

Seguro Life Plus - Apólice de Vida em Grupo

Apólice: 855.842

Processo SUSEP: 15414.002914/2006-14

GLOSSÁRIO

Para um melhor entendimento, destacamos abaixo o significado dos principais termos técnicos utilizados nestas Condições Gerais:

Agravo Mórbito

Piora de uma doença.

Alienação Mental

Distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.

Aparelho Locomotor

Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

Apólice

Documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

Beneficiário

São as pessoas físicas ou jurídicas designadas para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência de sinistro coberto.

Capital Segurado

Valor contratado pelo estipulante e/ou segurado que representa o limite de indenização em caso de ocorrência de sinistro coberto, bem como representa a base do cálculo do prêmio do seguro.

Cardiopatia Grave

Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.

Carregamento

Importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

Certificado Individual

Documento destinado ao segurado, emitido pela Seguradora, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado.

Cobertura

É o compromisso da Seguradora no pagamento de uma indenização, caso ocorra um dos eventos definidos nas garantias contratadas pelo segurado, observando-se os riscos excluídos previstos nas condições gerais do seguro.

Coberturas de Riscos

Cobertura do seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada.

Cognição

Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento e etc.

Condições Contratuais

Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.

Condições Especiais

Dizem respeito às cláusulas dos serviços agregados ao seguro e estabelecidas nos diferentes contratos na comercialização de um determinado plano de seguro.

Condições Gerais

Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Seguradora, dos contratos que estabelecem obrigações e direitos do segurado, estipulante e segurador, de um mesmo plano de seguro.

Conectividade com a Vida

Capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.

Consumção

Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

Corretor

Pessoa física ou jurídica devidamente habilitada para intermediar e promover a contratação de seguros, com poderes para representar o segurado junto à Seguradora. 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.

Dados Antropométricos

No caso da cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do segurado.

Declaração Médica

Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

Deficiência Visual

Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

Disfunção Imunológica

Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

Doença Crônica

Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

Doença Crônica em Atividade

Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

Doença Crônica de Caráter Progressivo

Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

Doença em Estágio Terminal

Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

Doença Neoplásica Maligna Ativa

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

Doença Profissional

Aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.

Doenças ou Lesões Preexistentes e suas Consequências

É toda doença, congênita ou adquirida, que compromete a função orgânica ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta ou indiretamente por suas consequências, da qual o indivíduo tenha conhecimento, recebido tratamento clínico ou

cirúrgico e não tenha sido informado no momento da contratação do seguro de vida, portanto, não declarada na proposta de adesão no ato da contratação.

Estados Conexos

Representa o relacionamento consciente e normal do segurado com o meio externo.

Estipulante

É o Banco Bradesco S.A. que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investido de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante-averbador quando não participar do custeio.

Etiologia

Causa de cada doença.

Evento Coberto

É o acontecimento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevisível, previsto nas garantias do seguro e ocorrido durante sua vigência, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do segurado ou de seus beneficiários, observando se os riscos excluídos previstos nas Condições Gerais do Seguro.

Evento Preexistente

São sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas ou acidentes sofridos, pelo segurado principal ou dependentes, bem como suas consequências, de conhecimento do segurado, preexistentes à contratação das coberturas do seguro.

Fatores de Risco e Morbidade

Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

Fatura

Documento de cobrança constando o somatório dos prêmios individuais de todos os componentes do grupo segurado.

Garantias Contratadas

Corresponde ao conjunto de coberturas contratadas pelo estipulante e definido na proposta de seguro, determinando os riscos assumidos pela Seguradora perante o segurado.

Grupo Segurado

É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

Grupo Segurável

É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

Hígido

Saudável.

Hipossuficiência

Qualidade de vulnerabilidade de certas categorias especiais de consumidores, oriunda de condições físico-psíquicas, econômicas ou circunstanciais, fazendo com que mereçam maior cuidado nas práticas comerciais e publicitárias.

Importância Segurada

Importância definida na proposta de seguro e contratada pelo segurado, dentro dos limites máximos estabelecidos pela Seguradora.

Inadimplência

Situação em que não há a quitação do prêmio do seguro, determinando automaticamente a suspensão das coberturas a partir da data do vencimento do prêmio.

Indenização

Valor que a Seguradora deverá pagar ao segurado ou a seus beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto pela(s) garantia(s) contratada(s).

Início de Vigência

É a data a partir da qual as coberturas de riscos propostas serão garantidas pela Sociedade Seguradora.

Laudo Médico

Documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, sobre as condições físicas do segurado.

Médico Assistente

Médico que está assistindo ao segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

Migração de Apólice

A transferência de apólice coletiva, em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

Movimentação de Segurados

Ato de inclusão, exclusão ou alteração de segurados.

Nota Técnica Atuarial

Documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

Parâmetros Técnicos

A taxa de juros, o índice de atualização de valores e as taxas estatísticas e puras utilizadas e/ou tábuas biométricas, quando for o caso.

Período de Cobertura

Aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

Plano de Seguro

Conjunção de garantias e capitais que são oferecidas pela Seguradora ao segurado, quando da contratação do seguro.

Prazo de 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.

Prêmio

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

Prêmio Comercial

Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão da apólice, se houver.

Prêmio Puro

Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento, os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.

Prescrição

É a perda do direito de ação para reclamar os direitos ou a extinção das obrigações previstas nos contratos em razão do transcurso dos prazos fixados em lei.

Prognóstico

Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

Proponente

O interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

Proposta de Adesão

Documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais. Contém os dados pessoais dos proponentes, valor do seguro e situação pessoal de atividades e saúde, que deve ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo segurado principal, quando for exigido pela Seguradora para análise e aceitação dos componentes do grupo segurável.

