

**CONDIÇÕES GERAIS
VIDA EM GRUPO
ITAUVIDA GRUPO CAPITAL GLOBAL**

1. OBJETIVO

Respeitados o capital segurado, o limite máximo de indenização, as hipóteses de exclusão de cobertura, as carências, as Condições Gerais, este seguro garante ao **Segurado**, ou, conforme o caso, a seu(s) beneficiário(s) ou familiares:

1.1 o pagamento do capital segurado estipulado para a **garantia básica**, no caso de o **Segurado** falecer;

1.2 o pagamento do capital segurado estipulado para a **garantia adicional morte acidental, quando contratada**, no caso de o **Segurado** falecer em decorrência de acidente pessoal;

1.3 o pagamento do capital segurado estipulado para a **garantia adicional invalidez permanente total ou parcial por acidente, quando contratada**, no caso de o **Segurado** sofrer **acidente pessoal** de que resulte sua invalidez permanente, parcial ou total;

1.4 o pagamento do capital segurado estipulado para a **garantia adicional invalidez funcional permanente total por doença, quando contratada**, no caso de o **Segurado**, em consequência de doença que cause a perda de sua existência independente, apresentar invalidez funcional permanente e total;

1.5 o reembolso das despesas com traslado, funeral, sepultamento ou cremação do corpo do **Segurado**, **quando contratada**, em caso de morte do **Segurado**.

2. DEFINIÇÕES

2.1 ACIDENTE PESSOAL

É o evento, com data e hora perfeitamente caracterizadas, 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**, ou que torne necessário o seu tratamento médico.

Incluem-se, também, nesse conceito, os acidentes decorrentes de:

a) suicídio, ou sua tentativa, **desde que praticados após os dois primeiros anos da cobertura individual;**

b) ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, **quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente pessoal coberto;**

c) escapamento acidental de gases e vapores;

d) seqüestros e tentativas de seqüestros; e

e) alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, **de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.**

2.1.1 Excluem-se do conceito de acidente pessoal:

a) as doenças (inclusive as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente pessoal, ressalvadas as infecções, os estados septicêmicos e as embolias resultantes de ferimento visível, decorrentes de acidente coberto;

b) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos não decorrentes de acidente pessoal coberto;

c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que com eles tenham relação de causa e efeito, assim como as lesões classificadas como: lesão por esforços repetitivos – LER, doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho – DORT, lesão por trauma continuado ou contínuo – LTC, ou as a elas similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

d) as situações reconhecidas por instituições de previdência ou



assemelhadas como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de acidente pessoal, definido no item 2.1 destas Condições Gerais.

2.2 ADITIVO OU ENDOSSO

É o documento, emitido pela **Seguradora**, que formaliza qualquer alteração contratual na apólice.

2.3 AGRAVO MÓRBIDO

É a agravação, a piora de uma doença.

2.4 APÓLICE

É o documento emitido pela **Seguradora** para formalizar a aceitação das coberturas solicitadas pelo **Estipulante**.

2.5 ALIENAÇÃO MENTAL

É o 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, com destruição da capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais, tornando o **Segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil**.

2.6 APARELHO LOCOMOTOR

É o conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

2.7 ATIVIDADE LABORATIVA

É qualquer ação ou trabalho por meio do qual o **Segurado** obtenha renda.

2.8 ATO MÉDICO

É o procedimento técnico-profissional, regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina, praticado por médico legalmente habilitado.

2.9 BENEFICIÁRIO(S) DO SEGURADO TITULAR

São as pessoas indicadas pelo **Segurado Titular** para receber o capital segurado no caso de ele falecer.

2.10 BENEFICIÁRIO DO SEGURADO DEPENDENTE

Quando efetuada a contratação na opção “Família” ou “Casal”, com a conseqüente inclusão dos **Segurados Dependentes**, o **Segurado Titular** será o único beneficiário em caso da morte do **Segurado Dependente**.

2.11 CAPITAL SEGURADO

É o valor a ser pago ao **Segurado**, ou a seu(s) beneficiário(s), ante a ocorrência de um sinistro do qual resulte a morte ou a invalidez permanente do **Segurado**.

2.12 CARÊNCIA

É o período de tempo ininterrupto, contado da data de início de vigência da cobertura individual, durante o qual, ante a ocorrência de um sinistro, embora pague o prêmio devido, o **Segurado** não tem direito aos capitais segurados (subitem 4.1.1), e seus familiares não têm direito ao reembolso de despesas (subitem 4.1.1) estipulados nas Garantias

2.13 CARDIOPATIA GRAVE

É a doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do Consenso Nacional de Cardiopatia Grave.

2.14. CÓDIGO CNAE

É o Código Nacional de Atividades Econômicas, constante do Manual da RAIS – Relação Anual de Informações Sociais, cuja publicação é coordenada pelo Ministério do Trabalho.

2.15 COGNIÇÃO

É o conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento, etc.

2.16 COMPANHEIRO

É a pessoa com quem o **Segurado Titular** mantém união estável nos termos do artigo 1723 do Código Civil, ou seja, convivência pública, contínua e duradoura entre um homem e uma mulher com o objetivo de constituir família.



2.17 CONECTIVIDADE COM A VIDA

É a capacidade humana de relacionar-se com o meio externo circundante.

2.18 CONDIÇÕES GERAIS

É o conjunto de cláusulas que regem um mesmo Plano de Seguro, estabelecendo as obrigações e os direitos da **Seguradora**, dos **Segurados**, dos beneficiários e do **Estipulante**.

2.19 CONSUMPÇÃO

É o definhamento progressivo e lento do organismo humano, produzido por doença.

2.20 CONTRATO DE SEGURO

É o conjunto de instrumentos jurídicos composto pela Proposta de Contratação, pelas Condições Gerais, e pelos Endossos firmados entre o **Estipulante** e a **Seguradora**.

2.21 CORRETOR DE SEGUROS

É o profissional autônomo, pessoa física ou jurídica, habilitado e registrado na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) que foi escolhido pelo **Estipulante** para intermediar e promover a contratação de seguros.

2.22. CUSTEIO DO SEGURO

Este seguro será não contributivo, ou seja, os segurados não pagarão o prêmio do seguro.

2.23 DADOS ANTROPOMÉTRICOS

Para os fins da garantia de invalidez funcional permanente e total por doença, são o peso e a altura do **Segurado**.

2.24 DEAMBULAR

É o ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.

2.25 DECLARAÇÃO MÉDICA

É o documento elaborado na forma de relatório, no qual o médico assistente do **Segurado** opina sobre o estado de saúde do **Segurado**, indicando os fatos médicos em que se baseia.

2.26 DEFICIÊNCIA VISUAL

É qualquer prejuízo da capacidade de visão **que a reduza a um nível abaixo daquele considerado normal**.

2.27 DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA

É a incapacidade de o organismo produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

2.28 DOENÇA CRÔNICA

É a doença cujo período de evolução ultrapassa a fase inicial, persistindo, ativa, por tempo indeterminado.

2.29 DOENÇA CRÔNICA EM ATIVIDADE

É a doença crônica que se mantém ativa, apesar do tratamento.

2.30 DOENÇA CRÔNICA DE CARÁTER PROGRESSIVO

É a doença crônica em processo de agravo mórbido, apesar do tratamento.

2.31 DOENÇA DO TRABALHO

É a atestada em perícia médica previdenciária como tendo nexos causal com a atividade profissional ou com a função desempenhada pelo **Segurado**.

2.32 DOENÇA EM ESTÁGIO TERMINAL

É a atestada pelo médico assistente como desprovida de qualquer alternativa terapêutica ou de perspectiva de reversibilidade, em razão da qual o **Segurado** é considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência.

