

HSBC Seguros

VidaSimples Especial

PRIORI INFORMATICA LTDA ME
AV RIO GRANDE DO SUL 154 S
CENTRO
MAL CANDIDO RON PR
85060-000



Condições Gerais nº 200909

Nº do Processo na SUSEP: 10.004013/99-98

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

A situação cadastral do corretor deste seguro, poderá ser consultada no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo ou CNPJ/CPF.

Curitiba, 22 de fevereiro de 2011.

PRIORI INFORMATICA LTDA ME

Prezado (a) Cliente

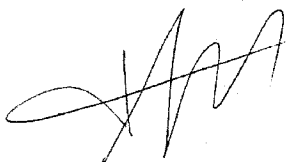
É uma decisão inteligente oferecer aos seus colaboradores a proteção do seguro **VidaSimples Especial**, este produto tem a garantia da HSBC Seguros (Brasil) S.A., uma empresa do Grupo HSBC que atua em sintonia com o mercado e procura oferecer aos seus clientes o que há de mais avançado em tecnologia, serviços e desenvolvimento de produtos.

O **VidaSimples Especial** é um produto completo e moderno, além das garantias de vida e acidentes pessoais, oferece amplos serviços de assistência aos seus segurados, seja nos momentos mais difíceis em que há perda, amparando a família com atendimento especializado e auxílio alimentação, ou em eventuais contratempos ocorridos durante períodos de viagem.

Neste caderno apresentamos as Condições Gerais do Seguro, a leitura deste documento é importante para o conhecimento de todos os seus direitos e obrigações como contratante do **VidaSimples Especial**. Nele você encontrará explicações sobre as condições e cláusulas que regem o seguro, além de orientações sobre como proceder caso seja necessário utilizá-lo. Para facilitar seu entendimento, o significado dos principais termos técnicos utilizados está disponível no glossário e, além disso, no decorrer do texto, as obrigações do segurado ou eventuais restrições das condições do seu contrato de seguro estão destacadas em negrito.

Canais de Atendimento: **Meu HSBC Telefone Seguros: 4004-5022**, demais localidades 0800-728 5022; **SAC HSBC 0800 729 5977 / SAC HSBC (Deficientes Auditivos) 0800 701 5934**; para reclamações, cancelamentos de produtos e serviços, sugestões e elogios; **Ouvidoria HSBC 0800 701 39 04 / email: ouvidoria@hsbc.com.br**; como última instância para suas reclamações.

Cordialmente,



Fernando Moreira
Diretor Superintendente

Índice

Item	Página
Glossário	07
01. Objetivo do Seguro	09
02. Grupo Segurável	09
03. Grupo Segurado	09
04. Aceitação de Proponentes	09
05. Subestipulante	09
06. Obrigações do Subestipulante	09
07. Segurado Titular	10
08. Segurado Dependente	10
09. Inclusão de Dependentes	10
10. Conceito de Acidente Pessoal	10
11. Garantias/Riscos Cobertos	10
12. Riscos Excluídos de todas as Garantias	13
13. Âmbito Territorial de Cobertura	14
14. Atualização Anual de Valores	14
15. Condições para Contratação e Manutenção do Seguro	14
16. Aceitação da Proposta de Adesão	15
17. Início de Vigência Individual	15
18. Período de Vigência do Seguro	15
19. Custeio do Seguro	15
20. Pagamento dos Prêmios Mensais	16
21. Reequadramento Etário	16
22. Procedimentos para Manutenção do Seguro	16
23. Designação e Alteração de Beneficiários	17
24. Procedimentos em Caso de Sinistro	17
25. Documentação Necessária para Pagamento de Indenizações	17
26. Junta Médica	18
27. Procedimentos para Cancelamento do Seguro	19
28. Bases Técnicas do Seguro	19
29. Material de Divulgação	19
30. Prescrição das Condições do Seguro	19
31. Foro	19
 Serviços de Assistência	
Assistência Funeral	27
Assistência a Pessoas em Viagem	28
Auxílio Alimentação	30

GLOSSÁRIO

Apólice - É o contrato de seguro, que tem por finalidade definir os riscos repassados pelo segurado à seguradora, além de fixar responsabilidades, limitações e obrigações que devem ser observadas para que produza e faça valer os direitos dos contratantes.

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.

Auxílio - A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

Beneficiário - Pessoa física/jurídica a favor da qual é devida a indenização em caso de sinistro.

Capital Segurado - Valor contratado que representa o limite de indenização em caso de ocorrência de sinistro coberto.

Cardiopatia Grave - Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do "Consenso Nacional de Cardiopatia Grave".

Cartão-Proposta - Documento individual que deve ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelos proponentes ao seguro quando exigido pela seguradora para efeito de análise e aceitação no seguro.

Certificado Individual - Documento que a seguradora envia aos segurados através do Estipulante, indicando a aceitação e inclusão dos mesmos no seguro.

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

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

Condições Gerais - Conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem direitos e obrigações do segurado, do subestipulante e do segurador.

Cônjuge Automático - Participação automática do cônjuge no seguro, não sendo necessário a informação de seus dados.

Conectividade com a Vida - Capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.

Consumpção - 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 subestipulante junto à seguradora. O subestipulante 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.

Doença Preexistente - É toda doença, congênita ou adquirida, que compromete a função orgânica ou coloca 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 informada no momento da sua solicitação de inclusão no seguro.

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

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

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.

Estados Conexos - Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.

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 acidentes sofridos, estados mórbidos, doenças preexistentes a sua inclusão no seguro, bem como suas consequências, dos quais o indivíduo tenha conhecimento, recebido tratamento clínico ou cirúrgico, não informados no momento da sua solicitação de inclusão no 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.

Garantia Básica - Trata-se da garantia de Morte Natural ou Morte Acidental, de acordo com a conjugação de coberturas escolhida.

Garantias Contratadas - Corresponde ao conjunto de coberturas contratadas pelo subestipulante, e definidas na Proposta de Seguro, as quais determinam os riscos assumidos pela seguradora perante o segurado.

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.

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.

Importância segurada individual - Valor contratado que representa o limite de indenização em caso de ocorrência de sinistro coberto.

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), respeitado o valor da importância segurada individual contratada.

Movimentação de Segurados - Ato de inclusão, exclusão ou alteração de segurados.

Prêmio - Valor a ser pago pelo subestipulante do seguro à seguradora, com o objetivo de garantir indenização no caso da ocorrência de um evento coberto pela(s) garantia(s) contratada(s).

Prescrição - É a perda do direito da ação para reclamar eventuais obrigações decorrentes e previstas nos contratos de seguro, em razão do transcurso dos prazos fixados na lei.

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

Proponente - Componente do grupo segurável para o qual foi solicitada a inclusão no seguro.

Proposta de Adesão - Documento pelo qual o subestipulante expressa a sua vontade de adesão ao seguro. Uma vez aceito, este documento adquire poderes de Contrato de Adesão.

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 instituído.

Regulação de Sinistro - Procedimentos de análise das circunstâncias do sinistro para definição do pagamento de indenizações devidas pela seguradora.

Relações Existenciais - Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

Riscos/Eventos Cobertos - Eventos cobertos de acontecimento futuro, involuntários, possíveis e incertos, ocorridos durante o período de vigência do seguro.

Riscos/Eventos Excluídos - Eventos estabelecidos nas Condições Gerais do seguro, sobre os quais a seguradora não assume risco, ficando isenta de qualquer responsabilidade quanto ao pagamento de indenizações.

Segurado - Indivíduo componente do grupo segurado em relação ao qual o segurador assume a responsabilidade dos riscos previstos nas garantias contratadas.

Seguro - Contrato em que uma das partes (seguradora) se obriga para com a outra (segurado) ao pagamento de uma indenização em caso de ocorrência de evento coberto, mediante recebimento do respectivo prêmio.

Seguro Compulsório - Seguro custeado integralmente pelo subestipulante, com adesão obrigatória para todos os componentes do grupo segurável que atendem as disposições das Condições Gerais.

Seguro Facultativo - Seguro com adesão voluntária, normalmente custeado pelo próprio segurado.

Seguro Não-Contributário - Seguro no qual o prêmio é totalmente custeado pelo subestipulante.

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 um evento coberto contratado e que, legalmente/contratualmente, obriga a seguradora a indenizar.

Subestipulante - Pessoa jurídica que, através da Proposta de Adesão, adere ao seguro e fica investida dos poderes de representação dos segurados perante a seguradora.

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

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

Taxa - Percentual que, aplicado sobre o valor da importância segurada, determina o custo do seguro.

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 subestipulante, 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 coberto pelo seguro, enquanto houver o recolhimento dos prêmios junto à seguradora.

1. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma importância monetária ao segurado ou a seu(s) beneficiário(s), limitado ao valor da importância segurada individual, caso venha a ocorrer ao segurado um dos eventos cobertos e contratados, estabelecidos na Proposta de Adesão e descritos nestas Condições Gerais.

2. GRUPO SEGURÁVEL

Conjunto de pessoas que apresentam vínculo empregatício ou societário, concreto e efetivo, junto ao subestipulante. Incluem-se também, no grupo segurável, cônjuges, filhos e funcionários na condição de estágio.

Para fins deste seguro entende-se por vínculo empregatício concreto e efetivo, aquele estabelecido, entre o empregado e o subestipulante, através de sua contratação e respectivo registro em Carteira de Trabalho e Previdência Social, comprovado por meio da Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia – GFIP.

3. GRUPO SEGURADO

Conjunto dos componentes do grupo segurável que estejam em condições normais de saúde, com no máximo 65 anos de idade e, no caso de titular, em plena atividade de trabalho, desde que efetivamente indicados e aceitos para participar do seguro.

A critério do subestipulante, os segurados aposentados no decorrer da vigência do seguro, poderão ser mantidos no seguro sem redução do seu capital segurado, se assim o desejarem, desde que não tenham sido aposentados por Invalidez Permanente Total.

O reajuste do capital segurado dos aposentados poderá ser feito, até no máximo, na mesma proporção do reajuste efetuado para os segurados ativos, como se o aposentado estivesse em atividade.

Os segurados menores de 16 anos, efetivamente aceitos no seguro como segurados titulares, deverão ser assistidos ou representados de acordo com o Código Civil Brasileiro.

Não participam do seguro:

- a) Qualquer pessoa que não se enquadre na definição de Grupo Segurável, destas Condições Gerais;
- Qualquer proponente que apresente codificação diferente de 1 ou 5 no campo 33 da GFIP ou que não pertença às categorias 1 (empregado), 3 (empregado afastado para prestar serviço militar), 4 (empregado contratado por prazo determinado), 5 (diretor não empregado), 7 (menor aprendiz) e 11 (diretores não empregados e demais empresários sem FGTS).
- b) Proponente com idade superior a 65 anos, exceto se completados após o início individual de cobertura.

4. ACEITAÇÃO DE PROPONENTES

Somente serão aceitos proponentes que se enquadrem na definição destas condições gerais quanto à “Grupo Segurável” e que atendam a todos os seguintes requisitos:

- a) **estejam em condições normais de saúde;**
- b) **no caso de titulares, estejam também em plena atividade profissional junto ao subestipulante;**

c) **na contratação, estejam com no máximo 65 anos de idade;**

d) **no decorrer da vigência do seguro, estejam com no máximo 60 anos de idade.**

O subestipulante é totalmente responsável pela informação da condição de plena atividade profissional dos proponentes titulares indicados a participar do seguro, não cabendo a seguradora responsabilidade no pagamento de indenizações, caso se verifique que o proponente não se encontrava apto a participar do seguro quando de sua solicitação de inclusão.

Fica estabelecido, também, que no caso de não comprovação do vínculo entre subestipulante e proponente, na forma prescrita no item “Grupo Segurável” destas Condições Gerais, não caberá qualquer indenização por parte da seguradora. O subestipulante se responsabiliza civil e criminalmente pela veracidade das informações constantes nos documentos de solicitação de inclusão de proponentes.

A seguradora reserva-se o direito de aceitar ou não a inclusão do proponente no seguro, tendo para isto o prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do documento de inclusão. Expirado este prazo, sem que haja manifestação expressa por parte da seguradora, o seguro estará automaticamente aceito.

Uma vez aceitos, os proponentes tornam-se segurados e receberão (através do subestipulante), um documento denominado “Certificado Individual”, para fins de conhecimento da data de início do risco, do capital segurado do titular e dependentes por garantia contratada, entre outras informações gerais do seguro.

A cada renovação do contrato de seguro será encaminhado um novo Certificado Individual, bem como sempre que houver alteração de alguma condição, inclusive capital segurado, dados pessoais e beneficiários.

5. SUBESTIPULANTE

É a pessoa física ou jurídica que contratou o presente seguro, a qual fica investida dos poderes de representação dos segurados perante a seguradora. Ao subestipulante deverão ser encaminhados as comunicações ou avisos inerentes ao seguro.

6. OBRIGAÇÕES DO SUBESTIPULANTE

- a) Fornecer à seguradora todas as informações, previamente estabelecidas, necessárias para a análise e aceitação do risco;
- b) Manter a seguradora informada a respeito das 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) Repassar os prêmios à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- e) Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice;
- f) 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;

- g) Comunicar, de imediato, à seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que dele tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- h) Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- i) Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- j) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido; e
- k) 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 subestipulante.

7. SEGURADO TITULAR

Denomina-se segurado titular, o componente do grupo segurado que mantém vínculo empregatício, societário ou associativo com o subestipulante, efetivamente aceito no seguro.

8. SEGURADO DEPENDENTE

É o cônjuge ou companheira(o) do segurado titular, desde que haja comprovação de união estável na forma da legislação em vigor, bem como seus filhos, enteados e menores considerados dependentes, em conformidade com o regulamento do Imposto de Renda.

9. INCLUSÃO DE DEPENDENTES

9.1 – Participação de cônjuge

De acordo com a opção informada na Proposta de Adesão, poderão fazer parte do seguro os cônjuges dos segurados titulares, desde que já não pertençam ao grupo segurado na condição de titular, e estejam em condições normais de saúde.

Equiparam-se aos cônjuges, as(os) companheiras(os) dos segurados titulares solteiros, viúvos, separados judicialmente ou divorciados, desde que haja concordância com a anotação feita na sua carteira profissional ou com a declaração do Imposto de Renda, em conformidade com o disposto nas leis brasileiras sobre a matéria.

O capital segurado do cônjuge, quando contratado, corresponde a 50% (cinquenta por cento) do respectivo capital segurado contratado para seu titular, exceto na garantia de Invalidez Permanente Total por Doença, da qual o cônjuge não participará.

Ao incluir o cônjuge, o segurado titular assume total responsabilidade com relação às condições normais de saúde do seu cônjuge. Faculta-se à seguradora o direito de solicitar documentos comprobatórios com relação às condições de saúde do cônjuge.

O seguro do cônjuge cessará automaticamente com o cancelamento do seguro do titular ou com a cessação da condição de dependente.

9.2 – Participação de filhos

De acordo com a opção informada na Proposta de Adesão, poderão fazer parte do seguro os filhos dos segurados titulares, desde que já não pertençam ao grupo segurado na condição de titular, e estejam em condições normais de saúde.

Serão considerados os filhos legítimos, enteados, adotados ou legalmente reconhecidos como dependentes, menores

de 21 (vinte e um) anos e solteiros, ou de qualquer idade quando incapacitados física ou mentalmente para o trabalho, e que sejam dependentes do segurado principal, de acordo com o regulamento do Imposto sobre a Renda.

Os filhos maiores de 14 (quatorze) anos participam exclusivamente na garantia básica contratada para seu titular, na razão de 15% (quinze por cento) da respectiva importância segurada individual, com valor limitado ao máximo de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais). Para filhos menores de 14 (quatorze) anos o seguro prevê apenas a prestação do serviço de Assistência Funeral.

Ao incluir filhos, o segurado titular assume total responsabilidade com relação às condições normais de saúde dos mesmos. Faculta-se à seguradora o direito de solicitar documentos comprobatórios com relação às condições de saúde dos filhos.

Quando ambos os cônjuges forem componentes titulares do seguro, os filhos serão segurados apenas uma vez, considerados para efeito deste item, dependentes do cônjuge de maior capital segurado.

O seguro dos filhos cessará automaticamente com o cancelamento do seguro do titular ou com a cessação da condição de dependente.

10. CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL

Para fins deste seguro, considera-se Acidente Pessoal o evento com data perfeitamente caracterizada, ocorrido após o início de vigência do seguro, de forma súbita, involuntária e violenta, por meio exclusiva e diretamente externo que, por si só, e independentemente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente total ou parcial do segurado.