Proposta de Seguro

Instrumento pelo qual o estipulante expressa a sua vontade de contratar o seguro. Após a emissão da apólice, indicando a aceitação da proposta, este instrumento torna-se parte integrante do contrato de seguro.

Quadro Clínico

Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

Recidiva

Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acontecimento.

Refratariedade Terapêutica

Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento.

Regulação de Sinistro

Procedimentos de análise/verificação para pagamento de indenizações devidas pela Seguradora.

Riscos Cobertos

Eventos cobertos de acontecimentos futuros, involuntários, possíveis e incertos, descritos na(s) garantia(s) contratada(s) pelo estipulante junto à Seguradora e ocorridos durante o período de vigência do seguro.

Riscos Excluídos

São aqueles riscos, previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano.

Segurado

Pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

Seguradora

É a empresa legalmente autorizada que recebe o prêmio, assume o risco e garante a indenização em caso de sinistro.

Seguro

Contrato em que uma das partes (Seguradora) se obriga para com a outra (segurado) mediante recebimento do prêmio, a indenizá-la em caso de ocorrência de evento coberto.

Seguro Contributário

Seguro no qual o segurado participa, total ou parcialmente, no seu custeio.

Sentido de Orientação

Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.

Seqüela

Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

Sinistro

Ocorrência de qualquer evento coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

SUSEP

Sigla de Superintendência de Seguros Privados, autarquia vinculada ao Ministério da Fazenda, que tem como atribuição à fiscalização, normatização e regulação dos seguros privados.

Tábua Biométrica

Base de cálculo para estabelecimento da taxa do seguro, formalizada a partir de expectativa de duração da vida humana.

Taxa

Percentual que aplicado sobre o valor do capital segurado determina o custo do seguro.

Termo de Adesão

Documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

Transferência Corporal

Capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

Vigência do Seguro

Período de tempo que determina o prazo de validade das condições determinadas na apólice e pactuadas entre a Seguradora e o estipulante, desde que haja o recolhimento dos prêmios junto à Seguradora fazendo jus às coberturas contratadas.

Vigência Individual

Período de tempo em que o segurado permanece na apólice, enquanto houver o recolhimento dos prêmios junto à Seguradora fazendo jus às coberturas contratadas.

“A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora”.

“O registro deste plano na SUSEP não implica por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização”.

1 - OBJETIVO DO SEGURO

O presente seguro tem por objetivo garantir ao segurado ou aos seus beneficiários o pagamento de uma importância monetária, caso venha a ocorrer um dos Eventos Cobertos previstos nas garantias constantes do clausulado abaixo, desde que contratadas junto a Seguradora **exceto os decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.**

2 - ÂMBITO GEOGRÁFICO

O presente seguro cobre sinistros ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

3 - ESTIPULANTE

É o Banco Bradesco S.A. que contratou o presente seguro, o qual fica investido dos poderes de representação dos segurados perante a Seguradora.

Ao estipulante deverão ser encaminhadas as comunicações ou avisos inerentes ao seguro, inclusive alteração dos capitais segurados, bem como inclusão e exclusão de segurados.

4 - OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

- a) Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
- b) Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- c) Fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, na forma estabelecida pelo art. 7º da Resolução CNSP nº 107, editada pelo Conselho Nacional de Seguros, quando este for de sua responsabilidade;
- e) Repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;

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

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

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

i) Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

j) Comunicar, de imediato, a SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;

k) Fornecer a SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido; e

l) Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do Estipulante.

5 - CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL

Considera-se Acidente Pessoal o evento com data perfeitamente caracterizada, exclusivo e diretamente externo, ocorrido após o início de vigência do seguro, de forma súbita, involuntária e violenta que, por si só, e independentemente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial do segurado ou torne necessário um tratamento médico, observando-se que:

5.1 - Inclui-se nesse conceito:

a) O suicídio, ou a sua tentativa, ocorridos após dois anos do início de vigência do seguro, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal. No caso de solicitação de aumento de capital segurado, aplica-se o mesmo prazo mencionado acima a contar da data de alteração pela Seguradora e no valor relativo ao aumento solicitado;

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

c) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

d) Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e

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

5.2 - Excluem-se deste conceito:

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

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

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

d) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “Invalidez Acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de Invalidez por Acidente Pessoal, definido no item 5.

6 - DA ACEITAÇÃO E RECUSA DO SEGURO

Poderão ser aceitos no seguro, proponentes com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 65 (sessenta e cinco) anos, na data de inclusão do seguro, que solicitarem a sua inclusão, desde que estejam em condições normais de saúde.

Os pedidos de inclusões no seguro serão feitos mediante proposta de adesão onde, exigir-se-á a declaração pessoal de saúde bem como a indicação de sua atividade profissional.

A Seguradora reserva-se o direito de aceitar ou não o seguro individual, com base nas declarações constantes na proposta de adesão, tendo para isso o prazo máximo de 15 (quinze) dias após o seu recebimento, podendo a mesma solicitar informações complementares, por uma única vez ou recusá-lo dentro deste prazo. O pagamento antecipado do primeiro prêmio de seguro não caracteriza a aceitação da proposta, podendo a Seguradora recusar o seguro no prazo acima mencionado.

Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise do risco, na forma do disposto no item anterior, o prazo de 15 (quinze) dias será automaticamente suspenso, recomeçando a contagem quando do recebimento das informações/documentos adicionais solicitados. Não havendo pronunciamento da Seguradora dentro do prazo mencionado acima, considerar-se-á o seguro como automaticamente aceito.

