



SEGURO ACIDENTES PESSOAIS PREMIÁVEL

Índice

I. CONDIÇÕES GERAIS.....	4
1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES	4
2. APRESENTAÇÃO	4
3. ESTRUTURA DESTE CONTRATO DE SEGURO	4
4. GLOSSÁRIO	4
5. OBJETIVO	7
6. COBERTURAS	7
7. RISCOS COBERTOS	8
8. RISCOS EXCLUÍDOS	8
9. ÂMBITO GEOGRÁFICO	9
10. DOCUMENTOS DO SEGURO	10
11. CARÊNCIAS E FRANQUIAS	10
12. CONTRATAÇÃO	10
13. ACEITAÇÃO	11
14. VIGÊNCIA	11
15. RENOVAÇÃO	12
16. CAPITAL SEGURADO.....	12
17. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO	12
18. PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO	12
19. RECÁLCULO E REAVALIAÇÃO DO PRÊMIO	13
20. CANCELAMENTO	13
21. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	14
22. JUNTA MÉDICA	15
23. PERÍCIA DA SEGURADORA	16
24. PAGAMENTO DA ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.....	16
25. PERDA DE DIREITOS	16

26. CLÁUSULA BENEFICIÁRIA	17
27. ALTERAÇÃO NA APÓLICE.....	18
28. PRESCRIÇÃO.....	18
29. FORO	18
30. COMO PROCEDER EM CASO DE SINISTRO	19
31. COMUNICAÇÕES	19
32. OUVIDORIA.....	20
II CONDIÇÕES ESPECIAIS	21
CLÁUSULA 1ª – MORTE ACIDENTAL - MA.....	21
CLÁUSULA 2ª – MORTE ACIDENTAL EM EVENTO PRAZO CURTO - MAEPC	21
CLÁUSULA 3ª - INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE - IPA	22
CLÁUSULA 4ª - DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE - DMHO	25
CLÁUSULA 5ª - DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE - DIH	26
CLÁUSULA 6ª - INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE EM EVENTO PRAZO CURTO - IPAEPCC.....	28
CLÁUSULA 7ª - DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE EM EVENTO PRAZO CURTO - DMHOEPCC.....	31
III ASSISTÊNCIA FUNERAL INDIVIDUAL.....	33
IV REGULAMENTO DO SORTEIO SEMANAL.....	37

I. CONDIÇÕES GERAIS

1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES

1.1. A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco.

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

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

2. APRESENTAÇÃO

2.1. Apresentamos a seguir as Condições Contratuais do seu seguro de Acidentes Pessoais, que estabelecem as normas de funcionamento das coberturas contratadas.

2.2. Para os devidos fins e efeitos, serão consideradas em cada caso somente as condições correspondentes às coberturas aqui previstas, contratadas e discriminadas na apólice, desprezando-se quaisquer outras.

2.3. Mediante a contratação do seguro, o Segurado aceita as **CLÁUSULAS LIMITATIVAS** que se encontram no texto destas condições contratuais.

2.4. Salientamos que, para os casos não previstos nestas condições contratuais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.

3. ESTRUTURA DESTE CONTRATO DE SEGURO

3.1. Este contrato de seguro é subdividido em Condições Gerais e Condições Especiais que, em conjunto, recebem o nome de Condições Contratuais.

3.2. Condições Gerais é o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo as obrigações e direitos da sociedade Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

3.3. Denominamos Condições Especiais o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

4. GLOSSÁRIO

4.1. Para facilitar a compreensão dos termos utilizados, apresentamos relação com os principais termos técnicos empregados neste contrato, a qual passa a fazer parte integrante das Condições Contratuais.

ACEITAÇÃO: Ato de aprovação, pela seguradora, da proposta a ela submetida para a contratação do seguro.

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

a) Incluem-se nesse conceito:

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

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

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

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

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

b) Excluem-se desse conceito:

b.1) 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.2) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

b.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicas, em qualquer tempo;

b.4) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como sendo "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definida nestas Condições Gerais.

APÓLICE: É o instrumento representativo do contrato de seguro. É o ato escrito que constitui a prova formal desse contrato. É nela que estão obrigatoriamente descritos todos os dados referentes ao seguro e ao risco assumido pela seguradora. Por isso o que não constar, não estiver incluído ou não fizer parte integrante da apólice não está coberto pelo seguro.

AVISO DE SINISTRO: É a comunicação formal à Seguradora sobre a ocorrência de sinistro durante a vigência da apólice pelo segurado ou beneficiário do seguro. O aviso de sinistro deve ocorrer imediatamente após sua ocorrência.

BENEFICIÁRIO: É a pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência de sinistro coberto.

BOA FÉ: É o princípio básico de qualquer contrato, pois é indispensável que haja confiança mútua entre todas as partes envolvidas. Este princípio obriga as partes a agirem com a máxima honestidade e em fiel cumprimento às leis e ao contrato de seguro.

CAPITAL SEGURADO: Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.

CARÊNCIA: período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

COBERTURA: É a designação genérica utilizada para indicar as obrigações que a seguradora assume para com o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto, desde que constantes na apólice do seguro.

CONDIÇÃO PREEXISTENTE: é a condição de saúde do segurado na data da contratação do seguro. Sintomas de doenças e existência de antecedentes médico-hospitalares ou por exames diagnósticos.

CORRETOR: É a pessoa física ou jurídica legalmente autorizada a angariar e promover contratos de seguro entre as seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de direito privado. O corretor de seguros responderá civilmente perante os Segurados e as seguradoras pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência no exercício da profissão. O corretor é o responsável por dar ciência ao Segurado de qualquer informação relativa ao seguro e/ ou comunicação efetuada pela seguradora.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE E ATIVIDADE (DSA): é o formulário no qual o proponente do seguro, presta as informações sobre a sua atividade e seu estado de saúde, substituindo o exame médico e por elas se responsabiliza, sob as penas previstas no Código Civil.

DECLARAÇÃO MÉDICA: Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico assistente do Segurado ou algum outro médico escolhido exprime seu parecer sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

DEPENDENTES: São o cônjuge ou companheiro (a), os filhos, os enteados, desde que sejam menores e considerados dependentes do Segurado, de acordo com a legislação do Imposto de Renda e/ou Previdência Social, quando incluídos no seguro e desde que não estejam relacionados como Segurados.

DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é o valor escolhido pelo Segurado e definido na apólice, indenizável em caso de ocorrência comprovada do sinistro decorrente de acidente pessoal coberto.

DOENÇA PREEXISTENTE: É a doença de conhecimento do segurado, seja pela existência de antecedentes médico-hospitalares ou por exames diagnósticos comprobatórios, e não declarada na proposta de contratação.

DOLO: É o ato consciente pelo qual alguém age de má-fé ou por meio fraudulento, visando prejuízo pré-concebido, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.

ENDOSSO: É o documento através do qual se formaliza qualquer eventual alteração na apólice.

EVENTO COBERTO: É o acontecimento futuro e incerto, de natureza involuntária, ocorrido durante a vigência do seguro e previsto nas condições contratuais.

EVENTO PRAZO CURTO: é o evento realizado pelo Segurado, por prazo curto e determinado, com local definido e para o qual a cobertura do seguro é contratada.

FRANQUIA: É o período de tempo, ininterrupto, pelo qual deve perdurar a internação hospitalar para que o segurado tenha direito à cobertura dada pelo seguro.

GARANTIAS: são as obrigações que a seguradora assume com o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto, previsto nestas condições gerais.

HOSPITAL: é o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes. Não se entende como estabelecimento hospitalar, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescência para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool.

INDENIZAÇÃO: É o valor a ser pago pela seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada.

INÍCIO DE VIGÊNCIA: É a data a partir da qual as coberturas propostas serão garantidas pela seguradora.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é a internação em Hospital com duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas.

IPCA: Índice de Preços ao Consumidor Amplo, publicado pelo IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

MÉDICO: Profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que esteja assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada. **Não serão aceitos como médicos o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**

PERÍODO DE COBERTURA: aquele durante o qual o Segurado ou os Beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

PRÊMIO: Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

PROPONENTE: É a pessoa física interessada em contratar o seguro e que passará à condição de Segurado somente após a sua aceitação pela seguradora.

PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO: Documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

RISCO COBERTO: É o risco amparado pela apólice em vigor e em consonância com todas as suas cláusulas.

