

O que o Seguro Itaú Viva oferece?



1	Cobertura Básica: Morte Acidental	Capital: Conforme especificado na contratação	Carência: Não há Franquia: Não há
2	Cobertura Opcional: Invalidez por Acidente	Capital: Conforme especificado na contratação	Carência: Não há Franquia: Não há
3	Cobertura Opcional: Doenças Graves	Capital: Conforme especificado na contratação	Carência: 90 dias Franquia: Não há
4	Cobertura Opcional: DIH - Acidente	Capital: Conforme especificado na contratação	Carência: Não há Franquia: 12 horas
5	Cobertura Opcional: DIH - Acidente e Doenças	Capital: Conforme especificado na contratação	Carência: Não há Franquia: 12 horas
6	Cobertura Opcional: Quebra de Ossos	Capital: Conforme especificado na contratação	Carência: 120 dias Franquia: Não há

Principais exclusões e restrições

1. **Doenças Preexistentes.**
2. **Suicídio ou tentativa de suicídio nos primeiros 2 anos de vigência inicial do contrato.**
3. **Atos ilícitos dolosos praticados pelos segurado, pelo beneficiário ou pelo representante de um ou de outro.**
4. **Epidemias ou pandemias declaradas pelo órgão competente, gripe aviária, ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população.**

Consulte a relação completa dos riscos excluídos e restrições do seguro nas condições gerais e especiais abaixo.

Ao contratar o seguro, o cliente declara, para efeito de aplicação do art. 766 do Código Civil, que não tem conhecimento de ser portador de quaisquer das doenças ou lesões relevantes que exijam tratamento médico e que não está afastado de suas atividades habituais por motivo de saúde. Declara também que tomou ciência prévia das condições gerais e especiais do seguro e não tem qualquer dúvida sobre elas.

O seguro terá a vigência determinada no momento da contratação.

Em caso de contratação por meios remotos (internet, celular ou telefone), o segurado poderá desistir do contrato no prazo de 7 (sete) dias corridos, a contar da adesão ao seguro, com direito à devolução integral dos valores pagos. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.



SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS MODULAR

PROCESSO SUSEP N.º 15414.900587/2017-11

ÍNDICE

I. CONDIÇÕES GERAIS	3
1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES	3
2. APRESENTAÇÃO	3
3. ESTRUTURA DESTE CONTRATO	3
4. GLOSSÁRIO	4
5. OBJETIVO	7
6. COBERTURAS	7
7. RISCOS COBERTOS	8
8. RISCOS EXCLUÍDOS	8
9. ÂMBITO GEOGRÁFICO	9
10. DOCUMENTOS DO SEGURO	10
11. CARÊNCIAS E FRANQUIAS	10
12. CONTRATAÇÃO	11
13. ACEITAÇÃO	11
14. VIGÊNCIA	12
15. RENOVAÇÃO	12
16. CAPITAL SEGURADO	13
17. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO	13
18. PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO	13
19. RECÁLCULO E REAVALIAÇÃO DO PRÊMIO	14
20. CANCELAMENTO	15
21. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	16
22. JUNTA MÉDICA	17
23. PERÍCIA DA SEGURADORA	17
24. PAGAMENTO DA ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	18
25. PERDA DE DIREITOS	18
26. CLAUSULA BENEFICIÁRIA	19
27. ALTERAÇÃO CONTRATUAL	20
28. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	21
29. PRESCRIÇÃO	22
30. FORO	22
31. COMO PROCEDER EM CASO DE SINISTRO	22
32. COMUNICAÇÕES	25
33. OUVIDORIA	25
II. CONDIÇÕES ESPECIAIS	27
1. MORTE ACIDENTAL (MA)	27
2. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)	28
3. DOENÇAS GRAVES (DG)	31
4. DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE (DIH ACIDENTE)	34
5. DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE E DOENÇAS (DIH ACIDENTE E DOENÇAS)	35
6. QUEBRA DE OSSOS	37

I. CONDIÇÕES GERAIS

1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES

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

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

1.3. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) ou o Cadastro de Pessoas Físicas (CPF).

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

2. APRESENTAÇÃO

2.1. Apresentamos a seguir as Condições do Seguro de Acidentes Pessoais Modular, que estabelecem as normas de funcionamento das coberturas contratadas.

2.2. Para os devidos fins e efeitos, serão consideradas em cada caso somente as condições correspondentes às coberturas aqui previstas, contratadas e discriminadas no certificado individual, desprezando-se quaisquer outras.

2.3. Mediante a contratação do seguro, o segurado aceita explicitamente as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições Contratuais.

2.4. Para os casos não previstos nestas Condições Contratuais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.

3. ESTRUTURA DESTE CONTRATO DE SEGURO

3.1. Condições Contratuais é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, proposta de adesão, das condições gerais, das condições especiais, da apólice e certificado individual.

3.2. Condições Gerais é o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo as obrigações e direitos da sociedade seguradora, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante.

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

4. GLOSSÁRIO

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

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

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

a) Incluem-se nesse conceito:

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

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

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

a.4) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativa de sequestros;

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

b) Excluem-se desse conceito:

b.1) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

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

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

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

APÓLICE: É o instrumento representativo do contrato de seguro. É o ato escrito que constitui a prova formal desse contrato. É nela que estão obrigatoriamente descritos todos os dados referentes ao seguro e ao risco

assumido pela seguradora. Por isso o que não constar, não estiver incluído ou não fizer parte integrante da apólice não está coberto pelo seguro.

AVISO DE SINISTRO: É a comunicação específica de um sinistro, que o segurado, estipulante ou o beneficiário é obrigado a fazer à seguradora, com a finalidade de dar conhecimento imediato a esta da ocorrência do sinistro

BENEFICIÁRIO: É a pessoa física ou jurídica designada para receber o valor dos capitais segurados, de acordo com a cobertura pleiteada, na hipótese de ocorrência de sinistro coberto.