Existindo a recusa da proposta de seguro por parte da Seguradora, o estipulante será comunicado pela Seguradora.

No caso de ter havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo a Seguradora restituir ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos da formalização da recusa, devidamente corrigido com base no Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA ou outro índice que vier a substituí-lo.

Não havendo manifestação expressa da Seguradora no prazo de 15 (quinze) dias, o proponente estará automaticamente aceito.

7 - GARANTIAS DO SEGURO

As garantias do seguro dividem-se em básica e adicional.

7.1 Garantias Básicas

7.1.1 Morte

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado para esta cobertura em caso de falecimento do segurado, seja por causas naturais ou acidentais, durante a vigência deste seguro, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.**

7.1.1.1 Riscos excluídos na garantia Morte

Além dos riscos excluídos citados no item 8, bem como os eventos que não se enquadram na definição de “acidente pessoal” estabelecida no item 5, estão excluídos desta(s) garantia(s), mesmo que em decorrência de acidentes cobertos, os eventos decorrentes de:

- a) Atos ilícitos, dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticado pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou representante legal, de um ou de outro;**
- b) Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, rebelião, ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto os eventos decorrentes da prestação de serviço militar pelo**

segurado ou atos de humanidade do segurado ou atos de humanidade do segurado em auxílio de outrem;

c) Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

d) Atos terroristas devidamente reconhecidos como atentatória à ordem pública pela autoridade pública competente;

e) Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções, vulcânicas e outras convulsões da natureza;

f) Epidemia declarada pela autoridade competente;

g) Suicídio nos primeiros 2 (dois) anos de cobertura do seguro, contados a partir do início de vigência do seguro;

h) Alterações mentais e/ou eventos decorrentes da ação do uso de álcool, drogas, entorpecentes ou substâncias tóxicas, de forma direta ou indireta;

i) Da participação voluntária em atentados ou rixas (exceto em caso de legítima defesa ou de assistência à pessoa em perigo), a duelo, a crime ou delitos.

7.2 Garantia Adicional

7.2.1 Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA

Garante ao próprio segurado o pagamento de uma indenização relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.**

Finalizado o tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora garantirá ao segurado o pagamento de uma indenização relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão do segurado, calculado em função do grau de Invalidez, conforme tabela a seguir:

Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente		
Invalidez Permanente	Discriminação	% Sobre o Capital Segurado
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	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
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombosacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total de uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20

	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros.	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- De 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- De 4 (quatro) centímetros	10
- De 3 (três) centímetros	6	
- Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização		

PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA

A perda ou redução da força ou capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela

DIVERSAS	MANDÍBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	Em grau mínimo	5
	Em grau médio	10
	Em grau máximo	20
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda total do olfato	7
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais	
	Unilateral	7
	Unilateral com fístulas	15
	Bilateral	14
	Bilateral com fístulas	25
	Lesões da pálpebra	
Ectrópio unilateral	3	
Ectrópio bilateral	6	
DIVERSAS	Entrópio unilateral	7
	Entrópio bilateral	14
	Má oclusão palpebral unilateral	3
	Má oclusão palpebral bilateral	6
	Ptose palpebral unilateral	5
	Ptose palpebral bilateral	10
	APARELHO DA FONAÇÃO	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	20
	SISTEMA AUDITIVO	

	Amputação total de uma orelha	8
	Amputação total das duas orelhas	12
	PERDA DO BAÇO	15
	APARELHO URINÁRIO	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência urinária permanente	30
	Perda de um rim, com rim remanescente	
	Com função renal preservada	25
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Redução da função renal (dialítica)	75
	Perda de rim único	75
DIVERSAS	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
	Perda de um testículo	6
	Perda de dois testículos	12
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda de um ovário	6
	Perda de dois ovários	12
	Perda do útero antes da menopausa	30
	Perda do útero depois da menopausa	10
	PESCOÇO	
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	18
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	17
	Traqueostomia definitiva	40
	TÓRAX	
	APARELHO RESPIRATÓRIO	
	Seqüelas pós-traumáticas pleurais	10
	Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total)	
	Com função respiratória preservada	12
	Com redução em grau mínimo da função respiratória	25
	Com redução em grau médio da função respiratória	50
	Com insuficiência respiratória	75
	MAMAS (FEMININAS)	
	Mastectomia total unilateral	10

	Mastectomia total bilateral	20
DIVERSAS	ABDOMEM (ORGÃO E VÍSCERAS)	
	Gastrectomia subtotal	20
	Gastrectomia total	40
	INTESTINO DELGADO	
	Ressecção parcial	20
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
	INTESTINO GROSSO	
	Colectomia parcial	20
	Colectomia total	40
	Colostomia definitiva	40
	RETO E ÂNUS	
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Incontinência fecal com prolapso	40
	FÍGADO	
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	Lobectomia com insuficiência hepática	75
	SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
	Epilepsia pós-traumática	20
	Derivação ventrículo-peritoneal (por hidrocefalia pós-traumática)	20
	Síndrome pós-concussional	5

Não ficando inutilizadas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização correspondente à perda parcial será calculada pela aplicação, à porcentagem prevista na tabela para a sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da porcentagem de redução e sendo informado apenas o grau da mesma (máximo, médio ou mínimo) a indenização será calculada, respectivamente, na base das porcentagens de 75%, 50% e 25%.

Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização corresponderá às somas das porcentagens estabelecidas para a incapacidade de cada um dos membros, conforme a Tabela de Cálculo de Indenização indicada acima, sendo que o total não pode exceder a 100% (cem por cento) da Importância Segurada para a garantia de Invalidez Permanente por Acidente, vigentes na data da ocorrência do acidente.

Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes a cada uma das lesões não poderá exceder a porcentagem prevista para a perda total da incapacidade para o membro ou órgão mencionado.

A perda ou redução maior da função de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, não dá direito a indenizações, salvo quando declarado previamente na proposta de seguro, caso em que se deduzirá o percentual referente ao grau de invalidez preexistente, no cálculo da indenização.

A perda de dentes e os danos estéticos não darão direito à indenização por invalidez permanente.

A reintegração do capital segurado na cobertura de invalidez permanente por acidente é automática após cada acidente.

Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização devida por morte será deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

Considera-se como data de caracterização do evento coberto por esta garantia, para efeito de cobertura, cálculo da indenização e determinação do capital segurado, a data do acidente, constatada através da análise das documentações apresentadas.

7.2.1.1 Riscos excluídos na garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)

Além dos riscos excluídos citados no item 08, bem como os eventos que não se enquadram na definição de “acidente pessoal” estabelecida no item 5, estão excluídos desta(s) garantia(s), mesmo que em decorrência de acidentes cobertos, os eventos decorrentes de:

a) Alterações mentais e/ou eventos decorrentes da ação do uso de álcool, drogas, entorpecentes ou de substâncias tóxicas, de forma direta ou indireta;

b) Tufões, furacões, tornados, ciclones, maremotos, terremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza. As exclusões desta alínea não se aplicam aos segurados que, por força de sua profissão e em seu exercício, encontrem-se em atividade a bordo de navios e outras embarcações aquáticas;

- c) **Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada;**
- d) **Tratamento e operações cirúrgicas de caráter estético não consequente de acidente;**
- e) **Da participação voluntária em atentados ou rixas (exceto em caso de legítima defesa ou de assistência à pessoa em perigo), a duelo, a crime ou delitos;**
- f) **Viagens em meios de transporte de propriedade do Segurado e/ou estipulante que não possuam em vigor autorização para transporte de passageiros, expedida pelas autoridades competentes, bem como sejam dirigidas sem a devida habilitação.**
- g) **A perda de dentes e os danos estéticos não darão direito à indenização por Invalidez Permanente.**

7.2.2 Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD)

Desde que contratado e especificado nas Condições Gerais do seguro, garante ao Segurado, **desde que este o requeira**, o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a cobertura básica (morte), em caso de sua Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, consequente de doença que cause a Perda de sua Existência Independente, sob critérios devidamente especificados no item **Dos Riscos Cobertos**, desta Cláusula, exceto se decorrentes de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.

7.2.2.1 Da Cobertura

A Perda da Existência Independente será caracterizada pela ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado. Este Quadro Clínico Incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item Da Liquidação do Sinistro.

7.2.2.2 Dos Riscos Cobertos

Considera-se como Riscos Cobertos a ocorrência comprovada - segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada - de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes **exclusivamente de doença, diagnosticado durante a vigência do seguro:**

- a) **Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;**

b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao controle clínico;

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

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

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

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

g) **Deficiência visual**, decorrente de doença, conforme a seguir relacionado:

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

h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado.

i) **Estados mórbidos**, decorrentes de doença, a seguir relacionados:

- **Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou**
- **Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou**

- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

7.2.2.3 Dos Demais Riscos Cobertos

Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos para fins desta Garantia (Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença) desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

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

Para a classificação no 2º ou no 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valora cada uma das situações ali previstas.

Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF

Atributos	Escalas	Pontos
RELAÇÕES DO SEGU-RADO COM O COTI-DIANO	1º grau: O segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	00
	2º grau: O segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e/ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e/ou de cognição.	10
	3º grau: O segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20

CONDI- ÇÕES CLÍNICAS E ESTRU- TURAIS DO SEGU- RADO	1° grau: O segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e/ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	00
	2° grau: O segurado apresenta disfunção(ões) e/ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3° grau: O segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e/ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e/ou técnico.	20

CONECTI- VIDADE DO SEGU- RADO COM A VIDA	<p>1° grau: O segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autosuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.</p>	00
	<p>2° grau: O segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).</p>	10
	<p>3° grau: O segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.</p>	20

7.2.2.4 Tabela de dados antropométricos, fatores de riscos e de morbidade

Dados antropométricos, riscos interagentes e agravos mórbidos	Pontos
A idade do segurado interfere na análise da morbidade do caso e/ou há IMC – índice de massa corporal superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e/ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de 2 fatores de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e/ou de suporte à sobrevivência e/ou refratariedade terapêutica.	08

7.2.2.5 Riscos excluídos na garantia de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – (IFPD)

Além dos riscos mencionados no item 8 (Riscos Excluídos), consideram-se também como Riscos Excluídos, ainda que redundando em Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Funções Autônomicas do segurado, com perda da sua Existência Independente, os abaixo especificados:

- a) A perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b) Os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais e de outras relacionadas com o trabalho, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional, segundo a legislação vigente;

c) As doenças, em cuja origem, a atividade laborativa exercida pelo Segurado contribua diretamente na constituição da relação causa e efeito e na firmação do nexo de causalidade;

d) A doença cuja evolução natural tenha sido modificada e agravada por um traumatismo;

e) Os quadros clínicos exclusivamente decorrentes da exposição a agentes causadores ou fatores de risco de natureza ocupacional, em especial, os resultantes de esforços físicos, repetitivos ou não, de posturas viciosas e/ou de traumas cumulativos, com nexo de causalidade, caracterizados.