RISCOS EXCLUÍDOS: São os riscos que não estão cobertos pela apólice em vigor, conforme previsto nas Condições Gerais e/ou Especiais.

SEGURADO: É a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

SEGURADORA: Empresa legalmente constituída para assumir e gerir riscos, devidamente especificados nos contratos de seguro.

SINISTRO: É a ocorrência de acontecimento previsto pelo contrato de seguro, de natureza súbita, involuntária e imprevista.

VIGÊNCIA: É o período de tempo no qual o segurado terá cobertura nas garantias contratadas.

5. OBJETIVO

5.1. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao próprio Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas coberturas contratadas, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais.**

6. COBERTURAS

6.1. Este seguro oferece um total de 7 (sete) coberturas divididas em:

6.1.2. Coberturas Básicas:

- a) Morte Acidental – MA ;
- b) Morte Acidental em Evento Prazo Curto – MAEPC ;

6.1.3. Coberturas Opcionais:

- c) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA
- d) Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente – DMHO
- e) Diária por Internação Hospitalar por Acidente – DIH

- f) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Evento Prazo Curto – IPAEP
- g) Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente em Evento Prazo Curto – DMHOEP

6.2. Condições para contratação das coberturas:

6.2.1. Deverá ser contratada, obrigatoriamente, pelo menos uma das coberturas básicas.

7. RISCOS COBERTOS

7.1. Este seguro oferece cobertura para os riscos definidos como cobertos nas Condições Gerais e/ou Especiais.

8. RISCOS EXCLUÍDOS

8.1. Além dos riscos excluídos especificamente descritos em cada cobertura, este seguro não cobre os eventos ocorridos em consequência de:

- a) Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocado ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) Invasão, hostilidade, atos ou operações de guerra declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, rebelião, insurreição militar, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em serviço de outrem;**
- c) Doenças preexistentes de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de contratação, que contribua direta ou indiretamente na caracterização de um evento previsto nestas condições contratuais;**
- d) Suicídio ou tentativa de suicídio nos primeiros 2 anos de vigência inicial do contrato;**
- e) Atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro;**
- f) Epidemias declaradas pelo órgão competente, gripe aviária, ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população;**
- g) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do segurado, do(s) Beneficiário(s) ou pelo representante legal de um ou de outro, de atos ilícitos ou contrários à lei, salvo os decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prática de esporte, da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- h) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- i) Procedimentos não previstos no código brasileiro de ética médica e não reconhecidos pelo serviço nacional de fiscalização de medicina e farmácia;**
- j) Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Tendinite, Sinovite, Tenossinovite, Artrite, Dormio Facial, Cervicobraquialgia e todos os processos inflamatórios inespecíficos relacionados a Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT);**
- k) Não obstante o que em contrário possam dispor as condições contratuais do presente seguro, fica entendido e concordado que, para efeito indenitário, não estarão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar 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.

8.2. Além dos riscos mencionados acima, estão também expressamente excluídos da cobertura de acidentes pessoais, os acidentes ocorridos em consequência de:

- a) Intercorrências ou complicações conseqüentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, choque anafilático e suas conseqüências, acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- b) Acidentes sofridos antes da contratação do seguro, ainda que manifestado durante a sua vigência;**
- c) Mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa;**
- d) Eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido no item nº 4 destas condições contratuais;**
- e) Gravidez, parto ou aborto, tratamento para esterilização, fertilização, mudança de sexo e suas conseqüências, mesmo quando provocado por acidente;**
- f) Qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências;**
- g) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;**
- h) Perda de dentes e danos estéticos;**
- i) Viagens, como passageiro ou tripulante, em aeronaves ou embarcações que não possuam em vigor, autorização das autoridades competentes para voar ou navegar;**
- j) Doenças, inclusive 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.**

9. ÂMBITO GEOGRÁFICO

9.1. A cobertura de Morte Acidental é válida em todo o globo terrestre.

9.2. A cobertura de Invalidez Permanente é válida somente para o diagnóstico da invalidez em território brasileiro, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

9.3. A cobertura de Diária por Internação Hospitalar por Acidente é válida somente para a internação em território brasileiro, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

9.4. A cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente é válida somente para as despesas em território brasileiro, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

9.5. As coberturas de Morte Acidental em Evento Prazo Curto, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Evento Prazo Curto e Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente em Evento Prazo Curto são válidas somente se o acidente causador do evento coberto ocorrer dentro do local do Evento Prazo Curto, e o local do Evento Prazo Curto for em território brasileiro.

10. DOCUMENTOS DO SEGURO

10.1. São documentos do presente seguro a proposta de contratação e a apólice com os seus anexos.

10.2. As alterações para os documentos citados no subitem 10.1 serão válidas mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado e receber concordância de ambas as partes contratantes.

10.3. A seguradora deverá fornecer, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta de contratação por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

10.4. Não é válida a presunção de que a seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem dos documentos citados nesta cláusula, e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas condições contratuais.

11. CARÊNCIAS E FRANQUIAS

11.1. Não haverá carência para as coberturas de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data de contratação ao seguro.

11.2. Haverá franquia de 12 (doze) horas para a cobertura de Diária por Internação Hospitalar por Acidente.

12. CONTRATAÇÃO

12.1. A inclusão dos proponentes é feita pela contratação das coberturas oferecidas por este seguro, mediante assinatura e preenchimento completo da proposta de contratação, pelo proponente, por seu representante legal, ou pelo corretor de seguros. A veracidade das informações fornecidas é de responsabilidade do proponente.

12.2. A proposta de seguro é individual, devendo o interessado além de assinar, preencher todos os campos aplicáveis do formulário próprio indicando inclusive seu Beneficiário.

12.3. O preço e as condições deste seguro são estabelecidos com base em premissas atuariais que levam em conta a idade de ingresso do Segurado de 14 até 70 anos.

12.4. No ato da contratação será obrigatório o preenchimento e a assinatura, pelo proponente, da Proposta de Contratação e da Declaração de Saúde e Atividade, que serão encaminhadas à seguradora para análise de sua aceitação.

12.5. A seguradora não aceitará a contratação de mais de um seguro regido por estas Condições Gerais, se a soma dos capitais segurados para uma mesma cobertura ultrapassar o limite técnico de aceitação da seguradora ou o limite máximo estipulado para sua idade na data da contratação.

12.6. Se os dados da apólice estiverem diferentes dos informados na proposta de contratação, o Segurado deverá solicitar à seguradora que corrija a divergência existente.

12.7. Efetivada a aceitação da proposta de contratação pela seguradora, deverá ser efetuado o pagamento da 1ª (primeira) parcela do prêmio quando terá início a vigência do seguro.

12.8. Para que o proponente seja elegível à contratação do seguro deverá estar em plena atividade de suas funções e perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

12.9. As condições contratuais do seguro estarão à disposição do proponente previamente à assinatura da proposta de contratação, devendo o proponente, seu representante ou seu corretor de seguros assinar uma declaração, que poderá constar da própria proposta de contratação, de que tomou ciência das condições contratuais.

13. ACEITAÇÃO

13.1. A seguradora disporá do prazo de 15 (quinze) dias corridos para aceitar ou recusar o risco, contados da data do recebimento da proposta de contratação, seja para seguros novos ou para alterações que impliquem modificações dos riscos originalmente aceitos ou ainda para as renovações. Caberá à seguradora fornecer ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta de contratação por ele recepcionado, com indicação da data e hora de seu recebimento.

13.2. Caso a seguradora solicite documentos complementares para análise do risco, o que poderá ser feito apenas uma vez, este prazo ficará suspenso, voltando a correr a partir do primeiro dia útil após a data em que se der a entrega desses documentos.

13.3. A ausência de comunicação da Seguradora, por escrito, no prazo previsto no item 13.1, caracterizará a aceitação tácita da proposta

13.4. Caso o seguro venha a ser recusado, a seguradora informará ao Segurado ou ao seu corretor, especificando os motivos da recusa. Na hipótese em que já tenha havido pagamento do prêmio, os valores pagos sujeitam-se a atualização monetária pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), a partir da formalização da recusa até a data efetiva da restituição pela seguradora, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. Os valores pagos sujeitam-se a atualização monetária pela variação positiva do Índice de Preço ao Consumidor Ampliado (IPCA) divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a partir da formalização da recusa até a data efetiva da restituição pela seguradora.