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

CÂNCER: É a designação genérica de tumor maligno, caracterizado pelo desenvolvimento de células ditas malignas, no corpo humano. Tal designação deverá ser comprovada através de exame anatomopatológico. **Exclui-se, no entanto, dessa designação, para efeitos do presente seguro, qualquer câncer de pele, exceto o melanoma maligno.**

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

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

CERTIFICADO INDIVIDUAL: É o documento destinado ao segurado, emitido pela seguradora, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

COBERTURA: É a designação genérica utilizada para indicar as obrigações que a seguradora assume para com o segurado quando da ocorrência de um evento coberto, desde que constantes no certificado individual.

CONDIÇÃO PREEXISTENTE: é a condição para a qual os sintomas sejam de conhecimento do segurado na data da contratação do seguro, seja pela existência de antecedentes médico-hospitalares ou por exames diagnósticos comprobatórios, e não declarada na proposta de adesão.

CONTRATO: Instrumento jurídico firmado entre a estipulante e a sociedade seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da sociedade seguradora, dos segurados e dos beneficiários.

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

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

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

DOENÇAS, LESÕES OU ACIDENTES PREEXISTENTES: É a doença, lesão, sintomas ou sinais de conhecimento do segurado, seja pela existência de antecedentes médico-hospitalares ou por exames diagnósticos comprobatórios, inclusive as congênitas e as lesões decorrente de acidentes pessoais sofridos antes da adesão ao seguro, e não declarada na proposta de adesão.

DOLO: É o ato consciente através do qual alguém induz outro a erro, agindo de má-fé, por meio fraudulento, visando um prejuízo pré-concebido, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.

ENDOSSO: É o documento através do qual se formaliza qualquer eventual alteração no certificado individual.

ESTIPULANTE: É a pessoa física ou jurídica que contrata apólice coletiva de seguros, ficando investida dos poderes de representação dos segurados perante a seguradora.

EVENTO COBERTO: é o acontecimento futuro e incerto, de natureza involuntária, ocorrido durante a vigência do seguro e previsto nestas Condições Contratuais.

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

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

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

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

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

MELANOMA MALIGNO INVASIVO: É um câncer, predominantemente localizado na pele, com contorno e pigmentação (coloração) irregular e que pode atingir outras estruturas mais profundas

PATOLOGISTA: é o médico especialista na área de patologia, ou seja, no ramo da medicina voltado para o estudo da natureza das doenças e das modificações estruturais e funcionais que elas provocam no organismo.

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

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

PROPONENTE: É a pessoa física interessada em aderir ao contrato coletivo, que propõe sua adesão à apólice e que passará à condição de segurado somente após a sua aceitação pela seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.

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

QUEBRA DE OSSOS: é uma situação em que há perda da continuidade óssea, geralmente com separação de um osso em dois ou mais fragmentos, após um dos traumatismos.

RISCO COBERTO: É o risco amparado pelo certificado individual em vigor e em consonância com todas as suas cláusulas.

RISCOS EXCLUÍDOS: São os riscos que não estão cobertos pelo certificado individual em vigor, conforme previsto nas Condições Contratuais.

SARCOMA DE KAPOSÍ: câncer de localização principalmente na pele, que pode estar associado a outras doenças, cuja forma consiste em várias placas ou nódulos de coloração púrpura a vermelha.

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

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

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

VIGÊNCIA: É o período de tempo fixado para validade do seguro.

5. OBJETIVO

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

6. COBERTURAS

6.1 O seguro de Acidentes Pessoais Modular oferece um total de 6 coberturas, divididas em:

6.1.1. Cobertura Básica:

a) Morte Acidental - MA

6.1.2. Coberturas Opcionais:

a) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA

- b) Doenças Graves – DG
- c) Diária por Internação Hospitalar por Acidente - DIH por Acidente
- d) Diária por Internação Hospitalar por Acidente e Doenças - DIH por Acidente e Doenças
- e) Quebra de Ossos – QO

6.2. A cobertura básica deste seguro é de contratação obrigatória.

6.3. Nenhuma das coberturas opcionais poderão ser contratadas isoladamente da cobertura básica.

7. RISCOS COBERTOS

7.1. Este seguro oferece cobertura para os riscos definidos como cobertos nas Condições Contratuais.

8. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) **Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocado ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) **Invasão, hostilidade, atos ou operações de guerra declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, rebelião, insurreição militar, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) **Doenças, ou lesão, acidente ou condição de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão, que contribuam na caracterização de um evento previsto nestas Condições Contratuais;**
- d) **Suicídio ou tentativa de suicídio cometido nos primeiros 2 anos de vigência inicial do contrato ou de sua recondução depois de suspenso;**
- e) **Atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;**
- f) **Epidemias ou pandemias declaradas pelo órgão competente;**
- g) **Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do segurado, do(s) beneficiário(s) ou pelo representante legal de um ou de outro, de atos ilícitos ou contrários à lei, salvo os decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prática de esporte, da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- h) **Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**

- i) Procedimentos não previstos no código brasileiro de ética médica e não reconhecidos pelo serviço nacional de fiscalização de medicina e farmácia;
- j) Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Tendinite, Sinovite, Tenossinovite, Artrite, Dormio Facial, Cerviobraquialgia e todos os processos inflamatórios inespecíficos relacionados a Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT);
- k) Não obstante o que em contrário possam dispor as Condições Contratuais do presente seguro, fica entendido e concordado que, para efeito indenitário, não estarão cobertos danos e perdas causados por ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

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

- a) Intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- b) Acidentes sofridos antes da adesão do seguro, ainda que manifestado durante a sua vigência;
- c) Mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa;
- d) Eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido no item nº 4 destas Condições Contratuais;
- e) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- f) Perda de dentes e danos estéticos;
- g) Viagens, como passageiro ou tripulante, em aeronaves ou embarcações que não possuam, em vigor, autorização das autoridades competentes para voar ou navegar;
- j) Doenças, inclusive as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível.