2.33 DOENÇA NEOPLÁSICA MALIGNA ATIVA

É o crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células, os quais controlam o crescimento e multiplicação das células. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.

2.34 DOENÇA PROFISSIONAL

É a que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.

2.35 ESPORTE

É o definido pelo Direito Desportivo como o conjunto de exercícios praticados com método, individualmente ou por equipes, que muito concorrem para o adestramento do corpo e para o desenvolvimento psíquico do praticante.

2.36 ESTADO CONEXO

É o estado mental em que o **Segurado** se relaciona consciente e normalmente com o meio externo

2.37 ESTIPULANTE

É a pessoa jurídica que propõe à **Seguradora** a contratação de plano coletivo de seguro, perante a qual fica investida dos poderes de representação dos segurados. É DE RESPONSABILIDADE DO **ESTIPULANTE** A DIVULGAÇÃO DESSAS CONDIÇÕES GERAIS, INFORMANDO AINDA A CADA SEGURADO TITULAR A VIGÊNCIA DAS GARANTIAS CONTRATADAS E O RESPECTIVO CAPITAL SEGURADO.

2.38 EVENTO

É o acontecimento futuro, possível e incerto, do qual pode advir para a **Seguradora** a obrigação de efetuar o pagamento dos valores estipulados para as garantias contratadas, **conforme previstos nas Condições Gerais**.

2.39 EXISTÊNCIA INDEPENDENTE

É a aptidão física e mental para exercer, **sem assistência**: I) as atividades da vida diária (funções autonômicas), tais como: vestir-se, desempenhar atos de higiene íntima e de asseio pessoal, bem como manter a auto-suficiência alimentar, com condições de suprir as necessidades do preparo, serviço, consumo e ingestão dos alimentos; II) as atividades da vida civil, com capacidade de compreensão e de comunicação, sendo sua caracterização condicionada ao disposto no subitem 4.3.3.1. e ao Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF (Anexo 1).

2.40 FATORES DE RISCO E MORBIDADE

São os que favorecem ou facilitam o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interagem.

2.41 GARANTIAS

São as obrigações que a **Seguradora** assume perante o **Segurado** quando da ocorrência de um sinistro.

2.42. GRF-FGTS

É a Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço.

2.43 GRUPO SEGURADO

É o conjunto de pessoas físicas, incluídas na Apólice, conforme as regras dessas Condições Gerais.

2.44 GRUPO SEGURÁVEL

São as pessoas físicas vinculadas diretamente ao **Estipulante**, quais sejam, seus empregados, sócios dirigentes e/ou diretores estatutários, que estejam em plena atividade profissional no dia em que se iniciarem os respectivos riscos individuais, conforme regras dispostas nos subitens 3.1. e 3.2.

Os seus cônjuges ou companheiros e filhos podem integrar o grupo segurável, conforme regras dispostas no subitem 3.3.

2.45 HÍGIDO

É a condição de saudável.

2.46 IGP-M

É o Índice Geral de Preços do Mercado, publicado pela Fundação Getúlio Vargas (FGV).

2.47 IPCA

É o Índice de Preços ao Consumidor Amplo, divulgado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

2.48 IPC-FIPE

É o Índice de Preços ao Consumidor, publicado pela Fundação Instituto Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo (FIPE).

2.49 INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

É a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, por lesão física causada por acidente pessoal coberto.

2.50 INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

É a perda definitiva da existência independente por parte do **Segurado**, decorrente de doença que determina quadro clínico incapacitante, inviabilizando, de forma irreversível, o pleno exercício pelo **Segurado** de suas relações autonômicas.

2.51 LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO

Respeitados os valores efetivamente despendidos e satisfatoriamente comprovados, o limite máximo de indenização representa o valor máximo do reembolso das despesas com o traslado, o funeral, o sepultamento ou a cremação do corpo do **Segurado**, a que seus familiares têm direito, no caso de sinistro de que resulte a morte do **Segurado**.

2.52 MÉDICO ASSISTENTE

É o profissional legalmente licenciado para a prática da Medicina, que assistiu o **Segurado** de forma continuada.

2.53 PERITO MÉDICO

É o profissional legalmente licenciado para a prática da Medicina, **com título de especialista na patologia envolvida**, que a **Seguradora** e o **Segurado** indicam para dar-lhes suporte técnico na realização de junta médica (subitem 15.1)

2.54 PRÊMIO

É o valor correspondente a cada um dos pagamentos feitos pelo **Estipulante** à **Seguradora**, destinado ao custeio do seguro.

2.55 PROGNÓSTICO

É o juízo que o médico faz acerca da duração, evolução e termo de uma doença, baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas existentes.

2.56 PROPONENTE

É a **pessoa jurídica** que propõe à **Seguradora** a contratação de uma ou mais coberturas de seguro **na qualidade de Estipulante da apólice coletiva**.

2.57 PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

É o documento com a declaração dos elementos essenciais do risco e do interesse a ser garantido, pelo qual, o Proponente, pessoa jurídica, expressa seu interesse em contratar coberturas de seguro, na qualidade de Estipulante da apólice coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

2.58 QUADRO CLÍNICO

É o conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

2.59 RECIDIVA

É o reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento anterior.

2.60 REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA

É a incapacidade de o organismo humano responder positivamente ao tratamento instituído.

2.61 REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES

É a estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os segurados do contrato de seguro, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar os reembolsos devidos aos familiares dos Segurados, por força da garantia adicional de reembolso de despesas com traslado, funeral, sepultamento ou cremação do corpo do **Segurado**, bem como pagar os capitais segurados estipulados para as demais garantias devidos aos **Segurados**, ou a seus beneficiários, em decorrência dos sinistros ocorridos nesse mesmo período. Nesse regime não há constituição de provisão matemática de benefícios a conceder e provisão matemática de benefícios concedidos, **não gerando, portanto, direito a resgate ou à devolução de prêmio por parte da Seguradora ao Segurado ou a seu beneficiário**.

2.62 RELAÇÕES EXISTENCIAIS

São as que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

2.63. REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA

É a pessoa física nomeada pela pessoa jurídica através do Estatuto Social, Contrato Social ou mesmo procuração, que pode ser pública ou privada, para exercer a contratação de seguros em seu nome.

2.64 RISCOS EXCLUÍDOS

São os eventos previstos nas Condições Gerais que não estão abrangidos pelas garantias contratadas, não gerando, portanto, direito ao recebimento do capital segurado ou ao reembolso de despesas.

2.65 SEGURADO TITULAR

É a pessoa física que mantém vínculo com o **Estipulante** como empregado, sócio dirigente e/ou diretor estatutário, conforme regras dos subitens 3.1. e 3.2.

2.66 SEGURADO DEPENDENTE

São os filhos, os enteados e os menores dependentes econômicos do **Segurado Titular**, bem como o seu cônjuge ou companheiro, conforme regras do item **3.3**.

2.67 SEGURADORA

É a **Itaú Seguros S.A.**, que garante os riscos previstos no contrato de seguro.

2.68 SENTIDO DE ORIENTAÇÃO

É a faculdade de o indivíduo identificar-se e relacionar-se com o meio ambiente externo que o cerca e de nele deslocar-se sem qualquer auxílio.

2.69 SEQÜELA

É qualquer lesão anatômica ou funcional que persista depois do encerramento da evolução clínica de uma doença.

2.70 SINISTRO

É a ocorrência de um evento coberto durante a vigência da apólice coletiva e da cobertura individual.

2.71 TAXA

É a expressão da relação, em percentual ou por mil, entre o prêmio e o capital segurado, necessária para o cálculo do prêmio.