13.5. A aceitação do risco implicará na emissão, pela seguradora, da apólice, o qual será entregue ao Segurado contendo, no mínimo, as datas de início e término de vigência do seguro, os capitais segurados de cada cobertura contratada e o prêmio.

13.6. O pagamento da primeira parcela do seguro, assim como o preenchimento e a assinatura da proposta de contratação, caracteriza a ciência, aceitação e a concordância, pelo Segurado, das condições contratuais deste seguro.

13.7. Caso o proponente desista da contratação após a aceitação da proposta de contratação, ele terá até 30 (trinta) dias corridos, contados da data da emissão do seguro, para solicitar, por escrito, o cancelamento e a devolução do valor referente à(s) parcela(s) do(s) prêmio(s) pago(s).

14. VIGÊNCIA

14.1. O prazo de vigência deste seguro será de até 24 meses.

14.2. O início de vigência da apólice se dará às 24 (vinte e quatro) horas da data da aceitação da proposta de contratação, quando não houver pagamento de prêmio. No caso de haver o pagamento de prêmio, o início de vigência será às 24 (vinte e quatro) horas da data do pagamento do prêmio, ou em outro dia se solicitado expressamente pelo proponente.

14.3. O término de vigência ocorrerá também às 24h (vinte e quatro horas) da data para tal fim indicada na apólice.

14.4. Especificamente para as coberturas de Morte Acidental em Evento Prazo Curto (MAEPC), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Evento Prazo Curto (IPAEP) e Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente em Evento Prazo Curto (DMHOEPC), se contratadas, o início e o término da vigência da apólice e do risco individual será indicada na apólice de seguro.

15. RENOVAÇÃO

15.1. A apólice é emitida com o prazo de vigência de até 24 (vinte e quatro) meses e poderá ser renovada automaticamente, por igual período, uma única vez, **caso não haja expressa desistência de uma das partes até 60 (sessenta) dias antes do término da vigência.** As renovações posteriores ocorrerão somente mediante expressa solicitação do Segurado.

15.2. No final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, a cobertura do seguro cessará automaticamente, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos.

15.3. Na renovação será emitida pela seguradora a apólice, contendo, no mínimo, as datas de início e término de vigência do seguro, os capitais segurados de cada cobertura e o prêmio.

15.4. Anualmente será verificado o equilíbrio técnico-atuarial do seguro, podendo gerar reavaliação das taxas. Caso haja reavaliação das taxas, esta deverá ser realizada na data da renovação da apólice.

15.5 Este seguro é por prazo determinado, tendo à Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data do vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

16. CAPITAL SEGURADO

16.1. O capital segurado contratado para cada cobertura constará na apólice e é o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto, vigente na data do evento, e será expresso em moeda corrente nacional.

16.2. Para todas as coberturas deste seguro, o pagamento da indenização será realizado sob a forma de pagamento único.

17. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO

17.1. Até a ocorrência do evento gerador, o valor do capital segurado e do prêmio, mencionados nestas condições gerais e referentes à cobertura contratada pelo Segurado, serão atualizados anualmente, no aniversário da apólice, com base na variação acumulada do índice IPCA de 3 meses anteriores à data do reajuste.

18. PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO

18.1. O pagamento do prêmio poderá ser feito à vista ou em parcelas durante o período de vigência do seguro, sempre antecipadamente.

18.2. A forma de cobrança será estabelecida no ato da contratação.

18.3. O prêmio do seguro poderá ser parcelado utilizando o cálculo na base “pro-rata-temporis” ou utilizando a tabela de prazo curto especificada a seguir:

RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
13	15/365
20	30/365
27	45/365
30	60/365
37	75/365
40	90/365
46	105/365
50	120/365
56	135/365
60	150/365
66	165/365
70	180/365
73	195/365
75	210/365
78	225/365
80	240/365
83	255/365
85	270/365
88	285/365
90	300/365
93	315/365
95	330/365
98	345/365
100	365/365

18.3.1. Para percentuais não previstos na tabela de prazo curto, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

18.4. Caso a data estabelecida para o pagamento do prêmio corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o Segurado poderá efetuar o pagamento no primeiro dia útil após tal data, desde que haja expediente bancário, sem que haja suspensão de suas coberturas.

18.5. Em caso de falta de pagamento, o seguro será automaticamente cancelado e a cobertura não poderá ser reativada.

18.6. A devolução do valor do prêmio por qualquer que seja o motivo, desde que devida, será atualizada com base na variação do IPCA da data do recebimento pela seguradora até a efetiva devolução.

18.7. De acordo com as características do seguro, não está prevista a devolução ou resgate de prêmio ao Segurado, exceto para suicídio ou tentativa de suicídio, nos primeiros 24 (vinte e quatro) meses de vigência inicial do seguro, quando será devolvido o prêmio puro pago referente ao prazo de risco a decorrer, a contar da data de ocorrência do suicídio.

19. RECÁLCULO E REAVALIAÇÃO DO PRÊMIO

19.1. O valor do prêmio do seguro poderá ser recalculado caso haja cancelamento de uma ou mais coberturas em consequência do pagamento do sinistro.

20. CANCELAMENTO

20.1. O seguro será cancelado nas seguintes situações:

a) Quando for solicitado pelo Segurado;

b) No final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos;

c) Em caso de cancelamento da apólice, segundo as regras estabelecidas nestas Condições Gerais;

d) Automaticamente com a falta de pagamento da parcela mensal do seguro;

e) Quando o Segurado, mediante solicitação por escrito à seguradora, requerer o cancelamento do seguro, considerando que:

I – para seguros com pagamento de prêmio parcelado, haverá devolução da parcela paga, quando solicitado em até 30 (trinta) dias corridos da emissão da apólice. Após esta data, o Segurado deverá solicitar o cancelamento até 30 (trinta) dias antes da próxima data de vencimento, para suspender as próximas cobranças;

II – para seguros com pagamento de prêmio integral à vista, haverá devolução do prêmio pago quando solicitado em até 30 (trinta) dias corridos da emissão da apólice. Após essa data, a seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido, na base “pro-rata-temporis”, e o prêmio a ser devolvido será corrigido pelo índice IPCA, a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento;

III – o Segurado receberá correspondência confirmando o cancelamento.

f) Pelo pagamento da indenização por Morte Acidental;

20.2. Em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, as coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Diária de Internação Hospitalar por Acidente e Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas por Acidente, serão automaticamente canceladas.

21. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

21.1. Todas as despesas efetuadas com a comprovação do sinistro são de responsabilidade do Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela sociedade seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias do sinistro. As providências que a sociedade seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

21.2. Todos os pagamentos de indenizações referentes a esse seguro serão efetuados no Brasil e em moeda corrente nacional.

21.3. O prazo para pagamento das indenizações será de 30 (trinta) dias, contados a partir da data em que tiverem sido entregues todos os documentos básicos previstos no item 30. No caso de solicitação de documentos e/ou informações complementares, mediante dúvida fundada e justificável, este prazo será suspenso, e a contagem do prazo voltará a correr a partir do 1º dia útil subsequente àquele em que foram completamente atendidas as exigências.

21.4. Se este prazo não for cumprido, o valor da indenização será acrescido de juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao mês calculado a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para pagamento da indenização, sem prejuízo de sua atualização.

21.5. Os valores das indenizações de sinistros ficam sujeitos a atualização monetária pela variação positiva do índice IPCA, a partir da data de ocorrência do evento até a data do efetivo pagamento, somente quando a seguradora não cumprir o prazo de 30 (trinta) dias fixado para pagamento da indenização.

21.6. Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros:

a) Para a cobertura de Morte Acidental, a data do falecimento;

b) Para as coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Diária de Internação Hospitalar por Acidente, a data do acidente.

21.7. Em caso de ocorrência de Invalidez Permanente Total por Acidente seguida de Morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, sem que tenha havido tempo hábil para pagamento da indenização, o valor desta será pago de acordo com a Cláusula Beneficiária constante do item 26.1 destas Condições Gerais.

21.8. Em caso de Internação Hospitalar seguido de Morte do Segurado em consequência de acidente coberto, sem que tenha havido tempo hábil para pagamento da indenização, o valor desta será pago de acordo com a Cláusula Beneficiária constante do item 26.1 destas Condições Gerais.