9. ÂMBITO GEOGRÁFICO

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

9.2. A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente é válida somente para o diagnóstico em território brasileiro, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

9.3. A cobertura de Doenças Graves é válida somente para o primeiro diagnóstico de uma das doenças cobertas realizado em território brasileiro.

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

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

9.6. A cobertura de Quebra de Ossos é válida em todo o globo terrestre.

10. DOCUMENTOS DO SEGURO

10.1. São documentos do presente seguro a Apólice, a Proposta de Contratação, a Proposta de Adesão, o Certificado Individual e as condições contratuais.

10.2. Nenhuma alteração nesses documentos será válida se não for feita por escrito, mediante Proposta de Contratação assinada pelo estipulante, seu representante ou por corretor de seguros habilitado e receber concordância de ambas as partes contratantes.

10.3. Qualquer alteração nas Condições Contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, observando-se que qualquer modificação que implique ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

10.4. A Seguradora deverá fornecer, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a Proposta de Adesão por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

10.5. Não é válida a presunção de que a Seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem dos documentos citados nesta cláusula, e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas Condições Contratuais.

11. CARÊNCIAS E FRANQUIAS

11.1. Nas coberturas de acidentes pessoais, há carência de dois anos, contados a partir da vigência inicial do contrato ou de sua recondução depois de suspenso em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticado pelo segurado.

11.2. Para a cobertura de Quebra de Ossos haverá carência de 120 dias para utilização da cobertura da parte do corpo afetada, após o primeiro evento informado.

11.3. Haverá carência de 90 (noventa) dias para a cobertura de Doenças Graves.

11.4. Haverá franquia de 12 horas para a cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente.

11.5. Haverá franquia de 12 horas para a cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente e/ou Doenças.

12. CONTRATAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

12.8. As Condições Contratuais do seguro estarão à disposição do proponente previamente à assinatura da proposta de adesão, devendo o proponente, seu representante ou seu corretor de seguros assinarem uma declaração, que poderá constar da própria proposta de adesão, de que tomou ciência das Condições Contratuais.

13. ACEITAÇÃO

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

13.2. Caso a seguradora solicite documentos complementares para análise e aceitação do risco, ou alteração da proposta, o que poderá ser feito apenas uma vez, durante o prazo de 15 dias, o prazo

estipulado ficará suspenso, voltando a correr a partir do primeiro dia útil após a data em que se der a entrega desses documentos.

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

13.4. Caso a proposta venha a ser recusada dentro do prazo estipulado, a seguradora enviará uma correspondência comunicando e justificando ao segurado ou ao seu corretor, os motivos da recusa.

13.4.1. Na hipótese em que já tenha havido pagamento do prêmio, os valores pagos sujeitam-se a atualização monetária pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), a partir da formalização da recusa até a data efetiva da restituição pela seguradora, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

13.5. A aceitação do risco implicará na emissão, pela seguradora, do certificado individual, o qual será enviado ao segurado contendo, no mínimo, o disposto na Circular SUSEP nº 491 ou em norma que venha a substituí-la.

13.6. O pagamento da primeira parcela do seguro, assim como o preenchimento e a assinatura da proposta e da declaração de saúde e atividade (DSA), caracteriza a ciência, aceitação e a concordância, pelo segurado, das Condições Contratuais deste seguro.

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

14. VIGÊNCIA

14.1. O prazo de vigência deste seguro será de 1 (um) ano.

14.2. O Certificado individual terá seu início e término de vigência às 24h das datas para tal fim neles indicadas.

14.3. No caso de proposta de adesão cuja proposta tenha sido recepcionada, sem pagamento do prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

14.4. No caso de o contrato de seguro cuja a proposta tenha sido recepcionada, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terá seu início de vigência a partir da data da recepção da proposta pela seguradora

14.5. O término de vigência ocorrerá também às 24 (vinte e quatro) horas da data para tal fim indicada no certificado individual.

15. RENOVAÇÃO

15.1. A apólice é emitida com o prazo de vigência de 1 (um) ano e poderá ser renovada automaticamente, por igual período, uma única vez, **caso não haja a expressa desistência de uma das partes até 60 (sessenta) dias antecedem o término da vigência**. As renovações posteriores ocorrerão somente mediante expressa solicitação do estipulante e desde que não impliquem em ônus ou dever para o segurado, ou redução de seus direitos.

15.2. Na renovação da apólice qualquer alteração que implique em ônus ou dever para o segurado ou a redução dos seus direitos dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

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

15.4. Na renovação da apólice será emitido pela seguradora o certificado individual, contendo, no mínimo, o disposto na Circular 491/14, ou em norma que venha a substituí-la.

15.5. Este seguro é por prazo determinado tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data do vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice. Caso a sociedade seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, irá comunicar aos segurados e aos estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, sessenta dias que antecedem o final de vigência da apólice.

16. CAPITAL SEGURADO

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

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

17. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO

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

17.2. Na hipótese de extinção do índice de atualização de valores, a Seguradora adotará o INPC/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor). No caso de extinção do índice INPC, será utilizado o índice previamente submetido à SUSEP e por ela autorizado.

18. PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO

18.1. O pagamento do prêmio será feito em parcelas mensais durante o período de vigência do seguro, sempre antecipadamente.

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

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

18.4. Em caso de atraso no pagamento do prêmio, o valor a ser pago estará sujeito a aplicação de juros de mora de 3% (três por cento) ao mês, calculados em base “pro rata temporis”, desde o primeiro dia subsequente àquele em que a obrigação tornou-se contratualmente exigível, até a data do efetivo pagamento, sem prejuízo de multa no importe de 2% (dois por cento), aplicado de uma só vez.

