhecimento etc.
9. **Conectividade com a Vida** – capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.
10. **Consumpção** – definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
11. **Dados Antropométricos** – no caso da Cobertura por Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.
12. **Deambular** – ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.
13. **Declaração Médica** – documento elaborada na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
14. **Deficiência Visual** – qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
15. **Disfunção Imunológica** – incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
16. **Doença Crônica** – Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
17. **Doença Crônica em Atividade** – Doença Crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
18. **Doença Crônica de Caráter Progressivo** – Doença Crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
19. **Doença do Trabalho** – aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida através de perícia médica previdenciária, onde há confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).
20. **Doença em Estágio Terminal** – aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
21. **Doença Neoplásica Maligna Ativa** – crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores

malignos em atividade.

22. **Doença Profissional** – aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.
23. **Estados Conexos** – representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
24. **Etiologia** – causa de cada doença.
25. **Fatores de Risco e Morbidade** – aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
26. **Hígido** – saudável.
27. **Médico Assistente** – médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
28. **Prognóstico** – juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
29. **Quadro Clínico** – conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
30. **Recidiva** – reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
31. **Refratariedade Terapêutica** - incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.
32. **Relações Existenciais** – aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
33. **Sentido de Orientação** – faculdade do indivíduo de se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca.
34. **Sequela** – qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
35. **Transferência Corporal** – capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

### **CAPÍTULO III - RISCOS COBERTOS**

**Cláusula 3ª** - Está expressamente coberta a invalidez funcional permanente total do Segurado decorrente de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença:

I - Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;

II - Doenças Neoplásicas Malignas Ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis,

que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;

III - Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;

IV - Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), **única e exclusivamente em decorrência de doença;**

V - Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;

VI - Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;

VII - Deficiência visual, **decorrente de doença:**

- Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
- Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

VIII - Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado; e

IX - Estados mórbidos, **decorrentes de doença**, a seguir relacionados:

- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
- Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

**Cláusula 4ª.** Também está expressamente coberta a Invalidez Funcional Permanente Total do Segurado decorrente de outros Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença, desde que avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF e que atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

**Parágrafo 1º.** O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF é composto pela Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos (Anexo 1) e pela Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade (Anexo 2).

**Parágrafo 2º.** A Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados

Conexos (Anexo 1) avalia, através de escalas, compreendendo 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).

**Parágrafo 3º.** O 1º grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.

**Parágrafo 4º.** Para a classificação no 2º ou 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali previstas.

**Parágrafo 5º.** Todos os Atributos constantes na Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

**Parágrafo 6º.** A Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade valoriza cada uma das situações ali previstas.

**Parágrafo 7º.** Os itens da Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

#### **CAPÍTULO IV - RISCOS EXCLUÍDOS**

**Cláusula 5ª.** Além dos Riscos Excluídos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro, configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença e, por isso, não geram ao Segurado direito a Indenização:

**I - a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por Acidente Pessoal;**

**II - a invalidez laborativa permanente total por doença, assim entendida aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com recursos disponíveis no momento de sua constatação, para o exercício da atividade laborativa exercida pelo Segurado;**

**III - os quadros clínicos decorrentes de doenças ocupacionais, incluídas as profissionais e as do trabalho, de qualquer origem causal (etiologia);**

**IV - as doenças em geral, cuja etiologia possa guardar alguma relação de causa e efeito, direta ou indireta, em qualquer expressão, com atividade laborativa exercida pelo Segurado, em qualquer tempo progresso;**

**V - os quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da existência independente do Segurado;**

**VI - as doenças agravadas por traumatismos;**

**VII - as doenças nas quais se documente alguma interação e ou intercorrência relacionadas a traumatismos e ou exposições a esforços físicos, repetitivos ou não, e ou a posturas viciosas; e**

**VIII - toda e qualquer outra condição médica que não esteja expressamente listada no Capítulo III destas cláusulas complementares.**

## **CAPÍTULO V - DA INDENIZAÇÃO E DA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO**

**Cláusula 6ª.** Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data indicada na Declaração Médica de que trata o inciso II da cláusula 7ª.