10.1 Inclui-se nesse conceito:

- a) O suicídio, ou a sua tentativa, ocorridos após dois anos do início de vigência individual do seguro, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal. No caso de solicitação de aumento de importância segurada, 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 seqüestros e tentativas de seqüestros; e
- e) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

10.2 Excluem-se deste conceito:

- a) As doenças, incluídas as profissionais quaisquer que sejam suas causadas, 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 conseqüentes 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.**

11. GARANTIAS / RISCOS COBERTOS

É facultada ao subestipulante a escolha da composição de garantias do seguro, a qual deverá ser única e inalterável durante a vigência do contrato. O conjunto de garantias contratadas pelo subestipulante deverá ser identificado na proposta de adesão, de acordo com as opções disponíveis no **ANEXO IV**:

11.1 – Morte (M)

Desde que contratada e especificada na Proposta de Adesão, em caso de falecimento do segurado durante a vigência deste seguro, seja por causas naturais ou acidentais, garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento da importância segurada prevista para esta cobertura, **exceto se o falecimento for decorrente de risco excluído e observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.**

11.1.1 - Antecipação da Indenização da Garantia de Morte

Exclusivamente para seguros contratados sem a garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), será antecipado ao segurado titular, ou na impossibilidade do mesmo através de seu representante legal, o correspondente a 50% (cinquenta por cento) da importância segurada da garantia de Morte, vigente na data de liberação do pagamento, **desde que o(s) beneficiário(s) do seguro manifeste(m) por escrito seu consentimento e, comprovadamente, ocorra uma das seguintes situações:**

a) Quando o segurado acometido por neoplasia, síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) ou doença renal crônica for considerado como doente em estágio terminal (quando sinais vitais e quadro clínico denotem um estado grave e de comprometimento irreversível, sem possibilidade de recuperação com os recursos terapêuticos disponíveis);

b) Em caso de transplante de medula óssea (exceto autólogo)*, coração, pulmão ou fígado, ocorrido 6 meses após o início de vigência individual, do respectivo segurado no seguro;

(*) pessoa que doa a si mesmo uma parte de seu próprio organismo.

As situações previstas nas alíneas “a” e “b” somente se aplicam aos casos cuja data de início da doença ou data de ocorrência do acidente tenha sido após o início de vigência individual do segurado no seguro.

Para o recebimento da antecipação, deverá ser encaminhado relatório do médico assistente, informando anamnese, diagnóstico, quadro clínico atual e prognóstico do paciente. Deverão ser encaminhados, ainda, os laudos dos exames

que serviram de embasamento ao relatório.

Caso o segurado venha a falecer após o pagamento da antecipação, será deduzido da importância segurada individual, contratada para a cobertura de morte por qualquer causa, o valor pago a título de antecipação, antes do pagamento do restante ao (s) beneficiários indicado(s) ou legais.

Este adiantamento também será estendido ao segurado cônjuge quando da contratação do plano familiar, desde que obedecidos todos os quesitos mencionados neste item.

11.2 - Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) ou Morte Acidental (MAC)

No caso de morte em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal coberto, observando-se, entretanto, as exclusões previstas nestas condições gerais, a seguradora pagará ao(s) beneficiário(s) do seguro uma indenização adicional, proporcional à garantia básica, no valor correspondente à aplicação do percentual para esta garantia adicional, de conformidade com a opção relativa a composição de garantias escolhida e identificada na proposta de adesão.

O capital segurado desta garantia constante no Certificado Individual de Seguro, já agrega o capital segurado de Morte por Qualquer Causa, se esta garantia for contratada.

11.3 - Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA ou IPTP)

No caso de invalidez em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal coberto, observando-se, entretanto, as exclusões previstas nestas condições gerais, a seguradora pagará ao próprio segurado, uma indenização proporcional à garantia básica, limitada ao percentual contratado para esta garantia adicional, de conformidade com a opção relativa a composição de garantias escolhida e identificada na proposta de adesão.

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 de Invalidez (**ANEXO I**) destas Condições Gerais.

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

Nos casos de invalidez não especificados nesta tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, **independentemente de sua profissão.**

Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que a soma possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) da importância segurada individual para o caso de Invalidez

Permanente Total por Acidente, vigente 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.

Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de membro ou órgão já afetado antes do acidente, não dá direito a indenizações, salvo quando declarado previamente, 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 em consequência de acidente não dão direito à indenização por Invalidez Permanente.

Os valores indenizáveis nesta garantia serão automaticamente reintegrados, sem custo adicional, a cada nova ocorrência.

As indenizações previstas para as garantias de Indenização Especial de Morte por Acidente/ Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente não se acumulam.

Portanto, se depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, e o seguro contratado prever a garantia de Indenização Especial de Morte por Acidente / Morte Acidental, da indenização devida por esta garantia será deduzida a importância já paga anteriormente a título de invalidez.

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

11.4 Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD)

Desde que contratada e especificada na Proposta de Adesão, garante ao segurado, **desde que este o requeira**, o pagamento antecipado da importância segurada contratada para a cobertura básica de morte, em caso de sua Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, conseqüente de doença que cause a perda de sua existência independente, sob critérios devidamente especificados no item **Dos Riscos Cobertos, desta cláusula, respeitadas, entretanto**, as exclusões previstas nestas Condições Gerais.

11.4.1 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 autonômicas do segurado. Este quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item relacionado a liquidação de sinistros.

11.4.2 Dos riscos Cobertos

Considera-se como risco coberto 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**:

- 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.

11.4.3 Dos Demais Riscos Cobertos

Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos 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 1° 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 2° ou no 3° 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) valoriza cada uma das situações ali previstas.

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

11.4.4. Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF

Vide ANEXO II destas Condições Gerais.

11.4.5. Tabela de Dados Antropométricos, fatores de Riscos e de Morbidade

Vide ANEXO III destas Condições Gerais.

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

Além dos riscos mencionados no item Riscos Excluídos de Todas as Garantias, 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.

11.4.7 Da Data do Sinistro

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.

11.4.8. 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.

11.4.9. 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 constitui ato de reconhecimento da obrigação de pagamento da indenização.

11.4.10 Da Forma de Pagamento da Importância Segurada Individual.

Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela seguradora, o pagamento da importância segurada individual, vigente na data da constatação da invalidez por doença, será realizado sob a forma de pagamento único.

11.4.11 Do Cancelamento do Seguro

Desde que efetivamente comprovada, por ser a cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença uma antecipação da básica de 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 da importância segurada individual 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 destas Condições Gerais, sem qualquer devolução de prêmios.

11.5 - Despesas Médico-Hospitalares por Acidente (DMHA)

A seguradora garante ao segurado o reembolso das despesas médico-hospitalares e odontológicas, bem como diárias hospitalares incorridas a critério médico, que o mesmo efetuar com tratamento sob orientação médica, realizado em consequência de acidente coberto, **desde que iniciado no máximo até 30 (trinta) dias contados da data do mesmo**, observando-se as exclusões previstas nestas condições gerais,

O valor do reembolso é proporcional à garantia básica e corresponderá às despesas efetivamente realizadas e comprovadas, limitado ao valor correspondente à aplicação do percentual para esta garantia adicional, de conformidade com a opção relativa a composição de garantias escolhida e identificada na proposta de adesão.

É facultada ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados. Nenhuma responsabilidade caberá à seguradora pelos atendimentos destes profissionais, concordando expressamente o segurado que tal responsabilidade será exclusiva do prestador de serviço que a ela deu causa.

No caso de despesas efetuadas no exterior, esta garantia somente será utilizada depois de esgotado o valor previsto para Assistência Médico-Hospitalar da garantia Assistência Viagem.

As despesas efetuadas no exterior serão ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado (respeitando-se o limite de cobertura estabelecido), atualizado monetariamente pela seguradora, quando da liquidação do sinistro. **Os valores indenizáveis nesta garantia serão automaticamente reintegrados, sem custo adicional, a cada nova ocorrência de evento coberto.**

12. RISCOS EXCLUÍDOS DE TODAS AS GARANTIAS

12.1 Todas as exclusões discriminadas nestas Condições Gerais são aplicáveis ao segurado principal e dependente, quando contratado.

12.2 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, agitação, motins, revolta, sedição, sublevação, rebelião, insurreição, confisco, tumultos ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrente, exceto os eventos decorrentes da prestação de serviço militar pelo segurado ou de 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) 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 o devido documento legal de habilitação na situação regular (não cassado, suspenso ou vencido), bem como a morte perpetrada pelo(s) beneficiário(s) do seguro ou com sua cumplicidade;
- e) Danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelo Estipulante, seus sócios controladores, dirigentes e administradores;
- f) Doenças ou eventos preexistentes não declarados no momento da solicitação de inclusão do segurado no seguro;
- g) Epidemias oficialmente declaradas;
- h) Furações, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- i) Alterações mentais e/ou eventos decorrentes da ação do uso de álcool, drogas, entorpecentes ou substâncias tóxicas, de forma direta ou indireta;
- j) Da participação voluntária em atentados ou rixas (exceto em caso de legítima defesa ou de assistência a pessoa em perigo), a duelo, a crime ou delitos;
- k) Tratamento e operações cirúrgicas de caráter estético não consecutivo ao acidente;
- l) Mutilação voluntária ou premeditada;
- m) Suicídio ou tentativa de suicídio e suas consequências, ocorrido dentro do prazo de até 02 (dois) anos de vigência individual da cobertura do seguro. O mesmo prazo aplica-se aos valores correspondentes ao aumento solicitado de importância segurada, a contar da data de processamento da efetiva alteração pela seguradora. 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.