18.5. A Seguradora enviará comunicado, por meio de correspondência ao Segurado, até 10 (dez) dias antes do cancelamento, advertindo quanto à necessidade de quitação das parcelas do prêmio em atraso, sob pena de cancelamento do Contrato, que será efetuado ainda que o Segurado ou Estipulante, conforme o caso, alegue o não recebimento da citada correspondência, que funciona apenas como um aviso de cancelamento.

18.6. Decorrida a data estabelecida para pagamento do prêmio, sem que tenha sido quitado o respectivo documento de cobrança, este poderá ser pago até o 90º dia posterior ao vencimento da parcela em atraso, e será garantida a cobertura dos sinistros ocorridos, com a consequente cobrança do prêmio devido, com correção do IPCA/IBGE, juros diários e multa.

18.7. Na hipótese de extinção do IPCA, a seguradora adotará o INPC/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor). No caso de extinção do índice INPC, será utilizado o índice previamente submetido à SUSEP e por ela autorizado.

18.8. Decorrido o prazo definido no item 18.6, e não ocorrendo o pagamento do prêmio, o seguro estará automaticamente cancelado por falta de pagamento.

18.9. Por se tratar de seguro com vigência definida, o pagamento de uma parcela não quita a(s) parcela(s) anterior(es) em aberto.

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

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

19. RECÁLCULO E REAVALIAÇÃO DO PRÊMIO

19.1. O prêmio é estabelecido com base na idade do segurado, e no valor do capital segurado contratado. O seu valor constará expressamente no certificado individual.

19.2. O valor do prêmio a ser cobrado pela seguradora será alterado anualmente, sempre na data de aniversário do certificado individual em razão do reenquadramento do seguro à nova idade atingida pelo segurado.

19.3. O prêmio será recalculado considerando a atualização do capital segurado.

19.4. Se for constatado que a população segurada difere daquela que serviu de base para o cálculo atuarial, a seguradora se reserva o direito de recalculas as taxas, na renovação da apólice, para preservar o equilíbrio atuarial. Neste caso esta alteração deverá ser realizada por endosso à apólice e a modificação dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

19.5. Na hipótese de não atingir esse mínimo, a seguradora poderá não renovar a apólice de seguro.

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

19.1. Se for constatado que a população segurada diferente daquela que serviu de base para o cálculo atuarial, a Seguradora se reserva o direito de recalculas as taxas, na renovação da apólice, para preservar o equilíbrio atuarial.

19.2. Neste caso esta alteração deverá ser realizada por endosso à apólice e a modificação dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado, e na hipótese do segurado não aceitar as novas taxas propostas, o seguro poderá ser cancelado na data de aniversário do Certificado Individual.

19.3. As taxas puras anuais mínimas de cada cobertura serão reavaliadas a cada período de 12 (doze) meses, em função da sinistralidade apurada para este seguro.

20. CANCELAMENTO

20.1. O seguro será cancelado nas seguintes situações:

- a) No final do prazo de vigência da apólice coletiva, se essa não for renovada, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que o término do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos;**
- b) A qualquer tempo, mediante acordo entre as partes, respeitado o período de vigência correspondente ao prêmio pago pelo Estipulante, e com anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo Segurado.**
- c) Por cessação do vínculo entre o segurado e o estipulante, respeitado o período de vigência correspondente ao prêmio pago;**
- d) Quando o segurado, mediante solicitação por escrito à Seguradora, requerer o cancelamento do seguro, considerando que:**

I – para seguros com pagamento de prêmio parcelado, haverá devolução da parcela paga quando solicitado em até 30 (trinta) dias corridos da emissão do Certificado Individual. Após essa data, o

segurado deverá solicitar o cancelamento até 30 (trinta) dias antes da próxima data de vencimento, para suspender as próximas cobranças;

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

III – o segurado receberá correspondência confirmando o cancelamento.

20.1.1 A apólice não poderá ser cancelada durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

20.1.2. Em caso de cancelamento da apólice, segundo as regras estabelecidas nestas Condições Contratuais.

20.2. A cobertura do Certificado Individual termina:

- a) Quando o segurado, mediante solicitação por escrito à seguradora, requerer o cancelamento do seguro;**
- b) No final do prazo de vigência do certificado individual, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que o término do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos;**
- c) Em caso de cancelamento da apólice ou do certificado individual, segundo as regras estabelecidas nestas Condições Contratuais;**
- d) Pelo pagamento da indenização por Morte Acidental;**

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

20.3. A cobertura Doenças Graves serão canceladas caso haja pagamento do sinistro de uma dessas coberturas.

21. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

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

21.3. O prazo para pagamento das indenizações será de 30 (trinta) dias, contados a partir da data em que tiverem sido entregues todos os documentos básicos previstos no item 31. No caso de solicitação de documentos e/ou informações complementares, mediante dúvida fundada e justificável, este prazo será suspenso, e a contagem do prazo voltará a correr a partir do 1º dia útil subsequente àquele em que foram completamente atendidas as exigências.

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

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

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

- a) Para a cobertura de Morte Acidental, a data do acidente;
- b) Para as coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Diária de Internação Hospitalar por Acidente e Quebra de Ossos, a data do acidente.
- c) Para a cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente e/ou Doença, a data inicial da internação.
- d) Para a cobertura de Doenças Graves, a data do diagnóstico comprovado por médico habilitado.

21.7. Em caso de invalidez permanente total por acidente seguida de morte do segurado em consequência do mesmo acidente, sem que tenha havido tempo hábil para pagamento da indenização, o valor desta será pago de acordo com a Cláusula Beneficiária constante do item 26 destas Condições Contratuais.

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

21.9 A indenização máxima que o Segurado terá direito a cada período de vigência anual do seguro, para a cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente e a Diária de Internação Hospitalar por Acidente e/ou Doenças, corresponderá ao limite de 180 (cento e oitenta) diárias por ano, em um ou mais eventos.