**Parágrafo único.** Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela Seguradora, o pagamento do Capital Segurado contratado será realizado sob a forma de pagamento único.

**Cláusula 7ª.** Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado para a Sucursal da Seguradora ou Agência do Banco Bradesco S.A. são os seguintes:

I – Formulário de Autorização para Crédito em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);

II - Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);

III - Declaração Médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (data do Sinistro), atestando a doença e indicando informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido nestas cláusulas complementares; ;

IV - Relatório do médico-assistente do Segurado:

- indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e
- detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado.

V - cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Segurado, bem como seu número de telefone;

VI - documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença). Incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas nestas cláusulas complementares.

VII - cópia autenticada do Termo de Curatela Definitivo, em casos de invalidez laborativa permanente total por doença com alienação mental.

**Parágrafo 1º.** A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

**Parágrafo 2º.** O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

**Parágrafo 3º.** 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 esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

**Parágrafo 4º.** Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

**Cláusula 8ª.** As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante.

**Cláusula 9ª.** As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do Sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

**Cláusula 10ª** No caso de Sinistro que apresente divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias da data da contestação do Segurado, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempataador, 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 desempataador, se houver divergência.

**Cláusula 11ª.** 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.

## **CAPÍTULO VI - CONTRATAÇÃO**

**Cláusula 12ª.** A cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença que tratam estas cláusulas complementares não poderá ser contratada isoladamente, devendo ser combinada com a Cobertura de Morte deste Seguro Coletivo de Pessoas.

## **CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS**

**Cláusula 13ª.** A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de

previdência social, por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

Parágrafo único. A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

Cláusula 14ª. Desde que efetivamente comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o pagamento do Capital Segurado contratado extingue, imediata e automaticamente, esta Cobertura. Nessa hipótese, os Prêmios relativos a esta cobertura eventualmente pagos após a data do requerimento do pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

Cláusula 15ª. Além das disposição desta cláusula complementar, aplicam-se à cobertura de invalidez funcional permanente total por doença todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

## ANEXO 1

### TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIIS E DE ESTADOS CONEXOS

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELLECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	10

	<p>3º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.</p>	20
--	--	----

CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	<p>1º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.</p>	00
	<p>2º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.</p>	10
	<p>3º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.</p>	20

CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	<p>1º GRAU:</p> <p>O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.</p>	00
	<p>2º GRAU:</p> <p>O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).</p>	10
	<p>3º GRAU:</p> <p>O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.</p>	20

## ANEXO 2

### TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40.	02
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	02
HÁ OU HOUVE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	04

EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	04
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIVÊNCIA E OU REFRACTORIEDADE TERAPÊUTICA.	08

## CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS

### CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

**Cláusula 1ª.** Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o reembolso, limitado ao Capital Segurado, das despesas médicas, hospitalares e odontológicas 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.** Para efeito desta Cobertura, considera-se Acidente Pessoal o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente total ou parcial 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 Osteo-musculares 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 item 1.1.**

**Parágrafo 2º.** Não haverá a garantia de reembolso de que trata o *caput* desta cláusula se as despesas médicas, hospitalares e odontológicas, mesmo que decorrentes de causa acidental, resultarem de qualquer dos Riscos Excluídos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

**Parágrafo 3º.** Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

**Parágrafo 4º.** 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 5º.** 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 pelo Índice de Atualização Monetária, aplicado de acordo com o disposto nas Condições Gerais.

**Cláusula 2ª.** 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.

**Cláusula 3ª.** O reembolso por despesas médicas, hospitalares e odontológicas é cumulativo com qualquer outra Indenização de cobertura decorrente de Acidente Pessoal eventualmente contratada.

## **CAPÍTULO II - RISCOS COBERTOS**

**Cláusula 4ª.** Além dos casos de Acidente Pessoal, tal como definido na cláusula 1ª, estão expressamente cobertas as despesas médicas, hospitalares e odontológicas por Acidente Pessoal 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.