12.3 Riscos excluídos nas garantias de Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA), Morte Acidental (MAC) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA ou IPTP).

Além dos riscos excluídos de todas as garantias, citados anteriormente, bem como os eventos que não se enquadram na definição de “acidente pessoal” destas Condições Gerais, são riscos excluídos para as garantias deste item, 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 consecutivo ao acidente;
- e) Da participação voluntária em atentados ou rixas (exceto em caso de legítima defesa ou de assistência a pessoa em perigo), em duelo, em crime ou delitos;
- f) Viagens em meios de transporte de propriedade do segurado e/ou do subestipulante, que não possuam em vigor autorização para transporte de passageiros, expedida pelas autoridades competentes, bem como, sejam dirigidas sem o devido documento legal de habilitação na situação regular (não cassado, suspenso ou vencido).

12.4 Riscos excluídos específicos para a garantia de Despesas Médico-Hospitalares por Acidente (DMHA)

Além dos riscos excluídos citados no item Riscos Excluídos de Todas as Garantias, não estão abrangidas por esta garantia, mesmo que em consequência de acidente coberto, as despesas decorrentes de:

- a) Estadas de convalescença, dietas especiais;
- b) Despesas extraordinárias, tais como: telefonemas, gorjetas, frigobar e danos a objetos;
- c) Estadas em estâncias hidrominerais e climáticas, mesmo que por indicação médica;
- d) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos ou ilegais, bem como tratamentos experimentais e medicamentosos, ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- e) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade restauradora que não sejam decorrentes de acidente pessoal coberto e ocorrido durante a vigência individual deste seguro;
- f) Enfermagem de caráter particular, seja em regime domiciliar ou hospitalar, mesmo que as condições do paciente exijam cuidados especiais e/ou extraordinários;
- g) Aparelhos que se referem a órtese de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais causada por acidente.

13. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

Excetuando-se os serviços de Assistência Viagem de cobertura exclusiva no exterior, as demais coberturas previstas nestas condições, aplicam-se para os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

14. ATUALIZAÇÃO ANUAL DE VALORES

A importância segurada individual e o valor do respectivo prêmio serão fixados em moeda corrente brasileiros e atualizados a cada período de 12 (doze) meses, a contar da data do início de vigência do seguro, pela variação anual do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA ou outro índice que vier a substituí-lo.

Será considerada como base de cálculo para aplicação da atualização automática de valores, a importância segurada individual e seu respectivo prêmio, vigente no mês anterior ao término de cada período anual de vigência, e a variação do índice de correção estabelecido nos 12 (doze) últimos meses de vigência do seguro.

15. CONDIÇÕES PARA CONTRATAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO

15.1 - Número mínimo de segurados

Para contratação e manutenção do seguro deverão participar, obrigatoriamente, no mínimo 3 (três) e, no máximo, 300 (trezentos) segurados titulares.

15.2 - Fatura mensal mínima

Para contratação e manutenção do seguro a fatura mensal não poderá ser inferior a R\$ 50,00 (cinquenta reais), considerando 2006 como ano base, o qual será corrigido anualmente, sempre no mês de Janeiro, com base no Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA ou outro índice que vier a substituí-lo.

15.3 - Limites de idade para inclusão de segurados

Em se tratando de proponente titular, a idade mínima para inclusão no seguro é de 14 (quatorze) anos. A idade máxima para inclusão de segurados, titular ou dependente, é de 65 anos.

15.4 – Capital segurado

Os capitais segurados, máximo e mínimo para o grupo, serão informados na Proposta de Adesão formalizada entre o subestipulante e a seguradora. Estes são de livre escolha dos proponentes, desde que em conformidade com os seguintes parâmetros:

- O capital segurado individual na garantia básica, considerando 2006 como ano base, não poderá ser inferior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) nem superior a R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais), o qual será corrigido anualmente, sempre no mês de Janeiro, com base no Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA ou outro índice que vier a substituí-lo.

- Por opção do subestipulante, o capital segurado poderá ser uniforme (igual para todos os componentes) ou diferenciado, neste último, haverá um limite de, no máximo, dez valores diferentes para o grupo segurado.

- Uma vez optado por capital diferenciado, a relação entre o capital mínimo e máximo não poderá ser superior a 5/1 (cinco para um), ou seja, o maior capital escolhido para o grupo não deve ser superior a cinco vezes o menor capital.

- Capitais variáveis de acordo com o salário (múltiplo salarial)

Exclusivamente para seguros com adesão compulsória, por opção do subestipulante, os capitais segurados poderão ser determinados a partir de um fator multiplicador incidente sobre o salário do proponente.

Neste caso, faz-se necessária a informação mensal do grupo segurado via meio eletrônico (disquete/e-mail). O estipulante não pode ter múltiplo salarial para ter sua movimentação através da internet. Os valores relativos aos capitais máximo

e mínimo desejados

pelo subestipulante devem ser identificados na Proposta de Adesão. Estes poderão ser alterados pelo subestipulante, a qualquer época, mediante pedido formal à seguradora.

Para efeito de determinação de capital segurado individual, será aplicado sobre o salário do proponente o fator multiplicador escolhido, porém, os capitais resultantes desta aplicação que não atinjam ou superem aos valores de capitais mínimo e máximo vigentes para o grupo, serão automaticamente enquadrados, tanto para cobrança de prêmios quanto para pagamento de indenizações.

- O capital máximo permitido para proponentes com idade superior a 60 anos é de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais).

- O capital máximo individual permitido para inclusão de segurados via internet é de R\$ 50.000,00, devido a impossibilidade de envio de cartão proposta preenchido.

15.5 - Participantes no seguro

Deverá ser indicada na Proposta de Adesão a opção do subestipulante quanto aos componentes do grupo segurável que participarão do seguro, conforme segue:

- Somente titulares;

- Titulares e cônjuges. Nesta opção inclusão do cônjuge dar-se-á automaticamente, não sendo necessária a informação de seus dados à seguradora;

- Titulares, cônjuges e filhos. Nesta opção, cônjuge e filhos, participam de forma automática, não sendo necessária a informação de seus dados à seguradora.

15.6 - Informação de dados dos proponentes titulares ao seguro

Ressalvado o direito da seguradora em exigir, se julgar necessário, o preenchimento de Cartão Proposta, é facultado ao subestipulante a escolha do critério para informação dos proponentes ao seguro, de acordo com as opções a seguir:

- a) Através do formulário “Relação de Proponentes ao Seguro”, anexo a Proposta de Adesão;

- b) Através da Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social - GFIP, desde que com código de recolhimento “115”.

As informações de data de nascimento e CPF dos proponentes ao seguro devem ser adicionadas à relação GFIP.

Neste caso, participarão do seguro, de forma compulsória e com capital uniforme (igual para todos os proponentes), todos os relacionados na categoria 1 (empregado), 3 (empregado afastado para prestar serviço militar obrigatório), 4 (empregado contratado por prazo determinado), 5 (diretor não empregado), 7 (menor aprendiz) e 11 (diretores não empregados e demais empresários sem FGTS), demais categorias e qualquer empregado relacionado que apresente codificação diferente de 1 ou 5 no campo 33 da GFIP, não poderão participar do seguro.

Para que o capital segurado na garantia básica seja estabelecido, faz-se necessário o preenchimento da quantidade de participantes aptos a participar no seguro e o capital segurado total (a ser dividido equitativamente entre eles) nos campos específicos da Proposta de Adesão.

A seguradora considerará para efeito de determinação do capital segurado individual, a divisão do capital segurado total informado na proposta de adesão, pela quantidade de proponentes efetivamente aptos a participar do seguro

constante na GFIP, independentemente da quantidade de proponentes informada pelo subestipulante.

Notas:

I. Esta opção é destinada apenas para a primeira movimentação do seguro, não sendo necessários envios mensais da GFIP;

II. Amovimentação do seguro deverá ocorrer via Correios, através dos formulários mensais encaminhados pela seguradora;

III. Desde que constem no Contrato Social/Estatuto da Empresa, Sócios/Diretores que não figuram na GFIP e desejam participar do seguro, devem ser informados através do formulário "Relação de Proponentes ao Seguro".

c) Através de disquete, o qual será utilizado somente para a primeira movimentação do seguro, não sendo necessários envios mensais de novos disquetes (exceto quando múltiplo salarial). A atualização do seguro se dará por intermédio dos formulários de movimentação, encaminhados mensalmente pela seguradora, via Correios.

16. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO

A manifestação da seguradora quanto à aceitação da Proposta de Adesão ao seguro ocorrerá, no máximo, em 15 (quinze) dias a contar da data de seu recebimento pela seguradora, podendo a mesma solicitar informações complementares ou recusá-lo dentro deste prazo. No caso de recusa, o subestipulante será comunicado através de correspondência, pela seguradora ou seu representante legal. O valor da primeira fatura mensal do seguro, caso já tenha sido pago, será restituído, devidamente corrigido com base no Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA ou outro índice que vier a substituí-lo, considerando-se o período compreendido entre a data em que se realizou o pagamento e a data da efetiva restituição.

Não havendo manifestação expressa da seguradora no prazo de 15 (quinze) dias, a Proposta de Adesão estará automaticamente aceita.

17. INÍCIO DE VIGÊNCIA INDIVIDUAL

Desde que satisfeitos os requisitos constantes destas Condições Gerais, a vigência do risco individual, no ato da contratação, iniciará a partir das 24:00 horas do último dia do mês que anteceder a primeira quitação de fatura. Havendo opção de pagamento da primeira parcela à vista, o início de vigência do risco individual dar-se-á a partir das 24:00 horas do dia em que ocorrer a respectiva quitação.

Para inclusões durante a vigência do seguro, o início do risco individual dar-se-á de acordo com a competência da próxima fatura a ser emitida, desde que o formulário "Pedido de Inclusão de Novos Segurados" seja recepcionado em tempo hábil para o processamento, conforme data máxima de envio constante do mesmo.

- Cobertura automática para recém admitidos

Exclusivamente para seguro compulsório, comprovado através da apresentação da GFIP (Guia de Recolhimento do FGTS), independente da composição de garantias contratada, funcionários recém admitidos estarão amparados pelo seguro, a partir da data de sua admissão, em caso de acidente pessoal coberto.

A inclusão de funcionários recém admitidos deverá ser solicitada pelo subestipulante, no máximo, até 40 (quarenta) dias corridos posteriores à sua admissão ou, se anterior a este prazo, na movimentação de fatura subsequente às datas

de admissão.

O capital segurado para efeito de indenização em sinistros ocorridos com funcionários recém admitidos e ainda não incluídos no seguro, conforme parágrafo anterior, será correspondente ao menor capital segurado existente para o grupo segurado, constatado na garantia atingida e na data de ocorrência do sinistro ou, se devidamente comprovado, ao correspondente existente para os demais segurados que exercem funções similares.

O pagamento de eventual indenização estará condicionado a compulsoriedade atual do seguro, comprovada através da apresentação da GFIP (Guia de Recolhimento do FGTS) do mês anterior à ocorrência do sinistro e de documentos adicionais que comprovem o efetivo vínculo trabalhista.

18. PERÍODO DE VIGÊNCIA DO SEGURO

O período de vigência do seguro é de 60 (sessenta) meses e sua renovação dar-se-á automaticamente, por igual período, caso não haja expressa desistência da seguradora ou do subestipulante em até 60 (sessenta) dias antes do seu vencimento.

A renovação automática ocorrerá uma única vez sendo que novas renovações deverão ter solicitação expressa por parte do subestipulante e concordância da seguradora, em até 30 (trinta) dias antes do vencimento do prazo de vigência renovado.

19. CUSTEIO DO SEGURO

A contratação deste seguro é exclusivamente na forma não contributária, ou seja, o subestipulante deverá arcar com o ônus mensal do seguro sem repasse de custos aos participantes segurados.

20. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS MENSAIS

O subestipulante é o único responsável pelo pagamento das faturas mensais do seguro. Por opção na Proposta de Adesão, a forma de recolhimento dos prêmios à seguradora poderá ser através de débito automático em conta corrente ou por meio de ficha de compensação em rede bancária.

Visando a cobertura imediata do seguro, a primeira fatura mensal poderá ser quitada no momento da contratação. A cobrança/vencimento das demais faturas mensais ocorrerá no dia indicado na Proposta de Adesão. Quando optado por débito automático em conta corrente e ocorrer insuficiência de saldo no dia indicado para cobrança, serão efetuadas até 9 (nove) novas tentativas de débito nos dias úteis subsequentes ao vencimento.

Fica garantido ao subestipulante o direito de efetuar pagamento no primeiro dia útil posterior ao vencimento da fatura, caso a data coincida com finais de semana ou feriados bancários.

É vedado ao subestipulante recolher dos segurados qualquer valor além do fixado pela seguradora e a ela devido. Caso o subestipulante receba com o prêmio qualquer quantia que lhe for devida, deve destacar no documento de cobrança do prêmio o valor cobrado de cada segurado.

Salvo nos casos de cancelamento do contrato de seguro, quando a forma de cobrança do prêmio individual for através de desconto ou consignação em folha, o subestipulante somente pode interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante pedido por escrito do segurado.

20.1 Inadimplência

A insuficiência de saldo em conta corrente para pagamento do seguro ou falta de quitação da ficha de compensação até a data de seu vencimento (ou primeiro dia útil posterior, se a data coincidir com final de semana ou feriado bancário), determinará a suspensão automática das coberturas. A seguradora ficará isenta da responsabilidade de pagamento de qualquer indenização ou reembolso correspondente a evento coberto ocorrido durante o período de inadimplência.

A fatura em atraso será cobrada cumulativamente ao débito/ficha de compensação subsequente, objetivando a reabilitação das coberturas. **A insuficiência de saldo em conta corrente para pagamento total do débito acumulado do seguro ou falta de quitação da ficha de compensação acumulada até a data de seu vencimento (ou primeiro dia útil posterior, se a data coincidir com final de semana ou feriado bancário), implicará no cancelamento automático do seguro e consequente cessação das coberturas**, retroativamente ao final de vigência da última fatura quitada, não cabendo qualquer restituição ao subestipulante de faturas mensais anteriormente pagas, independentemente de notificação e/ou interposição judicial ou extrajudicial.

Havendo inadimplência, o subestipulante será notificado pela seguradora acerca do possível cancelamento automático, com antecedência mínima de 10 (dez) dias, antes da data de vencimento da fatura/débito acumulado.

21. REEQUADRAMENTO ETÁRIO

A cada período de 12 (doze) meses de vigência do seguro, será automaticamente reavaliada a taxa em função da variação da idade média física do grupo segurado.

O percentual de ajuste será correspondente a variação de taxa observada nas tábuas biométricas utilizadas para cálculo dos prêmios do seguro, sendo: para seguros de adesão compulsória Tábua AT83 e para seguros de adesão facultativa Tábua AT49.

A variação da idade média física do grupo será obtida considerando a idade média física do grupo segurado, no momento da contratação, e aquela observada ao término de cada ciclo de 12 (doze) meses.

Identificada a necessidade de ajuste de taxa, para mais ou para menos, os novos valores de prêmios mensais, vigorarão para a competência imediatamente subsequente ao término de cada ciclo.

O reajuste dos prêmios mensais do seguro, em função da alteração da taxa, não se aplica aos valores de importâncias seguradas.

22. PROCEDIMENTOS PARA MANUTENÇÃO DO SEGURO

Excetuando-se seguros múltiplo salarial, mensalmente a seguradora enviará ao subestipulante, por intermédio dos Correios, os seguintes documentos:

22.1 - Relação para Movimentação de Segurados

Este formulário permitirá ao subestipulante a verificação do grupo segurado, proporcionando o conhecimento geral das informações importantes de seus componentes.

Através deste expediente, além de solicitar

cancelamentos, o subestipulante, na condição de representante dos segurados, poderá efetuar alterações de capitais segurados coletiva ou individualmente.

Para alteração coletiva dos capitais segurados basta indicar o percentual de aumento desejado no campo específico do formulário. Deverão ser observados os limites máximos de capital segurado permitidos nestas condições gerais.

Alteração de capital que determine valores acima de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), inclusive para segurados que já estejam com capital superior a esse montante, faz-se necessário o preenchimento do formulário Cartão Proposta, disponível nas unidades da seguradora.

Havendo alterações e/ou cancelamentos a serem procedidos, o subestipulante deve anexar este documento, devidamente assinado e carimbado, ao formulário "Pedido de Inclusão de Novos Segurados", mesmo que não haja inclusões a serem procedidas, e remetê-los via Correios à seguradora. O porte será pago pela seguradora. O uso da rede de agências do HSBC Bank Brasil S.A. para remessa dos documentos à seguradora é opcional.

As alterações de capitais segurados entrarão em vigor desde que o segurado esteja em plena atividade profissional e em condições normais de saúde. Havendo a constatação de alguma doença preexistente não declarada, inclusive quando segurado cônjuge, o pagamento da indenização prevista nas garantias contratadas no seguro será efetuado com base nos valores anteriores ao aumento, exceto nos casos decorrentes de acidente coberto.