22. JUNTA MÉDICA

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

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

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

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

23. PERÍCIA DA SEGURADORA

23.1. O segurado, ao propor a adesão do seguro e assinar a Declaração de Saúde e Atividade (DSA), autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar ou hospitalar e requerer e proceder exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o segurado, seu médico e a seguradora.

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

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

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

24. PAGAMENTO DA ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

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

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

24.3. Na hipótese de extinção ou vedação do índice de atualização de valores, a seguradora adotará o INPC/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor). No caso de extinção do índice INPC, será utilizado o índice previamente submetido à SUSEP e por ela autorizado.

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

25. PERDA DE DIREITOS

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

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

b) Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultarem de má-fé do segurado, a seguradora poderá:

b.1) Na hipótese de não ocorrência do sinistro: cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido, ou permitir, mediante acordo entre as partes, a continuidade do seguro cobrando a diferença de prêmio cabível ou, restringir a cobertura contratada para riscos futuros;

b.2) Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado: cancelar o seguro após o pagamento da indenização e reter do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido, ou, mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, após a cobrança da diferença de prêmio cabível, ou deduzir esta diferença do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário, ou restringir a cobertura contratada para riscos futuros;

b.3) na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado: cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

c) deixar de cumprir as obrigações convencionadas neste contrato;

d) agravar intencionalmente o risco segurado;

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

f) o sinistro decorrer de dolo, má-fé, fraude e/ou simulação por parte do segurado.

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

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

g.2. O cancelamento do contrato só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer. Após esta data, o segurado deverá solicitar o cancelamento até 30 (trinta) dias antes da próxima data de vencimento, para suspender as próximas cobranças;

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

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

26. CLÁUSULA BENEFICIÁRIA

26.1. Beneficiários em caso de Morte Acidental do segurado:

a) A indicação de beneficiários é de livre escolha do segurado, que poderá fazer inclusões, alterações ou exclusões de beneficiários a qualquer tempo mediante solicitação por escrito e que deverá ser mantida em poder da seguradora.

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

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

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

e) A falta de indicação expressa de beneficiário ou, se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei:

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

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

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

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

26.2. No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Doenças Graves, Diária por Internação Hospitalar por Acidente ou Doença e/ou Quebra de Ossos:

a) Nestas coberturas, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com o item 26.1 desta cláusula beneficiária.

27. ALTERAÇÃO CONTRATUAL

27.1. Nenhuma alteração do seguro será válida se não for feita por escrito, mediante aditivo à apólice, com concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante ou por corretor de seguros habilitado, ratificada pelo correspondente endosso, e receber concordância de ambas as partes contratantes.

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

27.3. Qualquer modificação da apólice que implique em ônus ou dever para o segurado ou a redução dos seus direitos dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

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

- a) Mudança de profissão;
- b) Mudança de residência do segurado para outro país;
- c) Informações falsas ou incorretas.

28. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

28.1. São obrigações do estipulante:

- a) Fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela seguradora, incluindo dados cadastrais;
- b) Manter a seguradora informada a respeito dos segurados, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- c) Fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) Repassar os prêmios à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

- g) Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o segurado;
- h) Comunicar, de imediato, à seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- i) Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- j) Comunicar, de imediato, à Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) Fornecer à Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
- l) Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do estipulante.

29. PRESCRIÇÃO

29.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

30. FORO

30.1. Fica eleito o foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato.

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

31. COMO PROCEDER EM CASO DE SINISTRO

31.1. Ocorrendo um evento coberto, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo segurado, beneficiário ou seu representante, conforme especificado nas Condições Contratuais através da Central de Atendimento da seguradora.

31.2. O segurado ou beneficiário deverá atentar a documentação mínima exigida e as documentações adicionais por evento acionado.

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

a) Do segurado:

- a.1) Formulário de aviso de sinistro com autorização para crédito em conta
- a.2) RG;
- a.3) CPF;
- a.4) Certidão de Nascimento ou Casamento;
- a.5) Comprovante de residência.

b) Do(s) beneficiário(s):

Na falta de indicação de beneficiários no cartão proposta a indenização ocorrerá de acordo com legislação em vigor:

- b.1) Formulário de aviso de sinistro com autorização para crédito em conta
- b.2) Declaração de herdeiros/ companheira (o)
- b.3) No caso de união estável, enviar cópia simples de dois dos documentos a seguir: comprovante de endereço em comum, certidão de nascimento dos filhos do casal, comprovante de dependente no Convênio Médico, comprovante de dependente no Imposto de Renda, comprovante de recebimento de pensão por morte expedida pelo INSS ou Registro de Dependência na Carteira Profissional
- b.4) Cópia do RG/ CPF (inclusive para menores de 14 anos) e Comprovante de endereço de todos os herdeiros
- b.5) Cópia da Certidão de Casamento atualizada após o óbito
- b.6) Pais: RG; CPF; Comprovante de residência;

31.3 EM CASO DE MORTE ACIDENTAL:

a) Documentos do segurado:

- a.1) Cópia do boletim de ocorrência (para falecimento decorrente de acidente)
- a.2) Cópia da certidão de óbito

b) Documentação Complementar:

- b.1) Laudo de necropsia (para falecimento decorrente de acidente)
- b.2) Laudo de Dosagem Alcoólica e Toxicológico (caso o segurado seja o condutor do veículo envolvido no acidente)
- b.3) Cópia do Inquérito Policial

31.4 EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE DO SEGURADO:

a) Documentação:

- a.1) Cópia do boletim de ocorrência (em caso de acidente)
- a.2) Cópia da declaração médica contendo a data em que a doença foi diagnosticada e caracterizada como invalidez total
- a.3) Cópia do laudo dos exames realizados que comprovem o diagnóstico

b) Documentação Complementar

- b.1) Exames médicos (complementar)