2.72 TRANSFERÊNCIA CORPORAL

É a capacidade de o **Segurado** deslocar-se de um local para outro, **sem qualquer auxílio. Entende-se por auxílio a ajuda humana e/ou a utilização de estruturas ou de equipamentos de apoio físico.**

2.73 VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

É o período de tempo determinado durante o qual, ante a ocorrência de um sinistro, a **Seguradora** efetuará os pagamentos previstos nas garantias contratadas, **desde que o prêmio seja pago até a data de seu vencimento.**

2.74 VIGÊNCIA DA APÓLICE COLETIVA

É o período de tempo determinado durante o qual a apólice contratada pelo **Estipulante** está em vigor.

3. INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS SEGURADOS TITULARES E DEPENDENTES NA APÓLICE

A inclusão faz-se de forma automática na data da assinatura da Proposta de Contratação, ou se posterior, na data de admissão do empregado no **Estipulante**, ou na data da alteração do Contrato Social, nos casos de sócios dirigentes e/ou diretores estatutários.

A exclusão, também automática, ocorrerá na data da perda do vínculo do empregado com o **Estipulante**, ou na data da alteração do Contrato Social, nos casos de sócios dirigentes e/ou diretores estatutários que deixarem o **Estipulante**.

3.1 - EMPREGADOS – podem ser incluídos no seguro, desde que estejam em plena atividade de trabalho e constem da GRF-FGTS na data de assinatura do contrato de seguro, ou a partir das datas de suas

admissões, se estas forem posterior à data de assinatura.

3.2 - SÓCIOS DIRIGENTES E/OU DIRETORES ESTATUTÁRIOS - poderão ser incluídos todos os sócios dirigentes e/ou diretores estatutários do **Estipulante**, que não constem na GRF-FGTS, mas que figurem no Contrato Social do **Estipulante**, e que estejam em perfeitas condições de saúde física e mental, e em plena atividade de trabalho.

3.2.1 - Não é permitida a contratação e manutenção de apólices compostas exclusivamente por sócios dirigentes e/ou diretores estatutários do Estipulante.

3.2.1.1 – Em caso de sinistro, se for constatado que o seguro foi contratado apenas para sócios dirigentes e/ou diretores estatutários, o direito a indenização estará prejudicado e a apólice será cancelada.

3.2.2 - Os sócios dirigentes e/ou diretores estatutários poderão fazer parte de apenas uma apólice do Itaúvida Grupo Capital Global, mesmo que atuem em mais de uma Empresa.

3.2.2.1 – Em caso de sinistro, se for constatado a participação de sócios dirigentes ou diretores estatutários em mais de uma apólice do Itaúvida Grupo Capital Global, a indenização será paga pelo maior capital contratado, não havendo em hipótese alguma acúmulo de capital das apólices.

3.3 – Poderão ser incluídos, como SEGURADOS DEPENDENTES:

I - CÔNJUGE ou COMPANHEIRO do Segurado Principal, na opção "casal",

II - CÔNJUGE ou COMPANHEIRO e FILHOS solteiros e menores de 18 anos do Segurado Principal, na opção "família".

3.3.1 - NÃO ESTARÃO COBERTOS O CÔNJUGE OU COMPANHEIRO NA OPÇÃO "CASAL" OU CÔNJUGE OU COMPANHEIRO E FILHOS NA OPÇÃO "FAMÍLIA", QUE SEJAM EMPREGADOS, SÓCIOS OU DIRIGENTES DO ESTIPULANTE.

3.3.2 - Se ambos os cônjuges ou companheiros forem **Segurado Titular**, o filho será considerado segurado apenas do cônjuge que fizer jus ao maior capital.

3.3.3. – Desde que contratadas as opções Casal ou Família, os **Segurados Dependentes**, se houver, serão incluídos na Apólice no mesmo momento da inclusão dos respectivos **Segurados Titulares**.

4. GARANTIAS DO SEGURO

As garantias do seguro dividem-se em básica e adicionais. **É obrigatória a contratação da garantia básica**, sendo facultativa a contratação de uma, ou mais garantias adicionais.

4.1 DISPOSIÇÕES COMUNS ÀS GARANTIAS

4.1.1 PERÍODO DE CARÊNCIA

O Segurado, ou seu(s) beneficiário(s), não terão direito ao recebimento do capital segurado estipulado para qualquer das garantias, e os familiares do Segurado não terão direito ao reembolso das despesas com o traslado, funeral, sepultamento ou cremação do corpo do Segurado, se ele praticar suicídio ou tentativa de suicídio nos primeiros dois anos de vigência da cobertura individual, ou de sua recondução, depois de suspensa.

4.1.1.1 O Segurado, ou seu(s) beneficiário(s), não terão, ainda, direito à devolução do prêmio pago ou à qualquer reserva, conforme subitem 2.61 destas Condições Gerais.

4.1.2 As garantias efetivamente contratadas pelo Estipulante estão indicadas na Apólice e na Proposta de Contratação.

4.1.3 O valor do capital global segurado e o limite máximo de indenização estipulados para cada garantia contratada estão fixados na Apólice e na Proposta de Contratação.

4.1.4 Se, em caso de sinistro, houver divergência sobre a causa, a natureza ou a extensão das lesões ou das doenças, ou sobre a avaliação da incapacidade do **Segurado**, será realizada Junta Médica, nos



termos do subitem 15.1 destas Condições Gerais.

4.2 GARANTIA BÁSICA

4.2.1 - MORTE

Observados o limite do capital segurado e as hipóteses de exclusão de cobertura (subitem 5.1), garante ao(s) beneficiário(s) indicado(s) pelo **Segurado** o pagamento do capital segurado estipulado para esta garantia, em caso de falecimento do **Segurado**. O pagamento do capital segurado será feito em parcela única.

4.2.1.1. Para os Segurados menores de 14 (quatorze) anos, respeitado o limite do capital segurado, esta garantia destina-se exclusivamente ao reembolso das despesas efetivamente suportadas por seus familiares com o traslado de seu corpo e com seu funeral. Não estão cobertas as despesas com aquisição de jazigos e carneiros.

4.2.1.1.1 As despesas devem ser comprovadas mediante a apresentação de **notas fiscais originais especificadas**, que podem ser substituídas, a critério da **Seguradora**, por outros comprovantes satisfatórios.

4.3 GARANTIAS ADICIONAIS

4.3.1 MORTE ACIDENTAL

Observados o limite do capital segurado e as hipóteses de exclusão de cobertura (subitens 5.1. e 5.2.), garante ao(s) beneficiário(s) indicado(s) pelo **Segurado** o pagamento do capital segurado estipulado para esta garantia, no caso de o **Segurado** falecer em **decorrência de acidente pessoal** (subitem 2.1). O pagamento do capital segurado será feito em parcela única

4.3.1.1 Para os Segurados menores de 14 (quatorze) anos, respeitado o limite do capital segurado, esta garantia destina-se exclusivamente ao reembolso das despesas efetivamente suportadas por seus familiares com o traslado de seu corpo e com seu funeral. Não estão cobertas as despesas com aquisição de jazigos e carneiros.

4.3.1.1.1 As despesas devem ser comprovadas mediante a apresentação de **notas fiscais originais especificadas**, que podem ser substituídas, a critério da **Seguradora**, por outros comprovantes satisfatórios.

4.3.2 INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

Observados o limite do capital segurado e as hipóteses de exclusão de cobertura (subitens 5.1 e 5.2), garante ao **Segurado** o pagamento do capital segurado estipulado para esta garantia, ou de porcentagem dele, no caso de o **Segurado** sofrer acidente pessoal do qual resulte sua **invalidez permanente, total ou parcial, por acidente** (subitem 2.49).