### **CAPÍTULO III - RISCOS EXCLUÍDOS**

**Cláusula 5ª.** Configuram Riscos Excluídos desta cobertura e, por isso, não geram para o Segurado direito ao reembolso:

**I – as doenças, lesões e situações que não se enquadram no conceito de Acidente Pessoal, conforme definido na cláusula 1ª;**

**II – os eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro;**

**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, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.**

### **CAPÍTULO IV - DA INDENIZAÇÃO E DA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO**

**Cláusula 6ª.** Para efeitos de apuração do valor do reembolso das despesas médicas, hospitalares e odontológicas, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da realização da despesa.

**Cláusula 7ª.** Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado para a Sucursal da Seguradora ou Agência do Banco Bradesco S.A. são os seguintes:

**I - Autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);**

**II - Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora) preenchido, datado e assinado pelo Segurado ou o seu representante legal e médico assistente;**

**III - Aviso de Alta Médica (formulário fornecido pela Seguradora) preenchido, datado e assinado pelo médico assistente;**

**IV - cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e o Comprovante de Residência do Segurado;**

**V - cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, quando necessário;**

**VI - cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), juntamente com o Aviso de Sinistro, nos casos de acidente de trabalho;**

**VII - cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na**

ocasião do acidente;

VIII - radiografia do membro atingido, se for o caso; e

IX - vias originais dos recibos e comprovantes de pagamentos dos honorários médicos, notas fiscais das despesas médico-hospitalares e da remoção médica.

**Parágrafo 1º.** A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

**Parágrafo 2º.** 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

**Parágrafo 3º.** 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 esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

**Parágrafo 4º.** Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

## **CAPÍTULO V - CONTRATAÇÃO**

**Cláusula 8ª.** A cobertura de que trata esta cláusula complementar não poderá ser contratada isoladamente, devendo ser combinada com a Cobertura de Morte e/ou Morte Acidental deste Seguro.

## **CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES GERAIS**

**Cláusula 9ª.** Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à cobertura de despesas médicas, hospitalares e odontológicas todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

# **CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE**

## **CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA**

**Cláusula 1ª.** Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado principal o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do Capital Segurado estipulado na Proposta de Contratação e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, em decorrência de Sinistro coberto do seu cônjuge, durante o Período de Cobertura, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

**Parágrafo 1º.** A inclusão do cônjuge será feita de forma automática, abrangendo os cônjuges de todos os Segurados principais ou facultativa, conforme estabelecido na Proposta de

Contratação.

**Parágrafo 2º.** Equiparam-se aos cônjuges os companheiros dos Segurados, se ao tempo da adesão ao Seguro o Segurado principal era separado judicialmente ou já se encontrava separado de fato.

**Parágrafo 3º.** O Capital Segurado estipulado para a Inclusão de Cônjuge não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado relativo à(s) respectiva(s) cobertura(s) do Segurado principal.

**Parágrafo 4º.** Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula se o Sinistro resultar de Risco Excluído previsto no Capítulo IV das Condições Gerais, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

## **CAPÍTULO II - RISCOS EXCLUÍDOS**

**Cláusula 2ª.** Configuram Riscos Excluídos da Inclusão de Cônjuge e, por isso, não geram ao Segurado direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro bem como na(s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s).

## **CAPÍTULO III - DA INDENIZAÇÃO E DA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO**

**Cláusula 3ª.** Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do Sinistro, de acordo com o disposto na(s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s).

**Cláusula 4ª.** Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado à Sucursal da Seguradora ou Agência do Banco Bradesco S.A., são aqueles estabelecidos na(s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s).

**Parágrafo 1o.** A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados na(s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es), conforme previsto nas Condições Gerais.

**Parágrafo 2º.** 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 esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

**Parágrafo 3º.** Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

## CAPÍTULO IV - CONTRATAÇÃO

**Cláusula 5ª.** A cobertura de que trata esta cláusula complementar não poderá ser contratada isoladamente, devendo ser combinada com a Cobertura de Morte deste Seguro.