22.2 - Pedido de Inclusão de Novos Segurados

Este formulário deverá ser utilizado pelo subestipulante para inclusão de novos segurados. Somente serão aceitos como segurados, proponentes que se enquadrem na definição destas condições gerais quanto a "Grupo Segurável", que estejam em condições normais de saúde, com até 65 (sessenta e cinco) anos de idade e, no caso de titulares, também estejam em plena atividade profissional junto ao subestipulante.

Notas:

a) **O retorno destes documentos deverá ocorrer somente quando houver inclusões e/ou alterações a serem procedidas. Para que as solicitações possam ser atendidas para o próximo período de competência, é imprescindível que os documentos sejam remetidos até a data limite de envio, constante nos mesmos.**

b) **É responsabilidade do subestipulante o encaminhamento dos documentos dentro dos prazos especificados.**

c) **Para inclusão de proponente com capital segurado superior a R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), faz-se necessário o preenchimento do formulário Cartão Proposta, disponível nas unidades da seguradora.**

23. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

a) É facultado ao Segurado indicar o(s) Beneficiário(s). Na falta da indicação de Beneficiário, aplica-se-à, 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”.

“Parágrafo 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) a (ao) esposa (o), nos casos admitidos pela lei civil, observando o disposto no art. 793 do Código Civil Brasileiro;

c) O homem ou a mulher com quem o (a) segurado (a) mantenha relações não eventuais e com quem esteja impedido de casar, está legalmente inibido (a) de figurar como beneficiário (a), de acordo com o 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.”

d) 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.

e) Nas garantias de Invalidez Funcional Permanente total por Doença, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Despesas Médico-Hospitalares por Acidente, o beneficiário do seguro é o próprio segurado titular.

f) O beneficiário do cônjuge e filhos cobertos pelo seguro, será sempre o respectivo segurado titular.

24. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Ocorrendo um dos eventos cobertos pelo seguro e estando o mesmo em vigor na data de sua caracterização, este deverá ser comunicado à seguradora ou seu representante legal, pelo subestipulante ou pelo(s) beneficiário(s) do seguro através do formulário “Aviso de Sinistro Vida” devidamente preenchido ou por meio de carta registrada, telegrama, fax ou e-mail, contendo no mínimo, data, hora, local e causa do evento, bem como outras informações que possam esclarecer as circunstâncias e causas do evento.

Além da comunicação mencionada, deverá ser providenciada e entregue/enviada à seguradora ou seu representante legal, a documentação necessária à liquidação do sinistro, de acordo com o previsto no item “Documentação necessária para Pagamento de Indenizações” destas condições gerais.

Notas:

a) Tornar-se-á nula de pleno direito a cobertura de qualquer evento em que tenha havido por parte do segurado/beneficiário(s) e/ou do subestipulante:

- Inexatidão ou omissão nas declarações constantes nos documentos de inclusão e/ou manutenção, que tenha influenciado na aceitação do seguro e/ou elevação do capital segurado individual, inclusive quando a idade declarada for inferior à idade real, bem como, se houver

solicitação, por parte do subestipulante, de inclusão de proponente titular que não se enquadre na condição de plena atividade profissional requerida pelo seguro;

- Inexatidão ou omissão nas declarações constantes na documentação necessária para o pagamento / reembolso da indenização;

- Tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da seguradora na elucidação do sinistro;

- Agravamento intencional do risco.

b) Os atos ou providências que a seguradora praticar após o sinistro, inclusive o atendimento prestado pelos serviços de assistência, não importam, por si só, reconhecimento da obrigação de pagar a indenização solicitada;

c) Despesas com a comprovação do sinistro e documentação de habilitação para o recebimento da indenização correrão por conta dos interessados, exceto se realizadas pela seguradora, a quem cabe, no caso de dúvidas, a adoção de medidas visando a plena elucidação do sinistro;

d) A seguradora efetuará o pagamento da indenização, em até 30 (trinta) dias a contar do cumprimento de todas as exigências aqui discriminadas. Será suspensa e reiniciada a contagem do prazo, caso haja solicitação de documentação adicional pelo surgimento de fatos ou circunstâncias novas não previstas, observando o disposto no tópico “Solicitação de Documentos Adicionais” do item “Documentação necessária para Pagamento de Sinistros” destas Condições Gerais.

e) Na hipótese do pagamento da indenização não ocorrer dentro do prazo estabelecido, o valor da indenização estará sujeito à atualização monetária, tomando-se por base o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, ou outro índice que vier a substituí-lo. Aplicar-se-á também, juros moratórios pela taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devido à Fazenda Nacional, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado.

f) O pagamento dos valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com a indenização correspondente.

g) 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.

25. DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA PAGAMENTO DE INDENIZAÇÕES

25.1 Documentação de acordo com o evento

Morte (causas naturais)	1, 2, 3, 4, 11 e 12
Morte Acidental/ Indenização Especial de Morte por Acidente	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11 e 12
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente	1, 4, 5, 6, 7, 11 e 12
Invalidez Funcional Total por Doença	1, 4, 9, 12 e 13
Despesas Médico-Hospitalares por Acidente	1, 4, 5, 6, 10, 11 e 12

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. Laudo de Exame Cadavérico e de dosagem alcoólica (cópia autenticada);
9. Relatório do médico-assistente do segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnóstica, 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 Autônomicas do segurado;
8. Original da Nota Fiscal do hospital/clínica, recibos individualizados dos membros da equipe médica com atuação do médico, nome da cirurgia e código da AMB, nome do paciente, carimbo com CPF e CRM de cada médico, Notas Fiscais originais de farmácias acompanhadas da receita médica e requisição de exames efetuados;
9. Carteira de trabalho e Termo de Rescisão do contrato de trabalho (cópia autenticada) e Guia de recolhimento do FGTS (GFIP) do mês anterior ao da ocorrência do sinistro. Quando segurado Sócio/Diretor, cópia autenticada do contrato social da empresa.
10. Certificado Individual de Seguro de Vida/Acidentes Pessoais (caso possuir).
11. 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.
12. Certificado Individual de Seguro de Vida/Acidentes Pessoais (caso possuir).
13. 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.

25.2 Documentação do(s) Beneficiário(s):

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

- a) Certidão de Casamento ou Nascimento do beneficiário, com data atualizada (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 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);

Notas:

- a) O pagamento de eventuais encargos de tradução de documentos de despesas efetuadas no exterior serão de responsabilidade da seguradora.

b) Segurados Menores de Idade:

Nas indenizações ou reembolsos devidos ao segurado menor de idade, este deve ser, conforme sua idade, assistido ou representado por seu responsável:

§ De 14 a 16 anos - segurado representado.

§ Maiores de 16 anos até 18 anos - segurado assistido.

c) Solicitação de Documentos Adicionais:

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

d) Quando a seguradora recusar um sinistro com base nas Condições Gerais do seguro, o(s) beneficiário(s) serão comunicados por escrito, no prazo máximo de quinze dias contados da data do término da perícia e/ou investigação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos;

e) Data de caracterização da ocorrência

Para efeito deste seguro a data de caracterização da ocorrência do sinistro será de acordo com o tipo de evento, sendo:

Morte (causas naturais)	Data do óbito
Morte Acidental/Indenização Especial de Morte por Acidente	Data de ocorrência do acidente
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente	Data de ocorrência do acidente
Invalidez Funcional Total Por Doença	A data indicada na Declaração Médica.

26. JUNTA MÉDICA

No caso de divergências médicas sobre a existência, causa, natureza ou extensão das 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 contestação do segurado, a constituição da de 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.

Não havendo acordo na escolha do médico desempatador, a sua designação será solicitada à Sociedade Brasileira de Medicina de Seguro. Cada parte pagará os honorários do médico que tiver designado. Os honorários 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.

27. PROCEDIMENTOS PARA CANCELAMENTO DO SEGURO

O seguro poderá ser cancelado pelo subestipulante, em qualquer época, desde que o pedido de cancelamento seja efetuado com prazo de antecedência mínimo de 30 (trinta) dias.

A solicitação de cancelamento deverá ser efetuada por telefone junto ao **Meu HSBC Telefone Seguros: 4004-5022, demais localidades 0800-728 5022 ou no SAC HSBC 0800 729 5977 / SAC HSBC (Deficientes Auditivos) 0800 701 5934**, a qual fornecerá as orientações necessárias ao cancelamento.

No caso de inadimplência, o cancelamento ocorrerá de forma automática, conforme estabelecido no item “Pagamento dos Prêmios Mensais” destas Condições Gerais.