4.3.2.1 - Concluído o tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para a recuperação do **Segurado**, sendo comprovada, por meio de declaração médica, a sua **invalidez permanente**, quando de sua alta médica definitiva, a **Seguradora** pagará o capital segurado, ou uma porcentagem dele, de acordo com a tabela abaixo:

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL

Discriminação	% sobre o capital segurado
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 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

**INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL
DIVERSAS**

Discriminação	% sobre o capital segurado
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25

**INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL
MEMBROS SUPERIORES**

Discriminação	% sobre o capital segurado

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 um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	9
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	

**INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL
MEMBROS INFERIORES**

Discriminação	% sobre o capital segurado

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

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL MEMBROS INFERIORES

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

4.3.2.2. Não ficando completamente abolidas as funções do membro ou do

órgão lesado, o capital segurado devido pela perda parcial será calculado pela aplicação do grau de redução funcional atestado pelo médico à porcentagem do capital segurado previsto, para a sua perda total, na tabela respectiva de invalidez permanente parcial.

4.3.2.2.1 Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, mas tendo ele sido classificado como máximo, médio ou mínimo, o capital segurado devido será calculado pela aplicação, respectivamente, das porcentagens de 75%, 50% e 25% ao capital segurado previsto na tabela para a perda total;

4.3.2.3 Se o membro ou órgão não estiver especificado na tabela, o capital segurado será estabelecido com base na diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

4.3.2.4 Quando, do mesmo acidente, resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, o capital segurado será calculado pela soma das porcentagens respectivas, cujo total não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado para esta garantia.

4.3.2.4.1 Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não excederá à porcentagem prevista para a sua perda total.

4.3.2.5 A perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente será, em porcentagem, deduzida do grau de invalidez definitiva.

4.3.2.6 Os danos estéticos e a perda de dentes não dão direito ao recebimento do capital segurado.

4.3.2.7 Os capitais segurados estipulados para a garantia adicional morte acidental e para esta garantia não se acumulam. Se, depois de ser pago o capital segurado previsto para esta garantia, ocorrer a morte do Segurado em razão do mesmo acidente pessoal, o valor pago será descontado do capital eventualmente devido pela garantia adicional morte acidental.

4.3.2.8 O capital segurado será pago em parcela única.

4.3.2.9 O **Segurado** deverá comprovar a data, as circunstâncias e as conseqüências do acidente pessoal.

4.3.2.10 As despesas com o tratamento e com a comprovação do acidente correrão por conta exclusiva do segurado.

4.3.2.11 O capital segurado estipulado para esta garantia é recomposto automaticamente após cada acidente pessoal coberto.

4.3.3 INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

Observados o limite do capital segurado e as hipóteses de exclusão de cobertura (subitens 5.1 e 5.3), garante ao **Segurado**, desde que ele o requeira, o pagamento antecipado do capital segurado estipulado para a **garantia Morte** (subitem 4.2) no caso de o **Segurado** apresentar **invalidez funcional permanente e total em conseqüência de doença** (subitem 2.50).

4.3.3.1 Os seguintes quadros clínicos, quando provenientes única e exclusivamente de doença, caracterizam Invalidez Funcional Permanente e Total:

a) as doenças cardiovasculares que se ajustem ao conceito de “cardiopatia grave” (subitem 2.13);

b) as doenças neoplásicas malignas ativas (subitem 2.33), sem prognóstico evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;

c) as doenças crônicas de caráter progressivo (subitem 2.30), que determinem disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção, subitem 2.19), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;

d) a alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (subitem 2.15);

e) as doenças manifestadas no sistema nervoso, com seqüelas 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;

f) as doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, que determinem o total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;

g) as seguintes deficiências visuais:

1) cegueira, na qual a acuidade visual do melhor olho, com a melhor correção óptica, seja igual ou menor do que 0,05;

2) baixa visão, na qual a acuidade visual do melhor olho, com a melhor correção óptica, esteja entre 0,3 e 0,05;

3) os casos em que a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos seja igual ou menor que 60°.

h) as doenças em estágio terminal (subitem 2.32) atestadas como tal por profissional legalmente habilitado.

i) os estados mórbidos a seguir relacionados:

1) a perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou

2) a perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou

3) a perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos, associada à de um dos pés.

4.3.3.2 Outros quadros clínicos poderão ser reconhecidos como caracterizadores de Invalidez Funcional Permanente e Total por doença, desde que, avaliados por meio do Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF (Anexo 1), atinjam a marca mínima de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

4.3.3.2.1 O IAIF é composto por dois documentos:

a) Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de

Estados Conexos, que avalia, por meio de escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos);

b) Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade, que valoriza cada uma das situações ali previstas.

4.3.3.2.2 As avaliações seguem os seguintes critérios:

a) na Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos, o 1º grau de cada Atributo descreve as situações que caracterizam independência do **Segurado** na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto;

1) o quadro clínico só será classificado no 1º grau se todas as situações ali previstas forem reconhecidas;

2) a classificação no 2º ou no 3º graus ocorrerá sempre que ocorrer uma das situações descritas na Tabela.

3) todos os Atributos constantes na Tabela deverão ser avaliados e pontuados.

b) os itens da Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade **deverão ser pontuados sempre que houver o reconhecimento da situação nela descrita.**

4.3.3.3 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, por órgãos do Poder Público, ou por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante indicador de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

4.3.3.4 Não serão reconhecidos como Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença os quadros clínicos certificados por documentos médicos que apenas caracterizem incapacidade parcial ou de natureza profissional.

4.3.3.5 A data da caracterização da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada na Declaração Médica elaborada pelo médico que esteja assistindo o **Segurado**, ou, na sua ausência, por outro médico que lhe tenha prestado atendimento.

4.3.3.5.1 Na impossibilidade de obtenção de Declaração Médica nos termos do subitem 4.3.3.5, a caracterização da Invalidez se fará pela verificação das evidências documentais encontradas em registros lavrados por médicos em qualquer tempo.

4.3.3.6 Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o capital segurado será pago em parcela única.

4.3.3.7 A antecipação do pagamento do capital segurado previsto para a Garantia Morte, por força desta Garantia, acarreta a exclusão do Segurado da Apólice.

4.3.4 REEMBOLSO DE DESPESAS COM TRASLADO, FUNERAL, SEPULTAMENTO OU CREMAÇÃO DO CORPO DO SEGURADO

Respeitados o limite máximo de indenização, os valores efetivamente despendidos e satisfatoriamente comprovados e as hipóteses de exclusão de cobertura (subitem 5.1 e 5.4), garante aos familiares do Segurado o reembolso das despesas efetuadas para o traslado, o funeral, o sepultamento ou a cremação do corpo do Segurado, em caso de sua morte.

4.3.4.1 As despesas devem ser comprovadas mediante a apresentação de notas fiscais originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da **Seguradora**, por outros comprovantes satisfatórios.

4.3.4.2 As despesas efetuadas no exterior serão reembolsadas em Reais, com base no câmbio oficial de venda divulgado pelo Banco Central do Brasil para a moeda em que foi feito o pagamento. A cotação será a da data do pagamento feito no exterior. O valor obtido será atualizado monetariamente conforme o subitem 14.2. destas Condições Gerais.

4.3.4.3 Caso a família do **Segurado** deseje a prestação do serviço de assistência funeral, ele será prestado por empresa contratada pela **Seguradora**, conforme Manual do Serviço de Assistência Funeral (Anexo II).

4.3.4.3.1 Sendo prestado o serviço, não haverá direito ao reembolso de quaisquer outras despesas.

4.3.4.4 A prestação do serviço de assistência funeral não implica reconhecimento do direito ao capital segurado estipulado para a garantia básica ou para a garantia adicional morte acidental.