21.9. As indenizações por Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente verificar-se a morte do Segurado dentro de um ano a contar da data do acidente e em consequência do mesmo acidente, a seguradora pagará a indenização devida para a cobertura de Morte Acidental, deduzida da importância já paga por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

21.10. As indenizações por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Diária de Internação Hospitalar por Acidente se acumulam. Se depois de paga uma indenização de Diária de Internação Hospitalar por Acidente, verificar-se a Invalidez Permanente Total ou Parcial do Segurado, a Seguradora pagará a indenização devida para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

20.11. As indenizações de Morte Acidental e Diária de Internação Hospitalar por Acidente se acumulam. Se depois de paga uma indenização de Diária de Internação Hospitalar por Acidente, verificar-se a morte do Segurado, a Seguradora pagará a indenização devida para a cobertura de Morte Acidental.

21.12. A indenização máxima que o Segurado terá direito a cada período de vigência anual do seguro, para a cobertura de Diária por Internação Hospitalar por Acidente, corresponderá ao limite de 180 (cento e oitenta) diárias por vigência.

21.13. As parcelas do prêmio ainda não vencidas, em relação ao prêmio anual, serão descontadas no pagamento da indenização de Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total por Acidente, em caso de sinistro.

22. JUNTA MÉDICA

22.1. Se existirem divergências sobre a causa, natureza e extensão das lesões, doenças, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao Segurado, será proposta pela seguradora, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica, constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados.

22.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pela Segurado e pela seguradora.

22.3. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pela Segurado.

22.4. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

22.5. Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

23. PERÍCIA DA SEGURADORA

23.1. O Segurado, ao propor a contratação do seguro, autoriza a perícia médica da Seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar ou hospitalar e requerer e proceder exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado, seu médico e a Seguradora.

23.2. Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

23.3. À 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.

23.4. Em caso de impossibilidade da realização da perícia, devido ao desaparecimento dos sintomas ou da condição de invalidez, a seguradora devolverá a documentação ao Segurado, que ficará sem direito ao recebimento de qualquer indenização.

24. PAGAMENTO DA ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

24.1. O pagamento de valores relativos à atualização monetária será feito independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

24.2. As atualizações serão efetuadas com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

24.3. Na hipótese de extinção do índice pactuado, a seguradora adotará o INPC/IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor, ou na sua falta outro índice que vier a substituí-lo.

24.4. Em caso de alteração dos critérios de atualização monetária estabelecidos pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) em função de legislação superveniente, fica acordado que as condições previstas neste item serão imediatamente enquadradas às novas disposições.

25. PERDA DE DIREITOS

25.1. O Segurado perderá o direito a qualquer indenização decorrente do presente contrato quando:

a) o Segurado, seu representante ou seu corretor de seguros fizerem declarações inexatas ou omitirem circunstâncias que possam vir a influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficando prejudicado o direito à indenização, além de estar obrigada ao pagamento do prêmio vencido:

a.1) Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultarem de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

a.1.1) na hipótese de não ocorrência do sinistro: cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido, ou permitir, mediante acordo

entre as partes, a continuidade do seguro cobrando a diferença de prêmio cabível ou, restringir a cobertura contratada para riscos futuros;

a.1.2) na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital Segurado: cancelar o seguro após o pagamento da indenização e reter do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido, ou, mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, após a cobrança da diferença de prêmio cabível, ou deduzir esta diferença do valor a ser pago ao Segurado ou ao Beneficiário, ou restringir a cobertura contratada para riscos futuros;

a.1.3) na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado: cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

b) deixar de cumprir as obrigações convencionadas neste contrato;

c) agravar intencionalmente o risco segurado;

d) procurar obter benefícios do presente contrato por qualquer meio ilícito, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante a sua vigência ou, ainda, para obter ou majorar a indenização;

e) o sinistro decorrer de dolo, má-fé, fraude e/ou simulação por parte do Segurado;

f) deixar de comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovado que silenciou de má-fé;

f.1) a seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o contrato ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível;

f.2) o cancelamento do contrato só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

25.2. Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora dará por nula a respectiva apólice e iniciará os procedimentos legais com o objetivo de solicitar o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações penais cabíveis.

25.3. Na hipótese de continuidade do contrato, a seguradora poderá cobrar a diferença de prêmio cabível.

26. CLÁUSULA BENEFICIÁRIA

26.1. Beneficiários em caso de Morte Acidental e Morte Acidental em Evento Prazo Curto:

a) A indicação de Beneficiários é de livre escolha do Segurado, que poderá fazer inclusões, alterações ou exclusões de Beneficiários a qualquer tempo, mediante solicitação por escrito à Seguradora;

b) Quando for designado mais de um Beneficiário, será obrigatória a indicação do percentual da indenização destinado a cada um;

c) Caso a seguradora não seja comunicada oportunamente da substituição, pagará o capital segurado ao antigo Beneficiário designado;

d) Quando não houver distribuição quantitativa do valor a ser indenizado, o seguro será dividido em partes iguais;

e) A falta de indicação expressa de beneficiário ou, se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão Beneficiários aqueles indicados por lei, conforme estabelecido no artigo 792 do Código Civil:

e.1) Para o segurado casado ou em união estável, 50% ao cônjuge ou companheiro devidamente reconhecido na forma da lei, se houver, e 50% aos herdeiros legais, obedecida a ordem de vocação hereditária;

e.2) Na falta dos herdeiros legais, será pago 100% da indenização ao cônjuge ou companheiro devidamente reconhecido na forma da lei;

e.3) Na falta do cônjuge ou companheiro, devidamente reconhecido na forma da lei, será pago 100% da indenização aos herdeiros legais do segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária;

e.4) Na falta de cônjuge, companheiro devidamente reconhecido na forma da lei, e de herdeiros legais, respeitada a ordem de vocação hereditária, serão Beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

f) Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado principal e do(s) Segurado(s) dependente(s), os capitais segurados referentes às coberturas dos Segurados, principal e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos Beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais do Segurado.

26.2. Beneficiários em Caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente e Diária por Internação Hospitalar por Acidente.

a) Nas coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente e Diária por Internação Hospitalar por Acidente, o Beneficiário será sempre, e exclusivamente, o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com o item 26.1 desta cláusula beneficiária.

27. ALTERAÇÃO NA APÓLICE

27.1. As alterações na apólice de seguro serão válidas mediante solicitação do proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado e receber concordância de ambas as partes contratantes.

27.2. Não é válida a presunção de que a seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem dos documentos citados nesta cláusula, e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas condições contratuais.

27.3. Como alteração de risco considera-se, por exemplo, as seguintes ocorrências:

a) Mudança de profissão;

b) Mudança de residência do Segurado para outro país;

c) Informações falsas ou incorretas.

28. PRESCRIÇÃO

28.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

29. FORO

29.1. Fica eleito o foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato.

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

30. COMO PROCEDER EM CASO DE SINISTRO

30.1. Ocorrendo evento coberto, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo Segurado, Beneficiário ou seu representante, conforme especificado nas condições contratuais através da Central de Atendimento da seguradora.

30.2. Para agilizar o atendimento e resguardar o cumprimento das obrigações do presente contrato de seguro, recomendamos ao Beneficiário do segurado ou ao próprio Segurado observar a relação mínima de documentos a serem entregues para a seguradora em caso de sinistro:

a) Do Segurado:

- a.1) RG;
- a.2) CPF;
- a.3) Certidão de Nascimento ou Casamento;
- a.4) Comprovante de residência.

b) Do(s) Beneficiário(s):

b.1) Pais: RG; CPF; Comprovante de residência; Formulário original de autorização de crédito em conta-corrente fornecido pela Seguradora;

b.2) Cônjuge: Certidão de Casamento; RG; CPF; Comprovante de residência; Formulário original de autorização de crédito em conta-corrente fornecido pela Seguradora;

b.3) Companheira(o): RG; CPF; Comprovação de dependência na Carteira Profissional ou Imposto de Renda junto ao INSS; Certidão de Nascimento ou Casamento de ambos (Segurado e Beneficiário) com averbação de separação judicial; Comprovante de residência; Declaração de Companheira e de Herdeiros (formulário fornecido pela Seguradora); Formulário original de autorização de crédito em conta-corrente fornecido pela Seguradora.

b.4.) Filhos: Certidão de Nascimento, RG, Comprovante de residência e Formulário original de autorização de crédito em conta corrente fornecido pela Seguradora. Sendo que:

1) Filhos ou Beneficiários com idade inferior a 16 (dezesesseis) anos serão devidamente representados em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o menor será representado pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei.