7.2.2.6 Da Data do Sinistro

A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada na Declaração Médica.

A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será consignada por médico que esteja assistindo ao segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

7.2.2.7 Não Reconhecimento da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

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

7.2.2.8 Das Despesas de Comprovação

As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante. As providências que a Seguradora tomar, visando

esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.

7.2.2.9 Da Forma de Pagamento do Capital Segurado

Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela Seguradora, o pagamento do Capital Segurado vigente na data da constatação da invalidez por doença será realizado sob a forma de pagamento único.

7.2.2.10 Do Cancelamento do Seguro

Desde que efetivamente comprovada, por ser a cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença uma antecipação da básica (morte), seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, devidamente corrigidos pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA.

Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e Particulares, sem qualquer devolução de prêmios.

8 - RISCOS EXCLUÍDOS

São riscos excluídos de todas as garantias contratadas os eventos decorrentes de:

- a) Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha ou de revolução, exceto os eventos decorrentes da prestação de serviço militar pelo segurado ou de atos de humanidade do segurado em auxílio de outrem;**
- b) Atos de terrorismo reconhecidos como atentatórios à ordem pública pela autoridade competente;**
- c) Atos de agitação, motins, revolta, sedição, sublevação, rebelião, insurreição, confisco, tumultos ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes. Estas exclusões não se aplicam aos segurados que fazem parte das Forças Armadas, Polícia ou Corpo de Bombeiros, quando no exercício de suas funções;**
- d) Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- e) Prática, por parte do segurado, do seu beneficiário ou representante de um ou de outro, de atos ilícitos dolosos ou contrários à Lei, incluindo nesta a direção de veículos terrestres, aquáticos e aéreos sem a devida habilitação, bem como a morte perpetrada pelo(s) beneficiário(s) do seguro ou com sua cumplicidade;**

f) Danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelo estipulante, seus sócios controladores, dirigentes e administradores;

g) Doenças ou eventos preexistentes não declarados pelo segurado no ato da contratação;

h) Epidemias oficialmente declaradas;

i) Furações, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

j) Alterações mentais e/ou eventos decorrentes da ação do uso de álcool, drogas, entorpecentes ou substâncias tóxicas, de forma direta ou indireta;

k) Da participação voluntária em atentados ou rixas (exceto em caso de legítima defesa ou de assistência à pessoa em perigo), a duelo, a crime ou delitos;

l) Tratamento e operações cirúrgicas de caráter estético não consecutivo ao acidente;

m) Mutilação voluntária ou premeditada;

n) Suicídio ou sua tentativa e suas consequências, ocorrido antes de 02 (dois) anos de vigência ininterrupta da cobertura do seguro. No caso de solicitação de aumento de Capital Segurado, aplica-se o mesmo prazo mencionado acima a contar da data de alteração pela Seguradora e no valor relativo ao aumento solicitado. Caso ocorra a morte do segurado durante o período de carência por suicídio, será devolvido ao Beneficiário o prêmio puro pago, relativo ao seguro, atualizado pela variação do Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA.

9 - JUNTA MÉDICA

No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a Seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da constatação, a constituição da junta médica.

A junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela Seguradora.

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

10 - VIGÊNCIA / RENOVAÇÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO

O início de vigência do risco individual será às 24:00 (vinte e quatro) horas da data de adesão ao Seguro, desde que o risco seja aceito pela Seguradora.

O período de vigência do seguro é de 12 (doze) meses, e sua renovação dar-se-á automaticamente, uma única vez, por igual período, desde que estejam devidamente quitadas as parcelas do seguro.

Entretanto, poderá a mesma não ser renovada, neste caso a Seguradora comunicará aos Segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

Feita uma renovação automática, as renovações seguintes deverão ser feitas de forma expressa.

A renovação expressa da apólice que não implicar em ônus ou dever para os segurados poderá ser feita pelo estipulante.

Na renovação expressa da apólice, caso haja alteração nas condições que implique em ônus ou dever aos segurados, deverá haver anuência prévia e expressa de segurados que representem pelo menos $\frac{3}{4}$ do grupo Segurado Principal.

O contrato de seguro pode ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes.

A renovação automática não se aplica aos segurados e nem à Seguradora, que comunicarem o desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.

A cada período de cobertura anual do seguro, será emitido novo “Certificado Individual” pela Seguradora, constando as atualizações das importâncias seguradas das coberturas contratadas e valor da parcela do seguro.

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

11 - CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL DO SEGURO

Haverá o cancelamento da cobertura individual de cada segurado nos seguintes casos:

- a) Com a morte do segurado titular;**
- b) No caso de inadimplência do segurado, na forma prevista no “item 13” destas condições gerais;**
- c) Em qualquer época, com acordo das partes contratantes, devendo a parte interessada comunicar à outra, por escrito e de modo expresso;**
- d) Com o cancelamento da apólice;**
- e) Com o cancelamento do contrato de utilização do cartão American Express, respeitando, no entanto, o período de vigência correspondente ao prêmio pago;**
- f) Com o pagamento da indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.**

As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Sociedade Seguradora sob a alegação da natureza dos riscos.

A cobertura de cada segurado será cancelada automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitados os riscos em curso cujos prêmios tenham sido pago.

Na hipótese do segurado, seus prepostos ou seus beneficiários agirem com dolo, fraude, ou simulação na contratação do seguro, durante a vigência, ou ainda, para obter ou para majorar a indenização, dar-se-á automaticamente o cancelamento Do seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

12 - CUSTEIO DO SEGURO

Totalmente contributário, isto é, o prêmio do seguro será totalmente pago pelo segurado.