4.3.5. LIMITAÇÕES À CONTRATAÇÃO DAS GARANTIAS PARA OS SEGURADOS DEPENDENTES

4.3.5.1 O Cônjuge ou Companheiro e os filhos solteiros, menores de 18 (dezoito) anos do Segurado Titular estão incluídos automaticamente na Garantia Morte e na Garantia Adicional de Reembolso de Despesas com Traslado, Funeral, Sepultamento ou Cremação do Corpo do Segurado., desde que contratada a opção com cobertura para “Casal” ou “Família” e não sejam empregados, sócios ou dirigentes da Empresa:

4.3.5.2. As Garantias Adicionais de Morte Acidental, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença não poderão ser contratadas para os Segurados Dependentes.

4.3.5.3. Cada filho está coberto apenas uma vez, mesmo que ambos os pais sejam Segurados Titulares.

4.3.5.4. O percentual correspondente ao Capital Básico Individual do Cônjuge ou Companheiros e dos filhos encontra-se mencionado na Proposta de Contratação.

4.3.5.5. Para Segurados Dependentes menores de 14 (quatorze) anos, respeitado o limite do capital segurado, as garantias destinam-se exclusivamente ao reembolso das despesas efetivamente suportadas por seus familiares com o traslado do seu corpo e com seu funeral. Não estão cobertas as despesas com aquisição de jazigos e carneiros.

4.3.5.5.1. As despesas devem ser comprovadas mediante a apresentação de notas fiscais originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1 Este seguro não cobre, e a Seguradora não pagará o capital segurado ou reembolsará despesas com o traslado, funeral, enterro ou cremação do corpo do Segurado, se o sinistro decorrer direta ou indiretamente, de:

- a) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- b) uso de material nuclear, para quaisquer fins, incluídas a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou a exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- c) 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 quaisquer outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, salvo se o segurado estiver prestando de serviço militar;
- d) ato terrorista, cabendo à Seguradora comprová-lo com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente;
- e) direção de veículos automotores e aeronaves sem a devida habilitação legal;
- f) atos ilícitos dolosos ou contrários à lei praticados pelo Segurado, por seu beneficiário ou pelo representante de um ou de outro;

5.2 Além das hipóteses mencionadas no subitem 5.1, estão excluídos de cobertura nas garantias adicionais morte acidental e invalidez permanente e total por acidente, os sinistro decorrentes, direta ou indiretamente, de:

- a) qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências, parto ou aborto e suas conseqüências, choque anafilático e suas conseqüências, perturbações e

intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

b) quaisquer alterações mentais conseqüentes do uso de álcool, de drogas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas;

c) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada; esta exclusão não se aplica nos casos de: I) utilização, quanto necessária, de meio de transporte mais arriscado; II) atos de humanidade praticados em auxílio a outrem;

d) qualquer tipo de esporte que se não enquadre no conceito definido no subitem 2.35.

5.3 Além das hipóteses mencionadas no subitem 5.1, estão excluídos de cobertura na garantia invalidez funcional permanente por doença os riscos abaixo especificados, ainda que constituam quadros clínicos incapacitantes, que inviabilizem, de forma irreversível, o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente:

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 ou indireta, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;

b) as doenças em geral, cuja etiologia guarde relação direta de causa e efeito com a atividade laborativa exercida pelo segurado;

c) doenças agravadas por traumatismos;

d) doenças nas quais se documente alguma interação e/ou intercorrência relacionadas a traumatismos e/ou exposições a esforços físicos, repetitivos ou não, e/ou posturas viciosas.

5.4 Na garantia reembolso de despesas com traslado, funeral, sepultamento ou

cremação do corpo do Segurado, não são reembolsáveis:

a) as despesas com traslado, funeral, sepultamento ou cremação do corpo do Segurado, se a morte ocorrer, direta ou indiretamente, de uma das hipóteses mencionadas nos subitens 5.1;

b) quaisquer outras despesas que não as referentes ao traslado, funeral, sepultamento ou cremação do corpo do Segurado, como, por exemplo, as efetuadas para a aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

6. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

Há cobertura no Brasil e no exterior.

7 - CAPITAL SEGURADO

Os capitais segurados de cada cobertura escolhida são estabelecidos pelo **Estipulante** discriminados na **Proposta de Contratação e na apólice**, obedecendo aos limites mínimos e máximos comercializados pela Seguradora, seja na contratação ou durante a vigência do seguro, por manifestação do **Estipulante** ou oferta da **Seguradora**.

7.1 - A aceitação, pela Seguradora, de estabelecimento de capital segurado superior ao respectivo limite de retenção acarretará na observância de tal valor para efeito de pagamento da indenização, independentemente das penalidades cabíveis no caso de não repasse do valor excedente ao referido limite.

7.2 - O CAPITAL BÁSICO GLOBAL SEGURADO é a importância determinada pelo Estipulante para garantir o capital básico individual de todos os Segurados Titulares.

7.2.1 - A alteração do capital básico global segurado poderá ser efetuado em qualquer época, por meio de correspondência do Estipulante à Itaú Seguros S.A., que após análise da solicitação e estando dentro dos limites estabelecidos para o produto, emitirá o aditamento de alteração.

7.3 - O CAPITAL BÁSICO INDIVIDUAL é a parte do Capital Básico Global Segurado que cabe a cada um dos **Segurados Titulares**. Esta importância é a base para determinar o valor da indenização e será apurada por ocasião do falecimento ou invalidez do **Segurado Titular** segundo um dos seguintes critérios:

a) Uniforme

Estabelecido conforme a seguinte fórmula

$$CI = \frac{CG}{N}, \text{ onde}$$

CI = Capital Básico Individual do Segurado Titular. No caso de sócios dirigentes e/ou diretores estatutários o capital básico individual segurado será igual a n vezes o Capital Básico Individual do Segurado Titular. (o cliente poderá escolher n de 1 a 5).

CG = Capital Básico Global Segurado da Empresa na data do falecimento, do acidente que causou a invalidez, ou no caso de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, na data da constatação da invalidez atestada por declaração médica e reconhecida pela Seguradora.

N = Número de empregados que constarem da GRF-FGTS do mês anterior ao do falecimento, do acidente ou da constatação da invalidez, somado ao número de sócios e/ou dirigentes, caso os mesmos estejam incluídos no seguro.

7.3.1 - O Capital Básico Individual do Segurado Afastado é estabelecido conforme a fórmula estabelecida no caput deste item, substituindo-se N por Na, onde: $Na = N + 1$

7.4 - O capital Segurado do Cônjuge e Filhos, na opção Família, será feito mediante aplicação do percentual indicado na proposta e aceito pela Seguradora sobre o valor do capital, vigente na data do evento, do respectivo Segurado Titular.

7.4.1 - no caso de filhos menores de 14 (quatorze) anos, o estipulante e o segurado titular estão cientes de que o valor da indenização a ser pago está limitado ao valor das despesas com funeral, inclusive traslado, não estando inclusas aquelas decorrentes da aquisição de terrenos, jazigos, ou carneiro.

7.4.1.1 - . As despesas devem ser comprovadas mediante a apresentação de **notas fiscais originais especificadas**, que podem ser substituídas, a critério da **Seguradora**, por outros comprovantes satisfatórios.

7.5 - O estipulante está ciente de que o capital básico individual não será superior à quantia, em reais, correspondente ao resultado da multiplicação de 750 (setecentos e cinquenta) pelo índice acumulado do IGPM verificado no segundo mês anterior ao início de vigência da apólice ou da sua renovação.

7.5.1 - O cálculo do limite leva em consideração a base de 100 (cem) para o IGPM relativo ao mês de Agosto de 1994.

8 - TAXA MENSAL

A taxa mensal, bem como as despesas de comercialização, estão indicadas na Proposta de Contratação e na Apólice.

8.1 - A taxa mensal é calculada considerando-se o Código CNAE e as garantias contratadas.