2) Filhos ou Beneficiários com idade igual ou superior a 16 (dezesesseis) e inferior a 18 (dezoito) anos serão devidamente assistidos em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro assistirá. Na falta de ambos, o menor será assistido pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei. Deverão ser apresentados os documentos: CPF e RG do representante legal; Comprovante de residência; Documento judicial conferindo o status de Tutor ou Curador do menor, quando este for diferente do pai ou mãe sobrevivente.

30.3. Deverá ser entregue ainda a documentação por tipo de ocorrência, constante das Condições Especiais das coberturas contratadas.

31. COMUNICAÇÕES

31.1. As comunicações do Segurado somente serão válidas quando feitas por escrito e devidamente protocoladas em qualquer filial da seguradora ou via Central de Atendimento.

31.2. As comunicações feitas à seguradora por um corretor de seguros, em nome do Segurado, surtirão os mesmos efeitos que se realizadas por este, exceto expressa indicação em contrário da parte do Segurado.

32. OUVIDORIA

32.1. A seguradora dispõe de um canal diferenciado de comunicação direto denominado OUVIDORIA. A Ouvidoria da Itaú Seguros funciona como um mediador entre o cliente e a Seguradora. Seu objetivo principal é a defesa dos direitos do cliente perante a Seguradora de forma imparcial e justa, e ainda informar e esclarecer o cliente sobre seus direitos e obrigações de acordo com as Condições Gerais e normas atinentes a matéria, prevenindo e evitando conflitos e demandas.

32.2. Podem dirigir suas reclamações e/ou pedidos à Ouvidoria Itaú Seguros todos os clientes (Segurados, Participantes e seus Beneficiários) que não concordem com a decisão adotada pela Itaú Seguros e/ou não obtiveram sucesso em seus pleitos junto a Itaú Seguros, e desde que tenham esgotado outros canais de acesso disponíveis (área responsável e SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente - Itaú Fale Conosco Itaú) e não tenham recorrido à esfera judicial.

32.3. As reclamações/pedidos à Ouvidoria devem ser efetuadas por escrito, contendo no mínimo: o nome do Segurado; CPF/CNPJ, ramo do seguro e/ou nome do produto; número da apólice; número do sinistro (se houver); telefone e e-mail para contato.

32.4. As reclamações deverão ser endereçadas à:

Itaú Seguros
Ouvidoria Corporativa Itaú
Caixa Postal 67.600
São Paulo – SP
CEP: 03162-971

Ou pelo e-mail ouvidoriacorporativa@itau-unibanco.com.br

II CONDIÇÕES ESPECIAIS

CLÁUSULA 1ª – MORTE ACIDENTAL - MA

1.1. O QUE ESTÁ COBERTO

1.1.1. A cobertura de Morte Acidental garante o pagamento do capital segurado contratado e definido na apólice ao(s) Beneficiário(s) do seguro, no caso de morte do Segurado causada por Acidente Pessoal coberto, ocorrida durante o período de vigência do seguro e observadas as Condições Contratuais.

1.1.2. Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina-se ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se:

- a) incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado e;
- b) não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

1.2. RISCOS EXCLUÍDOS

1.2.1 Todos os riscos mencionados nos itens 8. Riscos Excluídos, 25. Perda de Direitos e aqueles que se enquadrarem no item 28. Prescrição das Condições Gerais estão excluídos desta cobertura.

1.3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

1.3.1. Para o Aviso de Sinistro em caso de Morte Acidental, o(s) Beneficiário(s) do Segurado, ou o próprio Segurado, deverá (ão) apresentar os seguintes documentos, além dos documentos mencionados no item 30 das Condições Gerais do seguro:

- a) Certidão de Óbito;
- b) Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- c) Laudo de Necropsia expedido pelo Instituto Médico Legal;
- d) Formulário original de aviso de sinistro fornecido pela Seguradora preenchido e assinado pelo Beneficiário;
- e) Formulário original de autorização de crédito em conta corrente fornecido pela Seguradora;
- f) Comunicação de acidente de trabalho pela empresa – CAT (para acidente de trabalho);
- g) Exame de teor toxicológico e de dosagem alcoólica (para acidente de trânsito);
- h) Carteira de Habilitação – CNH (para acidente de trânsito em que o Segurado dirigia o veículo).

CLÁUSULA 2ª – MORTE ACIDENTAL EM EVENTO PRAZO CURTO - MAEPC

2.1. O QUE ESTÁ COBERTO

2.1.1. A cobertura de Morte Acidental em Evento Prazo Curto garante o pagamento do capital segurado contratado e definido na apólice para esta cobertura, ao(s) Beneficiário(s) do seguro, no caso de morte do Segurado causada por Acidente Pessoal coberto, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro e observadas as condições contratuais deste seguro.

2.1.2. Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina-se ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se:

- a) incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado e;
- b) não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

2.2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.2.1 Todos os riscos mencionados nos 8. Riscos Excluídos, 25. Perda de Direitos e aqueles que se enquadrarem no item 28. Prescrição das Condições Gerais estão excluídos desta cobertura.

2.3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

2.3.1 Para o Aviso de Sinistro em caso de Morte Acidental em Evento Prazo Curto do Segurado, o(s) Beneficiário(s) do Segurado, ou o próprio Segurado, deverá (ão) apresentar os seguintes documentos, além dos documentos mencionados no item 30 das Condições Gerais do seguro:

- a) Certidão de Óbito;
- b) Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- c) Laudo de Necropsia;
- d) Resultados dos exames complementares (se realizados).

CLÁUSULA 3ª - INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE - IPA

3.1. O QUE ESTÁ COBERTO

3.1.1. A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente garante o pagamento de uma indenização ao Segurado relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante o período de vigência do seguro, limitada ao capital segurado contratado e definido na apólice para esta cobertura, observadas as condições contratuais deste seguro.

3.1.2. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na "Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente", descrita a seguir:

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE A IMPORTÂNCIA SEGURADA
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100

PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver 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 (mandíbula)	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	
	Anquilose total de um dos ombros	30
	Anquilose total de um dos cotovelos (cúbitos)	25
	Anquilose total de um dos punhos	25
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	20
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	
	Perda total do uso da falange distal do polegar	25
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	18
		09
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	15
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	12	
	09	

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE A IMPORTÂNCIA SEGURADA
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 tíbios peroneiros	
	Fratura não consolidada da rótula (patela)	25
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	20
	Amputação do primeiro dedo	25
	Amputação de qualquer outro dedo	10
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	03
	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:	06
	sem indenização	

3.1.3. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

3.1.4. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.

3.1.5. Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

3.1.6. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).

3.1.7. Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

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

3.1.9. O capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

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

3.1.11. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.

3.1.12. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente.

3.1.13. A seguradora se reserva o direito de submeter o Segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência de invalidez, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.

3.1.14. O pagamento do Capital referente a esta cobertura, somente passa a ser devido a partir da data da comprovação e consequente reconhecimento da invalidez pela seguradora.

3.2. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos mencionados nos itens 8. Riscos Excluídos, 25. Perda de Direitos e aqueles que se enquadrarem no item 28. Prescrição das Condições Gerais estão excluídos desta cobertura.

3.3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

3.3.1. Para o Aviso de Sinistro em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial do Segurado, o(s) Beneficiário(s) do Segurado, ou o próprio Segurado, deverá (ão) apresentar os seguintes documentos, além dos documentos mencionados no item 30 das Condições Gerais do seguro:

- a) Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- b) Formulário original de aviso de sinistro fornecido pela Seguradora preenchido e assinado pelo Segurado ou seu representante legal;

- c) Formulário original de Relatório do Médico Assistente fornecido pela Seguradora preenchido e assinado pelo médico assistente, com firma reconhecida;
- d) Comunicação de acidente de trabalho pela empresa – CAT (para acidente de trabalho);
- e) Laudo do Exame de Corpo Delito expedido pelo Instituto Medico Legal (se houver);
- f) Boletim do hospital que prestou o 1º atendimento;
- g) Resultados de exames indicativos das lesões (exames que tenham fotos ou raio x deverão ser encaminhados os originais, os quais serão posteriormente devolvidos);
- h) Carteira de Habilitação – CNH (para acidente de trânsito em que o Segurado dirigia o veículo);
- i) Exame de teor toxicológico e de dosagem alcoólica (para acidente de trânsito).