A seguradora poderá efetuar o cancelamento do contrato de seguro, mediante aviso prévio de no mínimo 30 (trinta) dias, se houver no decorrer de sua vigência, alterações que comprometam as condições mínimas de manutenção, conforme itens a seguir:

- a) Alteração na quantidade de segurados que remeta o grupo para quantidade abaixo da mínima exigida para manutenção, conforme estabelecido nestas Condições Gerais;
- b) Alteração que determine faturamento mensal inferior ao valor mínimo exigido para manutenção, conforme estabelecido nestas Condições Gerais;
- c) Alteração, para mais ou para menos, superior a 50% da quantidade de segurados inicialmente contratados;
- d) Alteração do seguro que determine uma diferença de valor superior a cinco vezes, entre a maior e a menor Importância Segurada na garantia básica, do grupo segurado;
- e) Alteração do ramo de atividade do subestipulante, para ramos não aceitos pela seguradora;
- f) Alteração do grupo segurável, mediante inclusão de proponente sem o atendimento pleno das exigências estabelecidas no item “Aceitação de Proponentes”, conforme estabelecido nestas condições gerais.

28. BASES TÉCNICAS DO SEGURO

A taxa média aplicada no seguro, para efeito de cobrança dos prêmios mensais, está em conformidade às Normas da SUSEP estabelecidas para seguros de pessoas e aprovada mediante processo nº 10.004013/99-98.

29. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda, divulgação ou promoção do seguro por parte do subestipulante e/ou corretor somente poderão ser feitas com autorização expressa e supervisão da seguradora.

30. PRESCRIÇÃO DAS CONDIÇÕES DO SEGURO

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

31. 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.

ANEXO I - Tabela de Invalidez

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	% sobre a importância segurada individual
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total incurável	100
Nefrectomia bilateral 100	

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL	% sobre a importância segurada individual
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-úlnares	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	09
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	09
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do respectivo dedo.	
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	03
Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	

Encurtamento de um dos membros inferiores:	
- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- de 4 (quatro) centímetros	10
- de 3 (três) centímetros	06
- menos de 3 (três) centímetros: sem indenização.	
DIVERSOS:	
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho quando o segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
MAXILAR INFERIOR (MANDÍBOLA) REDUÇÃO DE MOVIMENTOS	
Em grau mínimo	5
Em grau médio	10
Em grau máximo	20
NARIZ	
Amputação total 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 fistulas	15
Bilateral	14
Bilateral com fistulas	25
Lesões da pálpebra	
Ectrópio unilateral	3
Ectrópio bilateral	6
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	
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
com redução da função renal (não dialítica)	50
com redução da função renal (dialítica)	75
Perda de rim único	75

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

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

ANEXO II - Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF

Atributos	Escalas	Pontos
Relações do Segurado com o Cotidiano	1º Grau: O segurado mantém suas relações interpessoais com a capacidade de compreensão; 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
Condições Clínicas e Estruturais do Segurado	1º Grau: O segurado apresenta-se saudável, 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
	2º 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
	3º 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
Conectividade do Segurado com a Vida	1º 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.	00
	2º 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).	10
	3º 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.	20

ANEXO III - Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Riscos e Morbidade

Dados Antropométricos, Riscos Integrantes e Agravos Morbidos	Pontuação
A idade do segurado interfere na análise da morbidade do caso e ou há imc - índice de massa corporal superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravamento 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

ANEXO IV - Tabela de Composição de Garantias

Cód. da Composição	Garantia Básica	Garantias Adicionais	% Sobre a Básica
90	Morte (M)	-	-
91	Morte (M)	Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)	Até 100%
92	Morte (M)	Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) Invalidez Permanente Total por Doença (IPD)	Até 100% 100%
93	Morte (M)	Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)	50% Até 200%
94	Morte (M)	Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)	100% Até 100%
95	Morte (M)	Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)	50% Até 200% 100%
96	Morte (M)	Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)	100% Até 100% 100%
97	Morte (M)	Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)	100% Até 200% 100%
98	Morte (M)	Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPTP) Despesas Médico-Hospitalares por Acidente (DMHA)	50% Até 100% 100% Até 100% Até 10%
99	Morte (M)	Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPTP) Despesas Médico-Hospitalares por Acidente (DMHA)	100% Até 100% 100% Até 100% Até 10%
100	Morte (M)	Morte Acidental (MAC) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPTP)	100% Até 200%
101	Morte (M)	Morte Acidental (MAC) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPTP) Despesas Médico-Hospitalares por Acidente (DMHA)	100% Até 100% Até 10%
102	Morte (M)	Morte Acidental (MAC) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPTP) Despesas Médico-Hospitalares por Acidente (DMHA)	100% Até 100% Até 5%
103	Morte Acidental (MAC)	Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPTP)	100%
104	Morte Acidental (MAC)	Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPTP)	Até 200%
105	Morte Acidental (MAC)	Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPTP) Despesas Médico-Hospitalares por Acidente (DMHA)	Até 100% Até 10%
106	Morte Acidental (MAC)	Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPTP) Despesas Médico-Hospitalares por Acidente (DMHA)	Até 100% Até 5%

Prezado(a) cliente,

Visando amparar ao segurado e a sua família nas diversas necessidades que se apresentam após a ocorrência de acidentes ou eventos cobertos, **dentro ou fora do ambiente de sua empresa**, o seguro *VidaSimples Especial* do HSBC disponibiliza através de sua Central de Assistência 24 Horas, atendimento personalizado e um amplo pacote de serviços.

Utilizando-se dos serviços **Assistência 24 Horas pelo telefone 0800 55 5250**, não haverá necessidade de desembolso de valores por parte do segurado ou de sua empresa. O custeio de todas as despesas, até os limites contratuais, será promovido pelo seu seguro *VidaSimples Especial*.

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

Assistência Funeral

Consiste na prestação de Assistência Funeral à família do segurado falecido. Este serviço é extensivo a cônjuge e filhos, desde que optado pela participação destes na Proposta de Adesão, através da indicação de plano familiar.

Estão previstos os seguintes itens e serviços:

- a) Assessoria nas formalidades e obtenção de documentos, incluindo o registro do atestado de óbito em cartório e pagamento de taxas requeridas;
- b) Traslado do corpo do local do óbito até o velório e depois até o local de sepultamento no Brasil, *na cidade de domicílio do Segurado*. Se houver necessidade da presença de um membro da família para liberação do corpo, serão fornecidas passagens de ida e volta e hospedagem para um familiar;
- c) Urna de categoria standard com ornamentação de luxo;
- d) Ornamentação de acordo com a preferência da família do segurado, como: jogo de paramentos, véu, duas coroas de flores, arranjos florais, livro de presença, manta mortuária e velas;
- e) Velório em sala ou capela de acordo com as disponibilidades locais;
- f) Sepultamento no local em que a família determinar. Caso a família não possua jazigo será providenciada, pelo período máximo de 03 (três) anos e de acordo com a disponibilidade local, sua locação em cemitério público na cidade domiciliar da família, desde que em território nacional. A seguradora não assumirá qualquer responsabilidade referente ao ato de exumação e destino dos ossos, dado o término do prazo de locação;
- g) Havendo opção por cremação, esta será realizada no local do óbito ou, se não houver na região este serviço, na cidade mais próxima em que seja possível fazê-lo. As cinzas serão encaminhadas à família. Ao optar pelo crematório, a Seguradora se responsabiliza pela realização do velório apenas no próprio crematório.

Notas

- a) A prestação de Assistência Funeral é exclusiva para segurados residentes e domiciliados no Brasil e estará limitada ao máximo de R\$ 3.000,00 (três mil reais), exceto serviço de traslado para o qual não haverá limite.
- b) Serão considerados para todos os fins como prioritários em relação aos demais, os serviços descritos nos itens “c” e “f”, salvo solicitação formal em contrário do responsável no momento do atendimento.
- c) Os serviços aqui previstos não são suscetíveis de reembolso pela seguradora e nem tem qualquer caráter indenitário.

Assistência a Pessoas em Viagem

Consiste na prestação de Assistência a Pessoas em Viagem. Este serviço é extensivo a cônjuge e filhos, desde que optado pela participação destes na Proposta de Adesão.

Os serviços oferecidos somente se aplicam em caso de viagem com período inferior a 60 (sessenta) dias e a partir de 50 (cinquenta) Km da residência habitual do segurado. Excetuando-se os casos em que houver autorização prévia da Central de Atendimento, não haverá reembolso de despesas incorridas por serviços providenciados por conta própria.

A assistência será prestada de acordo com a infra-estrutura do local da ocorrência, levando-se em consideração as leis e costumes do país local, a natureza do risco e a urgência requerida no atendimento.