13 - PAGAMENTO DOS PRÊMIOS E REABILITAÇÃO DA COBERTURA

A primeira parcela do seguro será quitada através do Extrato de Conta do cartão American Express mediante lançamento individualizado.

As demais parcelas serão pagas através de lançamento individualizado no Extrato de Conta do cartão American Express.

Caso a data de vencimento da parcela do prêmio ocorra em feriado bancário ou fim de semana, o pagamento será postecipado para o primeiro dia útil após o vencimento.

Caso o segurado não faça mais parte do quadro associativo do Estipulante, prevalece o que dispõe a alínea e do subitem 11 - CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL DO SEGURO.

A falta de quitação das parcelas do prêmio do seguro determinará a automática suspensão das garantias do plano contratado. Enquanto não houver o pagamento da(s) parcela(s), a Seguradora ficará isenta da responsabilidade pelo pagamento de qualquer evento coberto ocorrido neste período.

As coberturas poderão ser reabilitadas durante o prazo de suspensão, sem retroatividade, se o segurado efetuar o pagamento do Extrato de Conta do cartão American Express em até 30 (trinta) dias do vencimento.

Se decorridos 30 (trinta) dias após o vencimento, o segurado não tiver efetuado o pagamento da parcela do prêmio através da quitação do lançamento individualizado no Extrato de Conta do cartão American Express, o seguro ficará automaticamente cancelado, não tendo produzido efeitos, direitos ou obrigações desde a data do cancelamento, não cabendo qualquer restituição de parcelas anteriormente pagas, independentemente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

Será facultado ao segurado a retomada do pagamento dos prêmios, não cabendo qualquer indenização referente a sinistros ocorridos durante a suspensão das coberturas no período de inadimplência.

O estipulante será o responsável pelo pagamento das faturas mensais emitidas pela Seguradora.

Se o estipulante deixar de recolher à Seguradora, no prazo devido, os prêmios recolhidos do Segurado, este não pode ser prejudicado no direito à cobertura do seguro, respondendo a Seguradora pelo pagamento das indenizações devidas.

É vedado ao estipulante recolher dos segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além do fixado pela Seguradora e a ela devido. Caso o estipulante receba juntamente com o prêmio qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento de cobrança do prêmio o valor cobrado de cada segurado.

Para a cobrança dos prêmios, não poderá existir qualquer taxa de intermediação.

Este Plano é estruturado em regime financeiro de repartição simples, o qual não prevê a possibilidade de devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao corretor ou ao estipulante.

14 - DETERMINAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

Entende-se como capital segurado o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago ou reembolsado pela Sociedade Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.

Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros:

- a) para as coberturas de acidentes pessoais, a data do acidente;
- b) para a cobertura de risco por invalidez, não consequente de acidente, a data indicada na declaração médica.

15 - ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

A importância segurada e o valor da parcela do seguro serão fixados em moeda corrente brasileira e atualizados a cada período de 12 (doze) meses, a contar da data de início de vigência do seguro.

A atualização de valores será determinada pela variação anual do Índice Geral de Preços para o Mercado (IGP-M) da Fundação Getúlio Vargas, referente ao 2º mês anterior a sua aplicação.

Na eventualidade de ser extinto o IGP-M, a atualização de valores será determinada pela variação anual do IPCA – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, ou por indicador oficial a ser estabelecido pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

16 - CERTIFICADO DO SEGURO

A Seguradora emitirá um certificado destinado a cada segurado no início e a cada renovação do seguro como comprovante do seu seguro individual.

Nos casos de reajustes automáticos da importância segurada, com critérios previamente estabelecidos no seguro, a Seguradora emitirá um novo certificado individual a cada reajuste.

17 - DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

a) É facultado ao Segurado indicar o(s) Beneficiário (s). Na falta da indicação de Beneficiário, aplicar-se-á, para efeito de pagamento de Indenização, o disposto no art. 792 do Código Civil Brasileiro:

“Art. 792 – Na falta de indicação de pessoa ou Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o Capital Segurado, será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária”.

§ Único - Na falta das pessoas indicadas neste artigo, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência”

b) Para fins deste dispositivo, a(o) companheira(o) será equiparada(o) à (ao) esposa(o), nos casos admitidos pela lei civil, observando o disposto no art. 793 do Código Civil Brasileiro, que dispõe:

“Art. 793 – É válida a instituição do companheiro como Beneficiário, se ao tempo contratado o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.”

c) É facultado ao Segurado, em qualquer época, substituir o(s) seu(s) Beneficiário(s), mediante comunicação por escrito à Seguradora, devidamente assinada. Qualquer mudança de Beneficiário(s), desde que respeitada esta formalidade, entrará em vigor a partir da data em que for recebida pela Seguradora, sob protocolo.

d) A indenização por invalidez do segurado titular terá como beneficiário o próprio segurado.