CLÁUSULA 4ª - DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE - DMHO

4.1. O QUE ESTÁ COBERTO

4.1.1. A cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas por motivo de Acidente garante o reembolso, de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto e ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, limitado ao valor contratado e definido na apólice, observadas as Condições Contratuais.

4.1.2. A seguradora indenizará as despesas médico-hospitalares e odontológicas incorridas a critério médico, necessárias para o restabelecimento do Segurado, observados os seguintes critérios:

- a) Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos legalmente habilitados;
- b) A comprovação das despesas médico-hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios médicos.

4.2. RISCOS EXCLUÍDOS

4.2.1. Além de todos os riscos mencionados nos itens 8. Riscos Excluídos, 25. Perda de Direitos e aqueles que se enquadrarem no item 28. Prescrição das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos desta cobertura:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- c) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- d) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- e) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- f) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

g) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores a celebração deste contrato, para os quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas conseqüentes;

h) anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;

i) luxações recidivantes de qualquer articulação;

j) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;

k) doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artriterreumatóide, osteoartrose, as lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas e protusões discais degenerativas;

l) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

m) doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais.

4.3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

4.3.1. Para o Aviso de Sinistro em caso de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente do Segurado, o(s) Beneficiário(s) do Segurado, ou o próprio Segurado, deverá (ão) apresentar os seguintes documentos, além dos documentos mencionados no item 30 das Condições Gerais do seguro:

a) Declaração da entidade hospitalar constando: nome do Segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;

b) Relatório detalhado do médico assistente atestando o tratamento realizado;

c) Notas Fiscais originais;

d) Resultados dos exames indicativos da lesão (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias, etc. – laudos e imagens);

e) Cópia autenticada do CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, caso o evento tenha sido registrado no INSS;

f) Receita Médica.

CLÁUSULA 5ª - DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE - DIH

5.1. O QUE ESTÁ COBERTO

5.1.1 A cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente garante o pagamento do capital segurado contratado e definido na apólice ao Segurado, sem necessidade de comprovação de gastos, por dia de internação hospitalar, **causada exclusivamente por acidente pessoal coberto e ocorrido durante o período de vigência do seguro.**

5.1.2. A indenização que o segurado terá direito corresponderá ao **máximo de 180 (cento e oitenta) diárias ocorridas**, em um ou mais eventos durante a vigência do seguro.

5.1.3. A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente, respeitado o período de franquia de 12 horas.

5.1.4. Para fins desta cobertura considera-se:

DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é o valor escolhido pelo Segurado e definido na apólice, indenizável em caso de ocorrência comprovada do sinistro decorrente de acidente pessoal coberto.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é a internação em Hospital com **duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas.**

5.1.5 Nesta garantia o segurado será indenizado no valor do capital segurado e não nas despesas médicas hospitalares. Em nenhuma hipótese a seguradora reembolsará despesas médico-hospitalares decorrentes ou não de internação.

5.2. RISCOS EXCLUÍDOS

5.2.1 Além de todos os riscos mencionados nos itens 8. Riscos Excluídos, 25. Perda de Direitos e aqueles que se enquadrarem no item 28. Prescrição das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos desta cobertura:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;**
- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;**
- c) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;**
- d) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;**
- e) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia.**

5.3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

5.3.1. Para o Aviso de Sinistro em caso de Diária por Internação Hospitalar por Acidente do Segurado, o(s) Beneficiário(s) do Segurado, ou o próprio Segurado, deverá (ão) apresentar os seguintes documentos, além dos documentos mencionados no item 30 das Condições Gerais do seguro:

- a) Formulário original de aviso de sinistro fornecido pela seguradora preenchido e assinado pelo Segurado;**
- b) Formulário original Relatório do Médico Assistente fornecido pela seguradora preenchido e assinado pelo médico assistente, com firma reconhecida;**
- c) Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;**
- d) Comunicação de acidente de trabalho pela empresa – CAT (para acidente de trabalho);**
- e) Laudo do Exame de Corpo Delito expedido pelo Instituto Medico Legal (se houver)**
- f) Boletim do hospital que prestou o 1o atendimento;**
- g) Resultados de exames indicativos das lesões (exames que tenham fotos ou raios x deverão ser encaminhados os originais, os quais serão posteriormente devolvidos)**

h) Carteira de Habilitação – CNH (para acidente de trânsito em que o Segurado dirigia o veículo – caso se aplique);

i) Exame de teor toxicológico e de dosagem alcoólica (para acidente de trânsito);

j) Declaração da entidade hospitalar constando: nome do Segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente.

CLÁUSULA 6ª - INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE EM EVENTO PRAZO CURTO - IPAEP

6.1. O QUE ESTÁ COBERTO

6.1.1. A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Evento Prazo Curto garante o pagamento de uma indenização ao Segurado relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante o período de vigência do seguro, limitada ao capital segurado contratado e definido na apólice para esta cobertura, observadas as condições contratuais deste seguro.

6.1.2. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na "Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente", descrita a seguir:

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE A IMPORTÂNCIA SEGURADA
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver 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 (mandíbula)	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25

PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	
	Anquilose total de um dos ombros	30
	Anquilose total de um dos cotovelos (cúbitos)	25
	Anquilose total de um dos punhos	25
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	20
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	
	Perda total do uso da falange distal do polegar	25
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	18 09
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	15
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	12 09

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE A IMPORTÂNCIA SEGURADA
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 tíbios peroneiros	
	Fratura não consolidada da rótula (patela)	25
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	20
	Amputação do primeiro dedo	25
	Amputação de qualquer outro dedo	10
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	03
	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:	06	
	sem indenização	

6.1.3. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

6.1.4. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.

6.1.5. Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

6.1.6. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).

6.1.7. Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

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

6.1.9. O capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

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

6.1.11. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.

6.1.12. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

6.1.13. A seguradora se reserva o direito de submeter o Segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência de invalidez, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.

6.1.14. O pagamento do Capital referente a esta cobertura, somente passa a ser devido a partir da data da comprovação e consequente reconhecimento da invalidez pela seguradora.

6.2. RISCOS EXCLUÍDOS

6.2.1 Todos os riscos mencionados nos itens 8. Riscos Excluídos, 25. Perda de Direitos e aqueles que se enquadrarem no item 28. Prescrição das Condições Gerais estão excluídos desta cobertura.

6.3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

6.3.1. Para o Aviso de Sinistro em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial em Evento Prazo Curto do Segurado, o(s) Beneficiário(s) do Segurado, ou o próprio Segurado, deverá (ão) apresentar os seguintes documentos, além dos documentos mencionados no item 30 das Condições Gerais do seguro:

- a) Certidão de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- b) Relatório detalhado do médico assistente atestando o percentual de Invalidez Permanente;
- c) Resultados dos exames indicativos da lesão (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias, etc. – laudos e imagens);
- d) Cópia autenticada do CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, caso o evento tenha sido registrado no INSS);
- e) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (em caso de acidente de trânsito em que o Segurado seja o condutor do veículo acidentado).

CLÁUSULA 7ª - DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE EM EVENTO PRAZO CURTO - DMHOEPC

7.1. O QUE ESTÁ COBERTO

7.1.1. A cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente em Evento Prazo Curto garante ao Segurado o reembolso de despesas médico-hospitalares e odontológicas efetuadas para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto e ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, limitado ao valor contratado e definido na apólice para esta cobertura, observadas as condições contratuais deste seguro.

7.1.2. A seguradora indenizará as despesas médico-hospitalares e odontológicas incorridas a critério médico, necessárias para o restabelecimento do Segurado, observados os seguintes critérios:

- a) Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados;
- b) A comprovação das despesas médico-hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios médicos.

7.2. RISCOS EXCLUÍDOS

7.2.1 Além de todos os riscos mencionados nos itens 8. Riscos Excluídos, 25. Perda de Direitos e aqueles que se enquadrarem no item 28. Prescrição das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos desta cobertura:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- c) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- d) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- e) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- f) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- g) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores a celebração deste contrato, para os quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerante delas conseqüentes;
- h) anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;
- i) luxações recidivantes de qualquer articulação;
- j) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;

k) doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artriterreumatóide, osteoartrose, as lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas e protusões discais degenerativas;

l) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

m) doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais.