8.2 - Sempre que solicitado, o Estipulante obriga-se a encaminhar à Seguradora, as GRF-FGTS relativas ao período de vigência da apólice, bem como o contrato social e relação contendo o nome e idade dos segurados afastados.

8.2.1 - Se qualquer dos dados considerados na fixação da taxa mensal estiver incorreto ou inexato, a Seguradora fica autorizada a efetuar o recálculo da referida taxa, ficando a critério exclusivo da seguradora a aplicação imediata da taxa recalculada.

8.3. As alterações de taxa que impliquem em ônus ou dever para os segurados ou a redução dos seus direitos dependerá da anuência expressa dos segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ do grupo segurado.

9. CONTRATAÇÃO DO SEGURO

9.1 CONTRATAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA

Recebida a **Proposta de Contratação** (subitem 2.57), a **Seguradora** terá o prazo de 15 (quinze) dias, contados do recebimento da Proposta, para manifestar-se sobre sua aceitação ou recusa.

9.1.1 Desde que fundamente o pedido, a Seguradora poderá solicitar ao Proponente a apresentação de documentos complementares para a análise e aceitação do risco.

9.1.2 Caso a Seguradora solicite documentos complementares, o prazo de aceitação de 15 (quinze) dias ficará suspenso a partir da solicitação, voltando a correr a partir da data em que forem cumpridas todas as exigências da Seguradora.

9.1.3 Caso a **Seguradora** não se manifeste durante o prazo de 15 (quinze) dias, a aceitação da Proposta será automática.

9.1.4 A compensação do cheque ou o recebimento do valor do prêmio pela Seguradora não implica aceitação do seguro.

9.2. RECUSA DA PROPOSTA

9.2.1 Caso a Seguradora não aceite a Proposta de Contratação, informará a recusa ao Proponente por escrito, justificando-a.

9.2.2 Caso tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento, parcial ou total, do prêmio, o valor adiantado será restituído ao Proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, contados da data da formalização da recusa, atualizado monetariamente na forma do subitem 14.2.

10. AFASTADOS

10.1 Os empregados, sócios dirigentes e/ou diretores estatutários, vinculados à Estipulante, que estejam afastados do serviço ativo no início de vigência da apólice, não poderão ser incluídos no seguro.

10.1.1. Quando do retorno às suas atividades profissionais e desde que conste da GRF-

FGTS serão automaticamente incluídos no seguro.

11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

11.1 VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA

A apólice de seguro vigorará por prazo determinado de 12 meses, podendo ser renovada automaticamente, uma única vez, pelo mesmo período, **salvo se o Estipulante ou a Seguradora comunicar à outra parte o seu desinteresse na renovação**, mediante aviso prévio com, no mínimo, 60 (sessenta) dias de antecedência do final da vigência da apólice.

11.1.1 As renovações subseqüentes dependerão de expressa manifestação de vontade da **Seguradora** e do **Estipulante**.

11.1.2 **Este seguro é por tempo determinado, tendo a Seguradora, o direito de não renová-lo ao término de sua vigência, sem obrigação de devolver os prêmios recebidos.**

11.1.3 Se a Proposta de Contratação houver sido recepcionada pela **Seguradora** sem adiantamento de prêmio, o início da vigência coincidirá com a data da aceitação.

11.1.4 Se a Proposta de Contratação houver sido recepcionada pela **Seguradora** com adiantamento de prêmio, o início da vigência coincidirá com a data da recepção da Proposta.

11.2 VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

11.2.1 O início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data da inclusão do Segurado na Apólice, de acordo com os subitens 3.1., 3.2. e 3.3.

9.2.2 Respeitadas a vigência correspondente ao prêmio pago, as hipóteses de exclusão da apólice e o cancelamento da apólice, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, caso ela não seja renovada.

12. CANCELAMENTO DA APÓLICE

12.1 CANCELAMENTO DA APÓLICE

A apólice poderá ser cancelada, a qualquer tempo, durante sua vigência, mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante, desde que haja anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

12.1.1 Nesse caso, a Seguradora, reterá o prêmio até então devido.

12.1.2 Respeitado o período de vigência correspondente ao prêmio pago, a apólice será automaticamente cancelada se o Estipulante deixar de pagar ou de repassar o prêmio à Seguradora até a data de seu vencimento, sem restituição de qualquer parcela do prêmio pago.

12.2 EXCLUSÃO DO SEGURADO DA APÓLICE E CESSAÇÃO DAS COBERTURAS

12.2.1 Respeitado o tempo de cobertura proporcional ao prêmio pago, o segurado será excluído da Apólice e as coberturas do seguro cessarão imediatamente se:

- a) o Segurado Titular solicitar a sua exclusão da apólice;
- b) a apólice de seguro não for renovada ao final de sua vigência;
- c) a apólice de seguro for cancelada durante a sua vigência, por acordo entre as partes (subitem 12.1);
- d) o Segurado Titular perder o vínculo com o Estipulante,
- e) o Estipulante deixar de pagar qualquer parcela do prêmio até o seu vencimento.

12.2.2 O segurado será excluído da Apólice e as garantias do seguro cessarão imediatamente se:

- a) ocorrer a morte do Segurado;
- b) for pago o capital segurado previsto para a Garantia Invalidez Funcional Permanente Total por Doença;
- c) o Segurado agravar intencionalmente o risco;
- d) o Segurado, ou seus beneficiários, ou os representantes de ambos, fraudarem

ou tentarem fraudar, agirem com dolo ou simulação na contratação do seguro ou durante a sua vigência, para obter ou majorar os valores devidos pela Seguradora;

e) o Segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros intencionalmente fizerem declarações inexatas ou omitirem circunstâncias que possam ter influído na aceitação da Proposta ou no valor do prêmio;

12.2.3 O Segurado Dependente será excluído da Apólice e as coberturas do seguro cessarão imediatamente:

- a) com a cessação da cobertura do Segurado Titular;
- b) com a morte ou exclusão do Segurado Titular;
- c) no caso de cessação da condição de dependente;
- d) a pedido do Segurado Titular;
- e) quando o Segurado Dependente for cônjuge do Segurado Titular, com a separação judicial ou divórcio; quando for o companheiro, com a solicitação escrita de cancelamento feita pelo Segurado Titular;
- f) quando os Segurados Dependentes forem incluídos na apólice como Segurados Titulares;
- g) quando o Segurado Dependente for filho ou dependente do Segurado Titular, ou filho do companheiro ou do cônjuge do Segurado Titular, com a cessação de dependência, conforme previsto no regulamento do Imposto de Renda;
- h) quando o Segurado Dependente for filho apenas do cônjuge do Segurado Titular, com a separação judicial ou o divórcio dos cônjuges;
- i) quando o Segurado Dependente for filho apenas do companheiro do Segurado Titular, com o cancelamento do registro de dependência da mãe e/ou pai;
- j) quando o Segurado Dependente tornar-se Empregado, Sócio Dirigente ou Diretor Estatutário do Estipulante.

13 - PAGAMENTO DO PRÊMIO

13.1 O prêmio do seguro e a forma de pagamento estão indicados na Proposta de Contratação.

13.2. O prêmio do seguro é obtido através da multiplicação da taxa média mensal correspondente pelo Capital Básico Global Segurado contratado.