18 - PERDA DE DIREITO

O segurado perderá o direito à indenização se:

a) Agravar intencionalmente o risco;

b) Se o segurado, seu representante, seu corretor de seguros, ou o estipulante fizer declarações inexatas que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito a indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido;

c) Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a Seguradora cancelará o seguro automaticamente, retendo, do prêmio

originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido, salvo na hipótese de ocorrência de sinistro, em que o cancelamento ocorrerá 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;

d) O segurado está obrigado a comunicar à Sociedade Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder a cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé. A Seguradora no período de 15 (quinze) dias a contar do recebimento do aviso de agravação, dará ciência, por escrito, se sua decisão de cancelar o seguro após 30(trinta) dias da notificação, restituindo a diferença do prêmio proporcional ao período, ou pela permanência do seguro nas condições vigentes;

e) Se o estipulante não comunicar à Seguradora, logo que saiba qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, perderá o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

19 - PROCEDIMENTOS E DOCUMENTAÇÃO PARA PAGAMENTO DE SINISTROS

Ocorrendo um dos eventos cobertos pelo seguro e estando o mesmo em vigor na data da caracterização do evento, a Seguradora, após o recebimento dos documentos/ elementos comprobatórios do evento ocorrido em circunstâncias cobertas pelas presentes Condições Gerais contratadas, efetuará o pagamento da indenização correspondente ao capital segurado da garantia afetada pelo sinistro ou providenciará o reembolso nos casos em que ele couber.

A comunicação do evento deverá ser encaminhada a Seguradora através do formulário apropriado ou em carta registrada, telegrama, fax ou e-mail, dirigido à mesma ou a seu representante legal, conforme instruções fornecidas pela **Central de Atendimento a Seguros pelo telefone 0800 701-3030**. Da comunicação por carta, telegrama, fax ou e-mail, deverá constar: data, hora, local e causa. A comunicação nesta forma não dispensa a obrigação de apresentar o formulário apropriado, devidamente preenchido.

Todas as despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentação necessária para o recebimento da indenização/reembolso correrão por conta dos interessados, salvo as realizadas diretamente pela Seguradora, a quem cabe, no caso de dúvidas, a adoção de medidas visando a plena elucidação da ocorrência do evento. No caso de eventuais encargos de tradução necessários à liquidação dos sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da Sociedade Seguradora.

Os atos ou providências que a Seguradora praticar, após o evento, não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar a indenização solicitada.

Além do aviso anteriormente mencionado, o segurado ou os beneficiários do seguro deverão providenciar os documentos mencionados abaixo, ficando ressalvado o direito da Seguradora de solicitar, no caso de dúvida fundada e justificável, documentos adicionais na hipótese de surgimento de fatos ou circunstâncias não previstas.

A liquidação do sinistro ocorrerá no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do cumprimento de todas as exigências aqui descritas por parte do segurado ou do(s) beneficiário(s). Na eventualidade de necessitar de documentos complementares, este prazo será suspenso, reiniciando a contagem a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

Para o recebimento das garantias contratadas e previstas na apólice, os documentos necessários serão:

Morte	Morte Acidental	Invalidez por Acidente	Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença
1, 2, 3, 4 e 8	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 12	1, 4, 5, 6, 7, 8 e 11	1, 4, 8, 9 e 10

- 1) Formulário aviso de Sinistro Vida, totalmente preenchido, com carimbo, CRM e assinatura do médico;
- 2) Certidão de Óbito (cópia Autenticada);
- 3) Certidão de Casamento com data atualizada, e se for o caso, com averbação do desquite, divórcio ou separação, com data atualizada ou Nascimento do segurado (Cópia autenticada);
- 4) RG e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- 5) Boletim de Ocorrência Policial ou Comunicação de Acidente de Trabalho (cópia autenticada);
- 6) Cópia do CNH - (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente automobilístico e desde que o segurado figure como condutor do veículo. Este documento é dispensável desde que conste no boletim de ocorrência policial a identificação do condutor e os dados da CNH;
- 7) Inquérito Policial ou Peças do Inquérito, quando se tratar de homicídio ou suicídio, ou tentativa (cópia);
- 8) Certificado Individual de Seguro de Vida/Acidentes Pessoais (caso possuir);

9) Relatório do médico-assistente do segurado, indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada, e detalhando o Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autônômicas do segurado;

10) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo os laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante;

11) Relatórios médicos, cópias de exames e radiografias com laudos que comprovem a invalidez do segurado;

12) Laudo de exame cadavérico e de dosagem alcoólica.

Documentação dos Beneficiários:

Quando há designação de Beneficiários	Quando não há designação nominal (cláusula beneficiária ou conforme lei)
A, B, C, E, F e G	A, B, C, D, E, F e G

a) Certidão de Casamento com data atualizada, e se for o caso, com averbação do desquite, divórcio ou separação, com data atualizada ou Nascimento do segurado (cópia autenticada);

b) RG e CPF dos beneficiários do seguro (cópia autenticada), ou de seu representante legal;

c) Comprovante de Endereço do(s) beneficiário(s), ou de seu representante legal (cópia autenticada ou original);

d) Escritura Pública de Declaração de únicos herdeiros legais, ou certidão de Rol de Herdeiros Legais extraída dos autos do processo de inventário do segurado, quando não houver designação de beneficiários estipulada em contrato.

Obs.: Para valores até R\$ 10.000,00 poderá ser enviada declaração particular reconhecida em cartório;

e) Termo de Tutela, para o(s) beneficiário(s) órfãos menores de 16 anos (original ou cópia autenticada);

f) Termo de Curatela, somente para a garantia de Invalidez e o segurado encontrar-se totalmente incapaz para responder por seus atos civis (original ou cópia autenticada). Deverá ser enviado também RG, CPF e comprovante de residência do curador;

g) Autorização para crédito da indenização em conta corrente para cada beneficiário (somente contas em nome do favorecido ou menor representado, com dados completos da conta-corrente para crédito, CPF ou CNPJ).

O segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento das condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

Quando a Seguradora recusar um sinistro com base nas Condições Gerais contratadas no seguro, o(s) beneficiário(s) serão comunicados por escrito, dentro do prazo máximo para regulação do sinistro já mencionado.