7.3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.3.1 Para o Aviso de Sinistro em caso de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente em Evento Prazo Curto do Segurado, o(s) Beneficiário(s) do Segurado, ou o próprio Segurado, deverá (ão) apresentar os seguintes documentos, além dos documentos mencionados no item 30 das Condições Gerais do seguro:

a) Declaração da entidade hospitalar constando: nome do Segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;

b) Relatório detalhado do médico assistente atestando o tratamento realizado;

c) Notas Fiscais originais;

d) Resultados dos exames indicativos da lesão (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias, etc. – laudos e imagens);

e) Cópia autenticada do CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, caso o evento tenha sido registrado no INSS ;

f) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (em caso de acidente de trânsito em que o Segurado seja o condutor do veículo acidentado);

g) Receita Médica.

III. ASSISTÊNCIA FUNERAL INDIVIDUAL

1. OBJETIVO

1.1. Garantir ao(s) beneficiário(s) ou familiar(es) do segurado a utilização do Serviço de Assistência Funeral Individual, caso o segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais cobertas pelo Seguro Acidentes Pessoais Premiável, observadas as demais condições estabelecidas nesta cláusula.

1.2. O(s) beneficiário(s) ou familiar(es) do segurado deverá(ao) solicitar a prestação do serviço através da Central de Atendimentos Itaú Seguros.

Não será oferecida ao(s) beneficiário(s) do segurado a opção de reembolso de despesas, caso opte(m) por contratar os serviços diretamente de outro prestador de serviço.

2. ELEGIBILIDADE

2.1. São elegíveis a esta assistência todos os segurados do Seguro Acidentes Pessoais Premiável, durante a vigência do certificado individual do seguro.

3. BENEFICIÁRIOS DO SEGURADO

3.1. Para esta assistência, será(ão) considerado(s) beneficiário(s) do segurado a(s) pessoa(s) designada(s) por ele na Proposta de Seguro, descrita(s) no certificado individual de seguro ou na alteração de beneficiários mais recente, em poder da Seguradora, respeitado o estabelecido nas condições contratuais do seguro.

4. SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA FUNERAL INDIVIDUAL

4.1. Ocorrendo o óbito do segurado, seu(s) beneficiário(s) deverá(ão) entrar em contato com a Central de Atendimentos Itaú Seguros para solicitar o serviço relacionado no item 5 das descrições desta assistência. Os telefones para contato são: Central de Atendimento Itaú Seguros 4004 4444, para capitais e regiões metropolitanas, ou 0800 727 4444, para demais regiões.

4.2. Ao contatar o Serviço de Assistência Funeral Individual, o(s) beneficiário(s) ou familiar(es) do segurado falecido deverá(ão):

a) fornecer o nome do segurado e o número do certificado individual de seguro correspondente;

b) mencionar o local e o número de telefone onde o Serviço de Assistência Funeral poderá encontrar o(s) beneficiário(s) ou familiares do segurado.

4.3. O(s) beneficiário(s) ou familiares do segurado deverá(ão) cooperar com o Serviço de Assistência Funeral Individual, para tornar possível a prestação dos serviços aqui mencionados.

4.4. Qualquer queixa referente aos serviços prestados deverá ser levada ao Serviço de Assistência Funeral ou à Seguradora dentro do prazo de 90 (noventa) dias, contados da data do óbito.

4.5. Não será oferecida ao(s) beneficiário(s) ou familiar(es) do segurado a opção de reembolso de despesas, caso opte(m) por contratar os serviços oferecidos por esta assistência diretamente de outro prestador de serviço.

4.6. A utilização do Serviço de Assistência Funeral Individual não implica o pagamento das indenizações referentes às coberturas contratadas ou reembolso de qualquer espécie, que serão pagas mediante

cumprimento das cláusulas do seguro.

5. SERVIÇOS OFERECIDOS

O Serviço de Assistência Funeral Individual garante ao(s) beneficiário(s) ou familiar(es) do segurado a utilização de um ou mais serviços relacionados a seguir.

a) Sepultamento ou Cremação

Consiste no sepultamento, no túmulo ou jazigo da família, ou ainda na cremação (caso esta opção tenha sido formalizada em vida pelo segurado, com documentação pertinente, incluindo o pagamento das respectivas taxas), desde que realizado no município onde ocorreu a morte ou no município de domicílio do segurado. O Serviço de Assistência Funeral Individual oferecerá ainda o serviço de quitação das despesas de traslado do corpo do local da ocorrência da morte ao município do segurado, caso seu(s) beneficiário(s) ou familiar(es) opte(m) por realizar o sepultamento/cremação no município de domicílio do segurado.

b) Locação de Jazigo

Consiste na locação de um jazigo, por um período de 3 (três) anos, contado da data do evento, caso a família não disponha de túmulo para o sepultamento. Este serviço, porém, fica sujeito à disponibilidade local.

Passados os 3 (três) anos, a família ficará responsável pelas despesas de locação do jazigo.

c) Passagem para um dos Beneficiários

Consiste em providenciar uma passagem aérea (classe econômica) ou rodoviária para que um dos beneficiários ou familiares possa acompanhar o sepultamento do segurado, caso seus familiares optem por realizar o sepultamento no local do falecimento e não sendo este o município de domicílio do segurado.

d) Serviço de Repatriamento de Corpo

Consiste em atender às formalidades necessárias para o repatriamento/retorno do corpo, em caso de falecimento do segurado durante viagem, além de garantir o transporte do corpo em esquife standard até o município de domicílio do segurado.

e) Urna

Consiste na compra de uma urna (caixão) padrão do Serviço de Assistência Funeral Individual para o sepultamento do segurado.

f) Coroa de Flores

Consiste em colocar à disposição do(s) beneficiário(s) ou familiar(es) do segurado uma coroa de flores da época com faixa com dizeres redigidos pela família.

g) Ornamentação de Urna

Consiste em colocar flores para ornamentação do interior da urna à disposição do(s) beneficiário(s) ou familiar(es).

h) Paramentos

Consiste em se responsabilizar pelos castiçais e velas que acompanham a urna, bem como pelos aparelhos de ozonização.

i) Mesa de Condolências

Consiste em providenciar uma mesa onde será colocado o livro de presença.

j) Velório

Consiste em colocar à disposição do(s) beneficiário(s) ou familiar(es) do segurado uma sala de velório ou capela, conforme local.

k) Registro do Óbito

Consiste em efetuar o registro de óbito em cartório, se necessário com a presença de um do(s) beneficiário(s) ou familiar(es) do segurado.

l) Carro Funerário

Consiste em colocar à disposição do(s) beneficiário(s) ou familiar(es) do segurado um carro funerário para transporte do corpo, do local do óbito até o local do velório e depois até o local onde se fará o sepultamento, desde que dentro do mesmo município.

m) Veículo de Aluguel com Motorista

Consiste em colocar à disposição da família um veículo popular e um motorista exclusivamente para acompanhamento do funeral, ficando a cargo do(s) beneficiário(s) ou familiar(es) do segurado as despesas com combustível, pedágio e gastos pessoais do motorista.