- b.2) Cópia do prontuário médico
- b.3) Laudo de Dosagem Alcoólica e Toxicológico (caso o segurado seja o condutor do veículo envolvido no acidente)
- b.4) Cópia do inquérito policial
- b.5) Cópia do boletim do hospital que prestou o 1º atendimento
- b.6) Cópia da carta de concessão de aposentadoria concedida pelo INSS

31.5 EM CASO DE DOENÇAS GRAVES

a) Documentação:

- a.1) Cópia do laudo dos exames realizados que comprovem o diagnóstico

b) Documentação Complementar

- b.1) Exames médicos (complementar)
- b.2) Cópia da Ficha de registro de empregado
- b.3) Cópia do prontuário médico em caso de internações hospitalares

31.6 EM CASO DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE

a) Documentação:

- a.1) Formulário de aviso de sinistro com autorização para crédito em conta
- a.2) Cópia do RG/ CPF e comprovante de endereço
- a.3) Cópia do boletim de ocorrência
- a.5) Cópia do laudo dos exames realizados que comprovem o diagnóstico

b) Documentação Complementar

- b.1) Exames médicos (complementar)
- b.2) Cópia do prontuário médico
- b.3) Laudo de Dosagem Alcoólica e Toxicológico (caso o segurado seja o condutor do veículo envolvido no acidente)
- b.4) Cópia do inquérito policial
- b.5) Cópia do boletim do hospital que prestou o 1º atendimento

31.7 EM CASO DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE E/OU DOENÇAS

a) Documentação:

- a.1) Formulário de aviso de sinistro com autorização para crédito em conta
- a.2) Cópia do RG/ CPF e comprovante de endereço
- a.3) Cópia do boletim de ocorrência (em caso de acidente)
- a.5) Cópia do laudo dos exames realizados que comprovem o diagnóstico

b) Documentação Complementar

- b.1) Exames médicos (complementar)

- b.2) Cópia do prontuário médico
- b.3) Laudo de Dosagem Alcoólica e Toxicológico (caso o segurado seja o condutor do veículo envolvido no acidente)
- b.4) Cópia do inquérito policial
- b.5) Cópia do boletim do hospital que prestou o 1º atendimento

31.8 EM CASO DE QUEBRA DE OSSOS

a) Documentação:

- a.1) Formulário de aviso de sinistro com autorização para crédito em conta
- a.2) Cópia do RG/ CPF e comprovante de endereço
- a.3) Cópia do Formulário de Comunicação Acidente de Trabalho (CAT) em caso de acidente de trabalho e/ou Cópia de Boletim de Ocorrência (BO)
- a.4) Cópia da carteira de habilitação – CNH (caso o segurado seja o condutor do veículo envolvido no acidente)
- a.5) Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- a.6) Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- a.7) Radiografias acompanhadas dos respectivos laudos radiológicos e resultados de exames realizados;

32. COMUNICAÇÕES

32.1. As comunicações do segurado somente serão válidas quando feitas por escrito e devidamente protocoladas em qualquer filial da seguradora ou via Central de Atendimento. As comunicações da seguradora se consideram válidas quando dirigidas ao endereço de correspondência que figure no certificado individual.

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

33. OUVIDORIA

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

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

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

33.4. As reclamações deverão ser endereçadas à:



Itaú Seguros
Ouvidoria Corporativa Itaú
Caixa Postal 67.600
São Paulo – SP
CEP: 03162-971
Ou pelo e-mail ouvidoriacorporativa@itau-unibanco.com.br

II CONDIÇÕES ESPECIAIS

CLÁUSULA 1ª - MORTE ACIDENTAL (MA)

1. O QUE ESTÁ COBERTO

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

2. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

2.1. Todos os riscos mencionados nos itens 8. Riscos Excluídos, 25. Perda de Direitos e aqueles que se enquadrarem no item 29. Prescrição das Condições Gerais estão excluídos desta cobertura.

CLÁUSULA 2ª - INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

1. O QUE ESTÁ COBERTO

1.1. A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente garante o pagamento de uma indenização ao segurado relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante o período de vigência do seguro, limitada ao capital segurado contratado e definido no certificado individual, observadas as Condições Contratuais.

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

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE A IMPORTÂNCIA SEGURADA
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior (mandíbula)	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25

PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos (cúbitos)	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 dedo respectivo	
INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE A IMPORTÂNCIA SEGURADA
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbios peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula (patela)	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 primeiro dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	
	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:	s/ indenização

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

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

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

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

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

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

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

1.10. Se, depois de pagar a indenização por invalidez permanente total ou parcial por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente total ou parcial por acidente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte.

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

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

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

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

2. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

2.1. Todos os riscos mencionados nos itens 8. Riscos Excluídos, 25. Perda de Direitos e aqueles que se enquadrarem no item 29. Prescrição das Condições Gerais estão excluídos desta cobertura.

CLÁUSULA 3ª – DOENÇAS GRAVES (DG)

1. O QUE ESTÁ COBERTO

1.1. A cobertura de Doenças Graves garante o pagamento do capital segurado contratado e definido no certificado individual, em caso de diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, quando exigidos, de uma das doenças cobertas por esta cláusula, diagnosticada durante a vigência do seguro, observadas as Condições Contratuais do seguro.