## CAPÍTULO V - DISPOSIÇÕES GERAIS

**Cláusula 6ª.** Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Inclusão de Cônjuge todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

### CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DE INCLUSÃO DE FILHO(S)

#### CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

**Cláusula 1ª.** Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado principal o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do Capital Segurado estipulado na Proposta de Contratação e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, em decorrência de morte por causas naturais ou acidentais do seu(s) filho(s), durante o Período de Cobertura, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

**Parágrafo 1º.** A inclusão do(s) filho(s) será feita de forma automática, abrangendo o(s) filho(s) de todos os Segurados Principais.

**Parágrafo 2º.** Equiparam-se aos filhos, os enteados e os menores considerados dependentes econômicos do Seguro principal.

**Parágrafo 3º.** A inclusão de filho(s) menores de 14 (quatorze) anos destina-se apenas ao reembolso das despesas com o funeral até o limite do Capital Segurado contratado, que devem ser comprovadas mediante apresentação de documentação com discriminação das despesas realizadas.

**Parágrafo 4º.** Consideram-se despesas com funeral as havidas com traslado, excluídas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

**Parágrafo 5º.** Quando ambos os cônjuges forem Segurados, o(s) filho(s) somente pode(m) ser incluído(s) uma única vez, como dependente daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Principal para efeito desta cobertura.

**Parágrafo 6º.** Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula se o Sinistro resultar de Risco Excluído previsto no Capítulo IV das Condições Gerais, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

#### CAPÍTULO II - RISCOS EXCLUÍDOS

**Cláusula 2ª.** Configuram Riscos Excluídos da Inclusão de Cônjuge e, por isso, não geram ao Segurado direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro bem como na(s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s).

### **CAPÍTULO III - DA INDENIZAÇÃO E DA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO**

**Cláusula 3ª.** Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do Sinistro, de acordo com o disposto na(s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s).

**Cláusula 4ª.** Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado à Sucursal da Seguradora ou Agência do Banco Bradesco S.A., são aqueles estabelecidos na(s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s).

**Parágrafo 1o.** A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados na(s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es), conforme previsto nas Condições Gerais.

**Parágrafo 2º.** 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 esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

**Parágrafo 3º.** Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

### **CAPÍTULO IV - CONTRATAÇÃO**

**Cláusula 5ª.** A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada combinada com qualquer outra(s) cobertura(s) deste Seguro.

### **CAPÍTULO V - DISPOSIÇÕES GERAIS**

**Cláusula 6ª.** Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Inclusão de Filho(s) todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

## BENEFÍCIO - ASSISTÊNCIA FUNERAL FAMILIAR

### 1. Objetivo

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

### 2. Beneficiários do Serviço

Beneficiários do Serviço de Assistência
Funeral Familiar
• <b>Segurado</b>
• <b>Cônjuge:</b> cônjuge do titular na data do óbito
• <b>Filhos (as) / Enteados (as):</b> com até 24 anos na data do óbito
• <b>Natimorto(s)</b>
• <b>Filhas e Enteadas:</b> sem limite de idade, desde que solteiras;
• <b>Filhos (as) / Enteados (as) portadores de necessidades especiais:</b> 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 inclusa no grupo segurado que vier a falecer durante a vigência do seguro e enquanto existir o vínculo entre o Segurado e o Estipulante.

**4.3** O acionamento da Assistência Funeral será feito mediante contato com a Central de Atendimento, antes que seja tomada qualquer medida pessoal, pelos números dos telefones informados no item 3.