13.3. O pagamento do prêmio do seguro pelo Estipulante deverá ser efetuado até a data de vencimento de cada parcela.

13.4 **O Estipulante é responsável pelo pagamento das faturas de prêmio emitidas pela Seguradora, que lhe serão apresentadas por intermédio da rede bancária.**

13.4.1 **Se o Estipulante não receber a fatura, deverá pagar a parcela até a data de seu vencimento, por meio de depósito em conta corrente da Seguradora, ou mediante ordem de pagamento bancário, com indicação do número da apólice, seguida do envio do comprovante à Seguradora.**

13.5 O pagamento da fatura em seu vencimento garante as coberturas contratadas até o último dia do período de cobertura a que o pagamento se referir. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo para pagamento da parcela do prêmio, **o direito às garantias não será prejudicado em sendo a parcela do prêmio paga até o vencimento.**

13.6 Caso a data de vencimento de qualquer parcela coincida com feriado bancário ou fim de semana, **o pagamento deverá ser feito até o primeiro dia útil subsequente.**

13.7 **É vedada ao Estipulante a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação, ou o recolhimento, a título de prêmio do seguro, de qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora e a ela devido.**

14. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

14.1. Os valores mencionados nestas Condições Gerais, serão atualizados monetariamente a cada ano, no aniversário da apólice, com base na variação do IGPM - Índice de Preços do Mercado, respeitando a periodicidade de um ano tanto para

apuração quanto para acumulação do índice.

14.2 A devolução de prêmio (subitem 9.2.2.), o pagamento do capital segurado e/ou o reembolso de despesas (subitem 4.3.4) devidos pela **Seguradora**, serão atualizados monetariamente de acordo com a variação do IGPM.

14.2.1 A variação será apurada entre as seguintes datas:

a) devolução do prêmio: entre a data do recebimento do prêmio pela **Seguradora** e a data de sua devolução ao **Segurado**;

b) pagamento do capital segurado: entre a data do sinistro e a data do pagamento do capital ao **Segurado** ou a seu(s) beneficiário(s);

c) reembolso de valores: entre a data do pagamento das despesas indicada na nota fiscal e a data do reembolso aos familiares do **Segurado**.

14.2.2 O índice do IGPM a ser aplicado será o divulgado pela Fundação Getúlio Vargas (FGV) no mês imediatamente anterior às datas mencionadas no subitem 14.2.1.

14.2.3 Na hipótese de extinção do IGPM, será utilizado o IPCA e, na hipótese de extinção do IPCA, será utilizado o IPC/FIPE. Na hipótese de extinção do IPC/FIPE, será utilizado o índice previamente submetido à SUSEP e por ela autorizado.

15. LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

15.1 JUNTA MÉDICA

Havendo divergências sobre a causa, a natureza ou a extensão das lesões ou da doença, a **Seguradora**, em até 15(quinze) dias contados da data da contestação apresentada pelo **Segurado**, proporá a ele, por meio de correspondência escrita, a constituição de uma junta médica. A junta será constituída por 3 (três) peritos médicos, um nomeado pela **Seguradora**, outro pelo **Segurado**, e, um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois peritos.

15.1.1 Não serão aceitos como peritos o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, seus parentes consanguíneos ou afins, ainda que

habilitados a exercer a prática da Medicina.

15.1.2 O prazo para a constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data em que o **Segurado** indicar seu perito.

15.1.2.1 Cada uma das partes pagará os honorários do perito que tiver indicado. Os honorários do terceiro perito serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

15.2 FIXAÇÃO E PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

15.2.1 A liquidação dos sinistros considerará o capital segurado vigente na data do sinistro. Considera-se data do sinistro:

- a) na Garantia Morte: a data do falecimento;
- b) nas Garantias Adicionais Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial **por Acidente**: a data do acidente;
- c) na Garantia Adicional Invalidez Funcional Permanente Total **por Doença**: a data da declaração médica fornecida por médico assistente do **Segurado**, desde que a **Seguradora** reconheça a invalidez;

15.2.2 O direito ao recebimento do capital segurado depende de o prêmio de seguro haver sido pago até a data limite prevista no respectivo documento de cobrança. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo para pagamento do prêmio, o direito ao recebimento do capital segurado ou do reembolso não será prejudicado em sendo o prêmio pago até o vencimento.

15.3 DESPESAS DE COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

15.3.1 Salvo as realizadas pela Seguradora, a quem são facultadas todas as medidas necessárias à elucidação do sinistro, as demais despesas são de inteira responsabilidade do Segurado, ou de seu beneficiário.

15.3.2 Havendo necessidade de tradução de documentos relacionados à liquidação de

sinistros, os encargos respectivos serão custeados pela **Seguradora**.

15.4 PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

A ocorrência do sinistro deve ser comunicada pelo Segurado, ou por seu beneficiário, ao Estipulante assim que possível, cabendo ao Estipulante comunicá-lo imediatamente à Seguradora.

15.4.1 Após a comunicação, devem ser obrigatoriamente entregues à **Seguradora**:

- a) o formulário de Aviso de Sinistro;
- b) cópias autenticadas dos documentos relacionados a seguir:

I - No caso de qualquer das garantias:

- a) Cópia do último "holerite" do **Segurado Titular** e das três últimas GRF-FGTS;
- b) Cópia da Cédula de Identidade e CPF ou outro documento de identificação do Segurado Titular e do(s) beneficiário(s);
- c) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- d) Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente automobilístico, se o **Segurado** era o motorista envolvido);
- e) Comprovante de residência (conta de luz, água, gás e na falta destes, qualquer outro documento de comprovação) do Segurado Titular e do(s) beneficiário(s);
- f) Autorização para crédito de indenização em conta corrente.

II - No caso de Morte do Segurado

- a) Certidão de Óbito;
- b) Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal;
- c) Laudo de Dosagem alcoólica e toxicológico em caso de morte por acidente;
- d) **no caso de reembolso de despesas com funeral, deverão ser enviados os recibos originais de despesas, observando o disposto no subitem 4.3.4.1**

III - No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente do Segurado Titular

- a) Exame de Corpo de Delito;

- b) Relatório médico preenchido pelo médico que prestou o primeiro atendimento;
- c) Relatório, assinado e carimbado pelo médico assistente, após a alta clínica definitiva, detalhando a natureza da lesão, o grau de invalidez e se o segurado encontrava-se em tratamento quando do Aviso do Sinistro.
- d) as radiografias e exames realizados pelo segurado.
- e) Laudo de Dosagem alcoólica e toxicológico.

IV - No caso de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença do Segurado Titular:

a) relatório do médico-assistente do Segurado:

i. indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi oficialmente diagnosticada; e

ii. 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 Autônomicas do Segurado.

b) 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 no item anterior.

c) No caso de portadores de doença em fase terminal: laudo médico que ateste e justifique a invalidez, descrevendo o quadro clínico atual do segurado e quais as possibilidades de recuperação, anexando exames comprobatórios da doença;

15.4.2 Documentos do(s) beneficiário(s)

a) Cônjuge: Certidão de Casamento, Cédula de Identidade C.P.F. e Comprovante de Residência.

a.1) Na inexistência da Proposta de Adesão com a designação de beneficiários, a Certidão de Casamento deverá ser atualizada;

b) Companheira(o): Comprovação de que o beneficiário vivia com o segurado em situação de união estável, Cédula de Identidade e C.P.F. e Comprovante de Residência;

c) Filhos: Certidão de Nascimento e/ou Cédula de Identidade e C.P.F. e Comprovante de Residência;

d) Pais: Certidão de Casamento, Cédula de Identidade e C.P.F. e Comprovante de Residência;

e) Irmãos: Certidão de Nascimento e/ou Cédula de Identidade e C.P.F. e Comprovante de Residência.

15.4.2.1 - Documentos complementares quando não há designação expressa de beneficiários ou quando não prevalecer a indicação feita pelo segurado titular.

a) Declaração de Herdeiros;

b) Declaração de Bens Particulares.

15.5 Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora, para análise do sinistro, poderá exigir a apresentação de outros documentos que não os previstos nos subitens 15.4

15.6 Após a entrega de todos os documentos, **em se comprovando a cobertura do sinistro**, a Seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para efetuar o pagamento do capital segurado e/ou para reembolsar aos familiares do **Segurado** as despesas com o traslado, funeral, enterro ou cremação do corpo do **Segurado**.