6. RISCOS E SERVIÇOS EXCLUÍDOS

6.1. Para fins de utilização do Serviço de Assistência Funeral Individual, estão excluídos os seguintes eventos:

- a) inundação, furacão, erupção vulcânica, tempestades, terremotos, movimentos sísmicos;**
- b) ocorrências de irradiação decorrente de transmutação nuclear, desintegração ou radioatividade, bem como casos de força maior;**
- c) ocorrências em situações de guerra, comoções sociais, atos de terrorismo e sabotagem, greves e quaisquer outras perturbações de ordem pública ou ainda restrições por parte das autoridades ao livre trânsito;**
- d) traslado do corpo para cremação do local do evento até outro município onde a cremação possa ser efetuada, caso o município em que ocorra o óbito ou o município de domicílio da pessoa coberta não disponha deste serviço;**
- e) traslado do corpo do local de ocorrência da morte da pessoa coberta até o município do sepultamento, caso o titular do seguro opte por fazer o funeral em outra localidade que não o município de domicílio da pessoa coberta ou o do evento da morte;**
- f) aquisição de jazigo;**
- g) pagamento de despesas com exumação dos corpos que já estiverem no jazigo quando do sepultamento da pessoa coberta;**
- h) atuação nas localidades onde a legislação não permitir que o Serviço de Assistência Funeral Individual intervenha;**
- i) realização de sepultamento/cremação em município diferente do município de ocorrência da morte da pessoa coberta e/ou do município de domicílio desta.**

7. PERDA DO DIREITO

O(s) beneficiário(s) ou familiar(es) do segurado perderá(ão) o direito a qualquer indenização descritas nesse regulamento quando o segurado ou o(s) próprio(s) beneficiário(s) ou familiar(es):

- a) Fizer(em) declarações falsas ou incompletas, ou ainda, omitir(em) circunstâncias de seu**

conhecimento que poderiam ter influenciado na aceitação do risco e no cálculo do prêmio;

b) Deixar(em) de cumprir as obrigações convencionadas neste regulamento;

c) Por qualquer meio ilícito, procurar(em) obter benefícios do presente regulamento;

d) Por fraude ou tentativa de fraude comprovada, simular(em) ou provocar(em) um sinistro ou, ainda, agravar(em) suas conseqüências.

8. INÍCIO DE VIGÊNCIA

O período de vigência da Assistência Funeral Individual é de 2 anos e seu início coincide com o da vigência do Seguro Acidentes Pessoais Premiável.

9. RENOVAÇÃO DA VIGÊNCIA

9.1. O período de vigência da Assistência Funeral Individual é de 2 (dois) anos, sendo renovado sempre que o seguro for renovado, desde que não haja expressa desistência da Seguradora ou do segurado dentro de até 60 (sessenta) dias antes do término da vigência.

10. TÉRMINO DA VIGÊNCIA

10.1. A vigência desta assistência cessará quando:

a) ocorrer a realização dos serviços previstos nesta assistência;

b) o segurado requerer o cancelamento desta assistência por escrito à Seguradora;

c) o segurado requerer o cancelamento de seu Seguro Acidentes Pessoais Premiável;

d) ocorrer o cancelamento do Seguro Acidentes Pessoais Premiável por determinação da Seguradora;

e) ocorrer o cancelamento da assistência por determinação da Seguradora;

f) houver falta de pagamento das parcelas do prêmio do seguro, como disposto nas Condições Contratuais do seguro.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplica-se à Assistência Funeral Individual, de forma complementar, o disposto nas condições contratuais do Seguro Acidentes Pessoais Premiável, desde que não alterado por esta assistência e salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.

IV. REGULAMENTO DO SORTEIO SEMANAL

1. SUBSCRIÇÃO DO TÍTULO

1.1 A Itaú Seguros S.A. subscreverá um título de capitalização, às suas custas, para cada **apólice emitida do Seguro Acidentes Pessoais Premiável em todo o território nacional**. O título, devidamente aprovado pela SUSEP, será emitido pela Cia. Itaú de Capitalização S.A..

1.2 A Itaú Seguros S.A. cederá ao segurado, sem qualquer ônus, o direito à participação dos sorteios vinculados ao título de capitalização subscrito para a apólice emitida para o segurado.

1.3 A Itaú Seguros S.A. arcará integralmente com o pagamento das mensalidades do título, cabendo-lhe proceder ao seu resgate.

2. VALOR DO SORTEIO

2.1. O valor líquido do sorteio será de R\$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais), após retenção do Imposto de Renda na fonte à alíquota de 25%, e outros tributos que vierem a incidir de acordo com os valores em vigor na data do sorteio.

2.1.1 O prêmio do sorteio será pago pela Cia Itaú de Capitalização direto ao segurado.

3. CARACTERÍSTICAS DOS SORTEIOS

3.1 Todo segurado titular receberá dois números da sorte composto de 6 (seis) dígitos, que dará direito a participar de sorteios semanais apurados aos sábados e em cada um deles será sorteado um número que premiará o vencedor com o valor líquido de R\$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais).

3.1.1 Os números da sorte para a participação dos sorteios serão comunicados posteriormente ao cliente por meio de envio de correspondência ao endereço do segurado.

3.1.2 Os sorteios serão apurados com base nas extrações da Loteria Federal, realizadas pela Caixa Econômica Federal, todos os sábados do mês. Será contemplado o número composto pelos algarismos da centena simples, dezena simples e unidade simples do 1º prêmio da Loteria Federal, seguidos pelos algarismos da centena simples, dezena simples e unidade simples do 2º prêmio da Loteria Federal, conforme modelo abaixo:

1º Prêmio 1 3 7 8 1

2º Prêmio 0 9 4 4 6

Combinação Sorteada 781.446

3.2 Caso o sorteio da Loteria Federal não se realize na data prevista, prevalecerá o sorteio que a Caixa Econômica Federal vier a determinar como substituto do concurso não efetuado.

3.2.1 Caso não ocorra a extração descrita no parágrafo anterior, o sorteio será efetuado pela primeira extração posterior àquela não realizada que anteceder o sábado seguinte.

3.2.2 Se a Caixa Econômica Federal não realizar o sorteio substitutivo, suspender definitivamente a realização dos sorteios da Loteria Federal, modificá-los de forma que não mais coincidam com as premissas fixadas no corpo deste regulamento ou, ainda, se houver qualquer impedimento à vinculação do Concurso da Loteria Federal ao sorteio previsto neste regulamento, a Cia Itaú de Capitalização S.A. promovê-lo-á em suas dependências, em até 30 dias após a data prevista. O referido sorteio será precedido de ampla divulgação, contará com a presença de auditor(es) independente(s) e se concederá livre acesso aos subscritores/titulares.

3.2.3 O TÍTULO SORTEADO TERÁ SUA LIQUIDAÇÃO ANTECIPADA, SENDO RESGATADO AUTOMATICAMENTE PELA SEGURADORA, DEIXANDO DE CONCORRER AOS SORTEIOS SEMANAIS A PARTIR DESTA DATA.

3.3 O segurado terá direito ao sorteio de acordo com a data indicada de início e término de vigência da apólice. Participa do sorteio o segurado que:

- a) Tiver sua proposta aceita e emitida pela Itaú Seguros S.A., de acordo com as regras de contratação e aceitação do seguro;
- b) Estiver em dia com o pagamento do prêmio do seguro, respeitadas suas Condições Gerais, e enquanto o segurado permanecer vinculado à apólice de seguro;
- c) Não estiver com a apólice cancelada.

3.3.1 Caso a apólice de seguro venha a sofrer redução de vigência por qualquer motivo, a data final de direito à participação do sorteio também será alterada para o novo final de vigência da apólice.

3.4 O segurado, cujo número vier a ser sorteado, O QUE NÃO SE GARANTE, será notificado da contemplação pela Itaú Seguros. Cabe ao segurado manter seus dados cadastrais atualizados junto à Itaú Seguros S.A. para que a notificação possa ser efetuada com sucesso.

3.4.1 Caso o prêmio do seguro esteja em atraso ou a apólice esteja cancelada, o valor do sorteio será pago pela Cia. Itaú de Capitalização à Itaú Seguros S.A., que receberá o prêmio do sorteio. Ainda que o segurado efetue o pagamento do prêmio em atraso do seguro, após o sorteio, não terá direito ao recebimento do prêmio do sorteio.

3.5 Quando um de seus ganhadores for sorteado, a Itaú Seguros S.A. poderá tornar público o fato, divulgando o nome do ganhador no sorteio.

3.6 CASO HAJA O CANCELAMENTO DA APÓLICE DE SEGURO, INADIMPLÊNCIA NO PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO, OU, AINDA, DESCUMPRIMENTO DO CONTRATO, CONFORME PREVISTOS NAS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO, O SEGURADO PERDERÁ O DIREITO À PARTICIPAÇÃO DO SORTEIO.

3.7 A aprovação deste título pela SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua aquisição, representando, exclusivamente, sua adequação às normas em vigor.

3.7.1 A aprovação da SUSEP para a comercialização de títulos de capitalização desta modalidade, não desobriga ao cumprimento de outras exigências legais para a realização de promoções comerciais por empresas que não sejam por ela fiscalizadas.

Capitalização: Cia Itaú de Capitalização S.A.
Clube 500 - Modalidade Incentivo
CNPJ: 23.025.711/0001-16
Processo SUSEP: 15414.003038/2008-13