**4.4** Para utilização da Assistência Funeral, o Solicitante deverá seguir, **sempre**, os seguintes procedimentos:

**a)** Contatar a Central de Assistência (disponível 24 horas) e fornecer as informações solicitadas de forma clara e completa para a devida identificação do Segurado 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 do Solicitante;**
- **Informações adicionais relacionadas ao tipo do Evento, para fins de prestação dos Serviços.**

**d)** Providenciar, quando necessário, o envio de documentos solicitados pela Central de Assistência para prestação dos Serviços;

**4.5** A empresa de assistência poderá exigir a apresentação de documentos para comprovar o vínculo do Segurado com o Estipulante.

**4.6** Uma vez constada a solicitação do Serviço, a Central de Assistência tomará as providências que lhe competem para a sua prestação.

4.7 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 Plus 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.**

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.***

***d) O procedimento será realizado somente se o serviço de Cremação estiver disponível no município de Domicílio do Segurado/Dependentes. 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 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**

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

#### **7.8 Jogo de Paramentos**

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

#### **7.9 Manta Mortuária e Véu**

***Fornecimento de manta mortuária e véu.***

#### **7.10 Carro Fúnebre**

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

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

#### **7.11 Preparação do Corpo**

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

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

**Importante: o serviço de Embalsamamento estará disponível em caso de traslado aéreo, longas distâncias terrestres, ou quando o sepultamento for superior a 36 (trinta e seis) horas após o óbito.**

#### **7.12 Traslado de Corpo**

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

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

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

Os serviços de traslado do corpo serão prestados a partir do momento em que o corpo do Segurado/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.**

## **BENEFÍCIO - CESTA BÁSICA**

### **1. Objetivo**

1.1 Na ocorrência de óbito do Segurado Principal ou do seu Cônjuge, será dado início ao benefício da Cesta Básica. Este benefício consiste em fornecer 12 (doze) cestas alimentação no valor de R\$ 100,00 (Cem Reais) cada, devendo estas ser entregues mensalmente uma a uma, para um beneficiário, informado pelo Segurado Principal ou seu Cônjuge.

1.2 Este serviço é complementar a opção de contratação do serviço de Assistência Funeral Familiar.

### **2. Acionamento**

O acionamento será através do telefone **0800 701 2704** horas, inclusive finais de semana e feriados.

Por ser complementar ao Serviço de Assistência Funeral Familiar, este benefício será acionado após a execução dos serviços fúnebres.

#### **2.1. Cadastro do serviço**

Para maior conforto dos familiares a Prestadora de Serviço irá entrar em contato com o Segurado, Cônjuge ou Responsável pela Guarda do(s) Filho(s) na ausência de ambos os Cônjuges, após 10 dias da realização dos serviços de funeral. Nesta ocasião serão definidos o local de entrega das cestas e a pessoa responsável a recebê-las.

### **3. Beneficiário**

Poderão ser beneficiários do serviço:

- a) O Segurado Principal (caso de óbito do cônjuge);
- b) O Cônjuge (caso de óbito do Segurado Principal);
- c) Na falta de ambos os cônjuges, o filho mais velho, desde que maior de 18 (dezoito) anos ou Responsável Legal pela guarda do(s) filho(s);
- d) Os herdeiros legais, não havendo as condições nos itens anteriores.

#### **3.1 Acumulação de Cestas Básicas**

a) **HAVENDO A OCORRÊNCIA DE ÓBITO SIMULTÂNEO DO SEGURADO PRINCIPAL E CÔNJUGE, SERÃO ENTREGUES AO FILHO MAIS VELHO (SE MAIOR DE 18 ANOS) OU RESPONSÁVEL LEGAL PELA GUARDA DO(S) FILHO(S), DUAS CESTAS BÁSICAS POR MÊS PELO PERÍODO DE 12 MESES.**

**B) NÃO HAVENDO A EXISTÊNCIA DE FILHO(S), O BENEFÍCIO DA CESTA BÁSICA NÃO SE ACUMULA, DESTA FORMA SERÃO ENTREGUES AOS HERDEIROS LEGAIS, UMA CESTA BÁSICA POR MÊS DURANTE 12 MESES.**

#### 4. Informações sobre a Cesta Básica

Neste benefício serão concedidas 12 Cestas Básicas em alimentos conforme o padrão descrito abaixo:

01 pacote de 400 gramas de Achocolatado em pó	01 pacote de 1 quilo de Farinha de Milho
04 pacotes de 1 quilo de Açúcar Refinado	01 pacote de 1 quilo de Farinha de Mandioca
01 pacote de 500 gramas de Amido de Milho	02 pacotes de 1 quilo de Feijão Preto
01 pacote de 5 quilos de Arroz Tipo 1	03 pacotes de 45 gramas de Gelatina em Pó
01 pacote de 150 gramas de Balas Sortidas	01 pacote de 400 gramas de Goiabada
01 pacote de 400 gramas de Biscoito de Água e Sal	02 embalagens de 395 gramas de Leite Condensado
01 pacote de 400 gramas de Biscoito Sortido	01 pacote de 400 gramas de Leite em Pó Integral
02 pacotes de 140 gramas de Biscoito Recheado	03 pacotes de 500 gramas de Massa com Ovos
01 pacote de 500 gramas de Café em Pó	01 embalagem de 200 gramas de Milho Verde
03 pacotes de 19 gramas de Caldo de Carne	03 embalagens de 900 Mililitros de Óleo de Soja
02 embalagens de 200 gramas de Creme de Leite	04 pacotes de 30 gramas de Refresco em Pó
02 embalagens de 90 gramas de Creme Dental	04 sabonetes de 90 gramas
01 embalagem de 200 gramas de Ervilha	01 pacote de 1 quilo de Sal Refinado
02 embalagens de 350 gramas de Extrato de Tomate	02 embalagens de 130 gramas de Sardinha em Óleo
02 pacotes de 1 quilo de Farinha de Trigo	

**Observação: Dependendo das condições mercadológicas podem ocorrer alterações nos produtos constantes na Cesta Básica enviada aos beneficiários.**

#### 5. EXCLUSÕES E LIMITAÇÕES

5.1. Estão excluídas do benefício da Cesta Básica, o fornecimento de alimentos não descritos nestas Condições Gerais ou ainda que tenham sido SOLICITADAS DIRETA OU INDIRETAMENTE PELO SEGURADO E/OU DE SEUS DEPENDENTES, COMO ANTECIPAÇÃO, EXTENSÃO OU REALIZAÇÃO DO SERVIÇO.

5.2. Ficam igualmente excluídos da prestação do serviço de assistência eventos resultantes de:

A) INUNDAÇÃO, FURACÃO, ERUPÇÃO VULCÂNICA, TEMPESTADES, TERREMOTOS, MOVIMENTOS SÍSMICOS;

B) IRRADIAÇÃO DECORRENTE DE TRANSMUTAÇÃO NUCLEAR, DESINTEGRAÇÃO OU RADIOATIVIDADE;

C) SITUAÇÃO DE GUERRA, COMOÇÕES SOCIAIS, ATOS DE TERRORISMO E SABOTAGEM, GREVES E QUAISQUER OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA OU AINDA RESTRIÇÕES POR PARTE DAS AUTORIDADES AO LIVRE TRÂNSITO;

D) AS CESTAS BÁSICAS SÃO SERVIÇOS COMPLEMENTARES A ASSISTÊNCIA FUNERAL E SERÃO ENTREGUES SOMENTE EM CASO DE FALECIMENTO DO SEGURADO PRINCIPAL E CÔNJUGE, E DESDE QUE, O ATENDIMENTO DO FUNERAL DO MESMO TENHA SE DADO ATRAVÉS DA CENTRAL DE ATENDIMENTO 24H DA PRESTADORA DE SERVIÇO ATRAVÉS DO TELEFONE **0800 701 27 04**.

## **6.VIGÊNCIA E CANCELAMENTO**

6.1. Este benefício é opcional, portanto sua validade está condicionada a aceitação do Estipulante na contratação da apólice.

6.2. Quando contratado, o Benefício da Cesta Básica vigorará enquanto estiver em vigor a apólice de seguro do Segurado.