15.7 Se forem exigidos novos documentos (subitem 15.5), o prazo de 30 (trinta) para pagamento do capital segurado ou do reembolso de despesas será suspenso no momento de sua solicitação, voltando a fluir a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem

completamente atendidas as exigências da Seguradora.

15.8 Apurado o capital segurado, seu valor será atualizado monetariamente na forma dos subitens 14

16. MORA DA SEGURADORA

16.1 Se a Seguradora não devolver o prêmio, não pagar o capital segurado ou não reembolsar os familiares do Segurado no prazo contratualmente previsto, o valor devido será acrescido de juros de mora, sem prejuízo de multa no importe de 2 % (dois por cento), aplicada de uma só vez.

16.2 Os juros moratórios, de 12% (doze por cento) ao ano, serão calculados, em base *pro rata die*, desde o primeiro dia subsequente àquele em que a obrigação tornou-se contratualmente exigível, até a data do efetivo pagamento.

17. PERDA DO DIREITO ÀS GARANTIAS

O Segurado perderá o direito ao recebimento dos valores previstos em todas as garantias, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade, se:

17.1 o Segurado agravar intencionalmente o risco;

17.2 o Segurado, os seus beneficiários, ou os representantes de ambos, fraudarem ou tentarem fraudar, agirem com dolo ou simulação na contratação do seguro ou durante a sua vigência, para obter ou majorar os valores dos capitais segurados ou dos reembolsos devidos pela Seguradora;

17.3 o Segurado ou seu beneficiário descumprirem obrigação prevista em lei ou neste contrato;

17.4 o Segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros fizerem declarações inexatas ou omitirem circunstâncias que possam ter influído na aceitação da Proposta de Contratação ou no valor do prêmio;

nesse caso, o Segurado, além de perder o direito à garantia, estará obrigado ao pagamento do prêmio vencido;

17.4.1 se a inexatidão ou a omissão não resultar de má-fé:

17.4.1.1 caso não tenha ocorrido sinistro, a Seguradora:

17.4.1.1.1. excluirá o segurado da Apólice; ou

17.4.1.1.2. mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo as garantias contratadas.

17.4.1.2. se houve sinistro, com o pagamento parcial do capital segurado, a Seguradora:

17.4.1.2.1. excluirá o segurado da Apólice, após o pagamento do valor devido ao Segurado, dele deduzindo a eventual diferença de prêmio decorrente do risco não considerado em razão da omissão ou inexatidão das declarações, proporcionalmente ao tempo de permanência do segurado na Apólice até então decorrido.

17.4.1.2.2. mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo as garantias contratadas.

17.4.1.3 se houve sinistro, com o pagamento integral do capital segurado, a Seguradora excluirá o segurado da Apólice, após o pagamento do valor devido ao Segurado, dele deduzindo a eventual diferença de prêmio decorrente do risco não considerado em razão da omissão ou da inexatidão das declarações;

17.5. o Segurado não comunicar à Estipulante, que deverá comunicar à Seguradora, logo que o saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, se comprovado que silenciou de má-fé;

17.5.1. comunicada do agravamento do risco, a Seguradora terá o prazo de 15 (quinze dias), contados da recepção da comunicação, para dar ciência ao

Segurado, por escrito, da sua decisão de:

17.5.1.1 excluir o segurado da Apólice; ou

17.5.1.2 restringir a cobertura contratada, mediante acordo entre as partes; ou

17.5.1.3 cobrar a diferença de prêmio cabível, nos termos da regulamentação em vigor.

17.5.1.4 a opção pela exclusão do Segurado da Apólice só será eficaz 30 (trinta) dias após a comunicação da decisão ao Segurado, devendo ser-lhe restituída a diferença de prêmio calculada proporcionalmente ao período a decorrer, se houver.

18- BENEFICIÁRIOS

O Segurado Titular poderá alterar ou indiciar seus beneficiários a qualquer tempo, por meio de solicitação formal preenchida e assinada.

18.1 Se o **Segurado Titular** morrer sem indicar beneficiários, ou se não prevalecer a indicação feita, o capital segurado será pago por metade ao seu cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária.

18.2 O beneficiário do Segurado Dependente será sempre o Segurado Titular.

19. OBRIGAÇÕES DE ESTIPULANTE

a) fornecer à **Seguradora** todas as informações previamente estabelecidas como necessárias para a análise e aceitação do risco, incluindo dados cadastrais necessários à análise do risco;

b) manter a **Seguradora** informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, das alterações na natureza do risco coberto, bem como de quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;

c) fornecer ao **Segurado**, sempre que lhe for solicitada, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;

d) discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando a emissão de tal documento for de sua responsabilidade;

e) repassar os prêmios à **Seguradora** nos prazos estabelecidos contratualmente;

f) repassar aos **Segurados** todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

g) discriminar a razão social, e se for o caso, o nome fantasia da **Seguradora** responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o **Segurado**;

h) comunicar de imediato à Seguradora a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que dele tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;

i) dar ciência aos **Segurados** dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

j) comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;

l) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;

m) informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da **Seguradora**, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do **Estipulante**.

n) manter atualizados e fornecer, sempre que solicitado informações cadastrais e/ou documentos pessoais dos segurados, necessários para atendimento à Circular Susep nº 327/2006 referente à prevenção do crime de lavagem de dinheiro, ou norma que a substitua.

20. PUBLICIDADE DAS INFORMAÇÕES DO SEGURO

A **Seguradora** está obrigada a fornecer ao **Estipulante** e aos **Segurados** todas as



informações necessárias ao acompanhamento do seguro, inclusive, eventual inadimplência do **Estipulante**, sempre que lhe forem solicitadas.

21. PROPAGANDA E MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a divulgação do seguro por parte do Estipulante somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da **Seguradora**.

22. ALTERAÇÕES DO CONTRATO

Nenhuma alteração deste contrato será válida se não for feita por meio de aditamentos ou endossos emitidos pela **Seguradora**.

22.1 - Qualquer modificação na apólice em vigor que implique ônus ou dever para os Segurados, ou redução de seus direitos, dependerá de anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado, nos termos do artigo 801 do Código Civil.

23. DISPOSIÇÕES FINAIS

23.1 A aceitação do seguro está sujeita à análise do risco.

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

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

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

23.5 Os prazos prescricionais incidentes sobre direitos e obrigações decorrentes do contrato de seguro são os determinados em lei.

24. TOLERÂNCIA

A tolerância de uma das partes quanto ao descumprimento de qualquer obrigação pela outra parte não significará renúncia ao direito de exigir o cumprimento da obrigação, nem perdão, nem alteração do que foi aqui contratado.

25. FORO

Fica eleito o foro do domicílio do **Segurado**, ou conforme o caso, o do seu beneficiário, para dirimir eventuais questões oriundas do presente contrato de seguro.

SOLUÇÃO AMIGÁVEL DE CONFLITOS

Para a solução amigável de eventuais conflitos relacionados a este contrato, o segurado poderá entrar em contato com o Itaú Seguros Resolve: 4004-4444 - Capitais e Principais Regiões Metropolitanas ou 0800 727 4444 - Demais localidades. Atendimento 24 horas para Serviços de Assistência e das 6 h às 24 h para demais informações. O Itaú coloca ainda à disposição do Cliente o SAC - Itaú (0800 728 0728) e o Fale Conosco (www.itaui.com.br). Se não for solucionado o conflito, o Cliente poderá recorrer à Ouvidoria Corporativa Itaú (0800 570 0011), em dias úteis, das 9 às 18 horas, Caixa Postal 67.600, CEP 03162-971. Central de Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 722 1722.