NOTA:

Solicitação de Documentos Adicionais:

Fica ressaltado o direito da Seguradora de solicitar documentos adicionais na hipótese de surgimento de dúvida fundada e justificável.

No caso de pagamento de invalidez parcial, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

20 - ALTERAÇÃO DE PLANO

O segurado, durante a vigência do seguro, poderá solicitar o aumento das Importâncias Seguradas, desde que não ultrapasse os limites estabelecidos pela Seguradora e seja aceito pela mesma.

Sendo aceito pela Seguradora o pedido de aumento de importância segurada, o início de vigência será às 24:00 (vinte e quatro) horas do dia do vencimento da próxima parcela do prêmio após o recebimento do pedido, desde que até esta data ocorra o pagamento da parcela através de quitação do lançamento individualizado no Extrato de Conta do cartão American Express ou na data determinada no Certificado Individual.

21 - MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a divulgação ou promoção do seguro por parte do estipulante e/ou corretor somente poderão ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições do seguro.

22 - PREVALÊNCIA DE CLÁUSULAS

Prevalecem sobre as cláusulas destas Condições Gerais, as previstas de comum acordo entre a Seguradora e estipulante.

23 - PRESCRIÇÃO DO SEGURO

O direito do segurado e/ou beneficiário em pleitear indenização junto à Seguradora prescreve nos prazos estabelecidos nos termos do Código Civil.

24 – INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- I. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco;
- II. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização;
- III. 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.

25 – FORO

Fica eleito o foro da comarca do domicílio do segurado para dirimir toda e qualquer dúvida proveniente direta ou indiretamente deste seguro.

Na hipótese de inexistência da relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto acima.

Apólice Seguro de Vida em Grupo: 855.842.

Em caso de dúvidas, favor entrar em contato com a Central de Atendimento a Seguros pelo telefone 0800 701-3030 ou fax 0800 979-9175 à sua disposição 24 horas por dia.

Bradesco Vida e Previdência S.A.

CNPJ: 51.990.695/0001-37.

Estipulante: Banco Bradesco S.A. CNPJ:

60.746.948/0001-12 .

Corretora: Bpar Corretagem de Seguros Ltda.

SUSEP 029.726.1.033.136-8.

CNPJ 43.133.503/0011-10.

Esta parte não integra às Condições Gerais do seguro

Prezado cliente,

Visando amparar você e a sua família nas diversas necessidades que se apresentam após a ocorrência de eventos cobertos, o **Seguro Life Plus** disponibiliza através da Central de Assistência 24 Horas, um atendimento personalizado e um amplo pacote de serviços.

ATENÇÃO: A utilização dos serviços oferecidos é **exclusivamente por meio de contato prévio** com a **Central de Assistência 24 Horas pelo telefone 0800 729-1417**, portanto, **não haverá reembolso de despesas incorridas por serviços providenciados por conta própria**, exceto quando autorizados pela Central.

Serviços cobertos:

1. Urna de categoria Semi-Luxo.
2. Preparação do corpo para colocação na urna, incluindo higienização e desodorização.
3. Velório em sala ou capela de acordo com disponibilidades locais.
4. Duas coroas médias.
5. Ornamentação da sala de velório, de acordo com a preferência da família do SEGURADO.
6. Ornamentação da urna.
7. Assessoria nas formalidades e obtenção de documentos, incluindo a liberação do corpo e o registro do atestado de óbito em cartório.
8. Taxa Velório.
9. Taxa Sepultamento.
10. Cremação a ser executada no local de óbito ou, se não houver na região este serviço, na cidade mais próxima em que seja possível fazê-lo. As cinzas serão encaminhadas para a cidade domiciliar da família. As despesas com passagens e hospedagem para o acompanhamento da Cerimônia de Cremação correrão por conta da família. Ao optar pelo crematório, o Serviço de Assistência se responsabiliza pela realização do velório apenas no próprio Crematório.
11. Fornecimento de livro de presença/registro.

12. Fornecimento de ônibus especial para acompanhamento do féretro, compreendendo o trajeto de ida e volta entre a capela mortuária e o cemitério ou crematório, até 100 km no total.

13. Divulgação do óbito em rádio de grande audiência no município de domicílio do SEGURADO, à escolha da família e/ou na imprensa escrita, um anúncio em jornal de circulação no município de domicílio do SEGURADO, à escolha da família, no tamanho 5 X 10 cm.

14. Fornecimento de Câmara ardente completa, incluindo castiçais, velas, suporte para urna e imagens ou insígnias de acordo com a religião da família.

15. Taxa Exumação.

16. Sepultamento no local em que a família determinar ou, caso a família não possua jazigo, será providenciada a locação de um jazigo na cidade domiciliar da família pelo período máximo de 03 anos, de acordo com disponibilidade local, em cemitério público. O Serviço de Assistência não assumirá qualquer responsabilidade referente ao ato de exumação e destino dos ossos, dado o término do prazo de locação.

17. Traslado do corpo do local de óbito até o velório, e depois até o local de sepultamento no Brasil. Se houver necessidade da presença de um membro da família para liberação do corpo, forneceremos passagens de ida e volta e hospedagem para um familiar.

Nota:

A prestação de Assistência Funeral é exclusiva para segurados residentes e domiciliados no Brasil.

O presente seguro não cobre a compra do terreno em cemitério, ficando restrito apenas ao aluguel de um jazido pelo período máximo de três anos, conforme determinado no item 16 da tabela acima.