Serviços cobertos em território nacional e internacional

a) Remoção Hospitalar

Ocorrendo acidente ou doença no Brasil ou no Exterior e após terem sido prestados os primeiros socorros, a assistência promoverá os contatos entre sua equipe médica, o médico do local e eventualmente o médico particular do segurado. Se a equipe médica verificar a necessidade de remoção do segurado para um hospital, esta será efetuada pelo meio mais adequado, ou seja, de ambulância, automóvel, avião de linha ou fretado com equipamentos de socorro, observando-se os seguintes limites máximos:

- US\$ 5,000 por ocorrência internacional;
- R\$ 2.000,00 por ocorrência nacional e transporte aéreo
- R\$ 1.000,00 por ocorrência nacional e transporte terrestre

b) Acompanhamento e hospedagem em caso de hospitalização

Se o segurado estiver viajando sozinho e a equipe médica julgar que ele deve ser hospitalizado por período superior a 10 (dez) dias, será fornecida uma passagem de ida e volta, classe econômica, a uma pessoa por ele indicada e residente no Brasil, para que possa assisti-lo, bem como, serão providenciadas diárias de hotel para hospedagem do acompanhante do segurado, por no máximo 7 (sete) dias, excluindo-se as despesas relativas a refeições, frigar, bem como outras despesas de natureza semelhante, observados os seguintes limites diários:

- US\$ 50,00 por ocorrência internacional
- R\$ 50,00 por ocorrência nacional

c) Prorrogação de estada

Se for constatada pela equipe médica a necessidade de prolongar o período inicialmente previsto de estada, em virtude de doença ou acidente, ultrapassando assim a data de retorno prevista, será providenciada hospedagem do segurado, por no máximo 7 (sete) dias, observados os seguintes limites diários:

- US\$ 50,00 por ocorrência internacional
- R\$ 50,00 por ocorrência nacional

d) Garantia de viagem de regresso

Caso a passagem de retorno inicialmente prevista não possa ser utilizada em virtude do disposto no item anterior (Prorrogação de estada), será providenciada uma passagem classe econômica, para regresso do segurado, observados os seguintes limites:

- US\$ 1.000,00 por ocorrência internacional
- R\$ 1.000,00 por ocorrência nacional

e) Retorno e acompanhamento de menores

Em caso de remoção ou hospitalização do segurado, se este estiver viajando acompanhado única e exclusivamente por menor(es) de 12 (doze) anos, será providenciada passagem(ens) aérea, classe econômica, de ida e volta para que um familiar possa acompanhar o(s) menor(es) de volta ao domicílio.

f) Retorno antecipado por falecimento de familiar

Se o segurado tiver que interromper sua viagem em razão de falecimento de um parente de 1º grau residente no Brasil e não puder retornar pelos meios de transporte inicialmente previstos, será providenciada uma passagem aérea, classe econômica, para que o segurado possa voltar ao seu domicílio ou diretamente ao local do sepultamento (quando a distância deste não for superior à do domicílio), observados os seguintes limites:

- US\$ 1.000,00 por ocorrência internacional
- R\$ 1.000,00 por ocorrência nacional

g) Transporte por ocorrência de sinistro no domicílio do segurado

Ocorrendo um sinistro de roubo com violação de portas ou janelas, incêndio ou explosão, em sua residência habitual tornando-a inabitável ou com grave risco de que se produzam maiores danos, justificando assim sua presença, será providenciada uma passagem aérea, classe econômica, até o seu domicílio, sempre que não se possa efetuar esse transporte pelo meio utilizado inicialmente em sua viagem ou se este meio de transporte não puder conduzi-lo em tempo hábil.

h) Localização de bagagem

Caso a bagagem do segurado se extravia enquanto sob responsabilidade da companhia aérea, a assistência efetuará os contatos necessários para tentar localizá-la e reconduzi-la ao segurado.

Serviços cobertos em território internacional

a) Repatriação médica

Caso a equipe médica conclua pela necessidade de repatriação para a continuação do tratamento, a assistência organizará os serviços necessários para reconduzir o segurado ao seu município de residência, observando o limite de US\$ 5.000,00, passando todos os demais custos do tratamento a serem suportados pelo segurado.

b) Assistência Médica

Ocorrendo acidente ou doença grave, será providenciada assistência médica, inclusive atendimento por especialistas, exames complementares, internações, cirurgias, observado o limite de US\$ 5.000,00.

c) Assistência Farmacêutica

Caso o segurado tenha necessidade de adquirir medicamentos em virtude da prestação dos serviços descritos no item anterior (Assistência Médica), será efetuado no Brasil, em moeda nacional, o reembolso destas despesas, mediante a apresentação da prescrição feita por profissional da equipe médica, juntamente com a nota fiscal de compra do medicamento no exterior, observado o limite de US\$ 100,00.

d) Assistência Odontológica

Ocorrendo acidente ou doença grave, será providenciado atendimento odontológico adequado, excluído qualquer tratamento de rotina e observado o limite de US\$ 300,00.

e) Orientação em caso de perda de documentos

Em caso de roubo, furto ou perda de documentos, a Central de Atendimento irá orientar o segurado quanto as providências a serem tomadas.

f) Assistência Jurídica

Caso o segurado cause um acidente de trânsito e necessite de assistência jurídica, a Central de Atendimento poderá fazer a indicação de advogado local, cujos honorários serão garantidos em moeda corrente local, mediante depósito antecipado em conta-corrente informada pela Central de Atendimento, a ser feito no Brasil por terceiros indicados pelo segurado.

g) Caução Penal

Caso o segurado seja obrigado a oferecer caução penal junto a autoridade pública do país onde se encontra, em consequência de acidente de trânsito, a Central de Atendimento poderá providenciar a liberação do respectivo valor, em moeda corrente local, mediante depósito antecipado em conta-corrente a ser informada pela Central de Atendimento, a ser feito no Brasil por terceiros indicados pelo segurado.

Riscos excluídos específicos para Assistência a Pessoas em Viagem

- a) Serviços solicitados diretamente pelo segurado, sem prévio consentimento da Central de Atendimento, exceto nos casos de força maior ou impossibilidade material comprovada;
- b) Serviços prestados ao segurado, quando a sua estada, fora da residência habitual, for superior a 60 (sessenta) dias;
- c) Despesas correspondentes a assistência médica, farmacêutica, odontológica e hospitalar despendidas pelo segurado no Brasil;
- d) Acidente ocorrido, ou doença crônica diagnosticada anteriormente ao início da viagem;
- e) Assistência a toda e qualquer consequência de atividades criminosas ou dolosas do segurado;
- f) Assistência derivada de suicídio não coberto pelo seguro;
- g) Assistência por doenças ou estados patológicos produzidos por consumo voluntário de álcool, drogas, produtos tóxicos, narcóticos ou medicamentos adquiridos sem recomendação médica;
- h) Despesas com aquisição de próteses e óculos, bem como despesas de assistência por gravidez, parto ou por qualquer tipo de doença mental;
- i) Assistência derivada de práticas desportivas em competição por parte do segurado;
- j) Despesas extras da estada, tais como: refeições, bebidas e todas aquelas que não estejam inclusas no custo da diária do hotel;
- k) Eventos decorrentes de fenômenos da natureza, de caráter extraordinário, tais como: inundações, maremotos, terremotos, erupções vulcânicas, tornados, ciclones, furacões e queda de corpos siderais;
- l) Caso não seja configurada a real necessidade de remoção do paciente segurado, conforme recomendação do médico assistente, o transporte do mesmo não será autorizado.

Auxílio Alimentação

Exclusivamente por ocasião da morte do segurado titular, ocorrida por evento coberto pelo seguro, fica garantido, desde que requerido, o fornecimento de uma cesta básica mensal destinada à família do segurado falecido, pelo período de 06 (seis) meses consecutivos, composta pelos produtos e quantidades a seguir descritos:

QUANTIDADE	PRODUTO
4	Acucar Refinado 1KG
2	Arroz Agulhinha T1 5KG
1	Bisc Cream Cracker 200GR
1	Bisc Rech Choc/Bco 200GR
1	Cafe 500GR
1	Emb Pap Plast 25KG
1	Farinha Mand Crua 500GR
1	Farinha Trigo Especial 1KG
3	Feijão Carioca T1 1KG
2	Mac Ovos Espag 500GR
2	Oleo Soja Pet 900ML
1	Po Manjar 150GR
1	Po Mousse Choc 100GR
1	Polpa Tomate TP 520GR
1	Sal Ref 500GR
1	Sardinha LT 135GR
1	Tempero Comp PT 300GR

Obs.: Eventuais variações de quantidade e produto, sem representar prejuízo a qualidade e composição final da cesta, podem ocorrer de acordo com a disponibilidade do item.