1.2. Encontram-se cobertas as doenças abaixo relacionadas e caracterizadas, devendo seus diagnósticos preencherem os critérios estabelecidos na literatura médica mundial e aceitos pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas e pelo Ministério da Saúde:

a) Câncer - deve ser diagnosticado por médico habilitado em oncologia e demonstrado através dos laudos de exames citológicos e histológicos apropriados para cada caso;

b) Infarto do Miocárdio:- deve ser diagnosticado por médico habilitado em cardiologia ou cuidados intensivos e demonstrado por:

- queixa clínica característica;
- alteração das enzimas cardíacas;
- alteração eletrocardiográficas;
- eco cardiograma;

c) Cirurgia de válvulas cardíacas e cirurgia de artéria aorta - deve ser indicada por médico cirurgião cardiovascular habilitado, respaldado de exames complementares apropriados, como cateterismo cardiovascular e ecocardiograma.

d) Cirurgia Coronariana - a necessidade de cirurgia deverá ser comprovada por exame de cateterismo coronariano.

e) Acidente vascular cerebral (AVC) – A existência de déficit neurológico em decorrência do AVC deverá ser diagnosticada por médico habilitado em neurologia ou neurocirurgia e demonstrada e comprovada por exames complementares a ocorrência durante os três meses seguintes a data do evento.

f) Insuficiência Renal Crônica Terminal - deve ser diagnosticada por médico habilitado em nefrologia e demonstrada por exames complementares apropriados.

g) Transplante de Órgãos Vitais - deve ser indicada por médico habilitado na especialidade da patologia em questão, devido à perda irreversível da função dos seguintes órgãos: rim, fígado, coração, pulmão, pâncreas ou medula óssea.

1.3. Não há reintegração de capital para esta cobertura. Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada e comunicada à Seguradora. Em hipótese nenhuma haverá acumulação de indenizações pelo diagnóstico de mais de uma doença grave.

1.4. Após o pagamento da indenização, a cobertura de que trata esta cláusula fica automaticamente canceladas.

1.5. Nenhum benefício será pago com base em diagnósticos feitos por uma pessoa que seja membro da família do Segurado ou que esteja vivendo na mesma residência do Segurado, independentemente desta pessoa ser um médico habilitado ou profissional de saúde.

1.6. Em caso de dúvida quanto ao reconhecimento da ocorrência de uma das doenças previstas, a Seguradora poderá realizar perícia médica no Segurado, bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do sinistro.

1.7. O Segurado deverá autorizar, por escrito, seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, que participaram no seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confiabilidade das mesmas.

1.8. Os resultados apurados pela perícia, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado e seu médico assistente.

1.9. Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da Seguradora.

2. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

2.1. Todos os riscos mencionados nos itens 8. Riscos Excluídos, 25. Perda de Direitos e aqueles que se enquadrarem no item 29. Prescrição das Condições Gerais estão excluídos desta cobertura.

2.2. Também estão excluídos da cobertura de Doenças Graves:

2.2.1. Câncer:

Qualquer tipo de câncer diagnosticado antes do início de vigência da apólice

a) Sarcoma de Kaposi e outros tumores associados à AIDS;

b) Câncer de pele exceto melanoma maligno invasivo.

2.2.2. Infarto Agudo do Miocárdio:

a) Infartos do miocárdio antigos demonstrados por eletrocardiograma, toda a angina do peito, incluindo angina estável e instável, angina decúbito, infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG com elevação da troponina "I" ou "T" e outras síndromes coronarianas agudas estarão expressamente excluídos da cobertura de Infarto.

2.2.3. Cirurgia Coronariana:

a) Angioplastia, procedimentos intra-arteriais.

2.2.4. Acidente Vascular Cerebral:

a) Aneurisma Cerebral

b) Ataques isquêmicos transitórios;

- c) Lesão cerebral resultante de hipóxia ou trauma;
- d) Qualquer outra alteração neurológica não resultante de acidente vascular.

2.2.5. Transplante de Órgãos Vitais:

- a) Transplante de tecido;
- b) Autotransplante, exceto medula óssea.**

2.2.6. Qualquer forma de paralisia temporária;

CLÁUSULA 4ª – DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE (DIH – ACIDENTE)

1. O QUE ESTÁ COBERTO

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

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

1.3 As diárias por internação hospitalar não se acumulam. No caso de ocorrência simultânea de mais de uma internação hospitalar por acidente, a indenização será a do evento que resulte no maior tempo de internação, no caso desses possuírem o mesmo período de tempo, prevalecerá o qual iniciar primeiro, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações.

1.4 A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente, respeitada a franquia conforme item 11. Carências e Franquias destas Condições Gerais.

1.5 Em caso de necessidade de novas internações relacionadas ao mesmo evento, seja agravamento, sequela ou reaparecimento dos sinais, sintomas, ou ainda, das suas complicações crônicas ou degenerantes deles consequentes, considera-se o mesmo limite máximo de 180 diárias, acumulando as diárias de todas as internações do mesmo evento. Caso esta internação seja realizada em uma nova vigência, serão considerados os limites e valores da vigência no momento da nova internação.

2. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

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

CLÁUSULA 5ª – DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE E DOENÇAS (DIH – ACIDENTE E DOENÇA)

1. O QUE ESTÁ COBERTO

1.1 A cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente e Doenças garante o pagamento do capital segurado contratado e definido na apólice ao segurado, sem necessidade de comprovação de gastos, por dia de internação hospitalar, **causada por acidente pessoal e/ou doenças cobertas e ocorridas durante o período de vigência do seguro.**

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

1.3 As diárias por internação hospitalar não se acumulam. No caso de ocorrência simultânea de mais de uma internação hospitalar por acidente e/ou doença, a indenização será a do evento que resulte no maior tempo de internação, no caso desses possuírem o mesmo período de tempo, prevalecerá o qual iniciar primeiro, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações.

1.4. A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente, respeitada a franquia conforme item 11 Carências e Franquias destas Condições Gerais.

1.5 Em caso de necessidade de novas internações relacionadas ao mesmo evento, seja agravamento, sequela ou reaparecimento dos sinais, sintomas, ou ainda, das suas complicações crônicas ou degenerantes deles consequentes, considera-se o mesmo limite máximo de 180 diárias, acumulando as diárias de todas as internações do mesmo evento. Caso esta internação seja realizada em uma nova vigência, serão considerados os limites e valores da vigência no momento da nova internação.

2. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

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

- a) **Convalescença, senilidade, geriatria, repouso;**
- a) **Mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa;**
- b) **Procedimentos médicos e/ou cirúrgicos não previstos no código brasileiro de ética médica, vigente na ocasião do evento ou consumo de medicamentos não reconhecidos pelo serviço nacional de fiscalização de medicina e farmácia, não éticos ou ilegais;**
- c) **Tratamento odontológico de quaisquer espécies e suas consequências;**
- d) **Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais;**
- e) **Cirurgias plásticas de quaisquer natureza, exceto em casos acidentais e pós-acidentais, ocorridos durante a vigência do seguro; tratamento de rejuvenescimento ou emagrecimento, nas suas várias modalidades inclusive gastroplastia redutora, tratamento estético, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescença a ele relacionados;**

- f) **Realização de exames rotineiros de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde (check-up);**
- g) **Tratamentos de transtornos psiquiátricos (mentais, do humor e metabólicos), inclusive os que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia, stress, independentemente de suas causas, inclusive depressão;**
- h) **Doenças, anomalias ou más formações congênitas preexistentes à contratação do seguro e de conhecimento do segurado, não declaradas na proposta de adesão, desde que diagnosticadas em data anterior à da contratação do seguro**
- i) **Evento em que o segurado não seja mantido sob cuidados de médicos legalmente habilitados no período da hospitalização.**
- j) **Estados de convalescença (após a alta médica);**
- k) **Tratamentos para esterilização, fertilização e mudança de sexo;**
- l) **Laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros inferiores e superiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;**
- m) **Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);**
- n) **Diária de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para realização de cirurgia, disponibilidade para exames de diagnoses, repouso, internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up, internação para doação de órgãos;**

CLÁUSULA 6ª – QUEBRA DE OSSO (QO)

1. O QUE ESTÁ COBERTO

1.1 A cobertura de Quebra de Ossos garante o pagamento do capital segurado e definido no certificado individual ao segurado, em caso de diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, de fratura óssea após traumatismo ocorrido nos membros cobertos por esta cláusula indicados na Tabela de Lesões Cobertas, diagnosticado durante a vigência do seguro, observadas as Condições Gerais do seguro.

A quebra de ossos, deve estar relacionada exclusivamente à ocorrência de acidente pessoal que não seja considerado risco excluído, e desde que, ocorrido durante o período de vigência do seguro.

1.2 O valor da indenização será calculado sobre o valor do capital segurado definido na apólice, de acordo com os percentuais indicados na Tabela de Lesões Cobertas (item 1.2.1).

Caso no mesmo evento ocorra a fratura de mais de uma osso, será considerado a soma do % de acordo com a Tabela de Lesões Cobertas, e que estejam integrados na Cobertura.

1.2.1 Tabela de Lesões Cobertas

Cobertura por Fratura de Ossos	% aplicável sobre o valor total do capital segurado
Vértebra Cervical	100%
Quadril ou Pelve ou Bacia	80%
Crânio	53%
Fêmur, Calcâneo, Úmero	40%
Tornozelo, Perna, Cotovelo, Escápula	33%
Maxilar, Clavícula, Antebraços, Punho (ossos do carpo)	27%
Pescoço	25%
Vértebra Torácica ou Lombar (cada)	20%
Oso esterno, patela (rótula)	13%
Pés (exceto calcâneo e dedos do pé), Cóccix	10%
Face ou Nariz (exceto Crânio e Maxilar)	4%
Costelas (cada)	3%
Dedos da mão e do pé (cada)	1%

2. DEFINIÇÕES:

- Fratura completa:** ocorre quando a fratura se dá em toda superfície do osso, ficando o mesmo dividido em duas partes distintas;
- Fratura incompleta:** ocorre quando a fratura acomete apenas parte da superfície óssea ficando os seguimentos ainda unidos;
- Fratura cominutiva:** mais de uma fratura ocorrida no mesmo osso;
- Fratura exposta:** ocorre quando os tecidos moles sobrejacentes foram rompidos, expondo a fratura ao ambiente exterior;
- Fratura de Colles:** fratura no osso rádio ao nível do punho; e

- f) **Fratura dos dedos:** no mínimo de três dedos, das mãos ou dos pés, sofridas pelo segurado em um mesmo evento.

3. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

3.1. Além de todos os riscos mencionados nos itens 8. Riscos Excluídos, 25. Perda de Direitos e aqueles que se enquadrarem no item 29. Prescrição das Condições Gerais estão excluídos desta cobertura:

- a) Autolesões, voluntárias e premeditadas ou sua tentativa;

**REGULAMENTO SERVIÇO DE AVALIAÇÃO CLÍNICA PREVENTIVA
SEGURO ITAÚ VIVA**

SERVIÇO DE AVALIAÇÃO CLÍNICA PREVENTIVA

1. OBJETIVO

1.1 O serviço de **Avaliação Clínica Preventiva** é uma forma de detectar, com antecedência ou em fase inicial, doenças que podem ser tratadas quando diagnosticadas precocemente.

1.2 O segurado terá direito a duas avaliações clínicas preventivas por vigência, respeitando-se o prazo de carência.

1.3 O segurado deverá solicitar, após o período de carência, a prestação do serviço através do Itaú 30 horas no telefone.

1.1. **Não será oferecida ao segurado a opção de reembolso de despesas, caso opte por contratar os serviços diretamente de outro prestador de serviço**

2. ELEGIBILIDADE

2.1. É elegível a esta assistência o segurado ou qualquer pessoa por ele indicada que estiver com o seu Itaú Seguro Viva vigente na data da solicitação do serviço, **respeitando-se o período carência.**

3. CARÊNCIA

Haverá carência de 90 dias contados do início de vigência do seguro.

4. SERVIÇO DE AVALIAÇÃO CLÍNICA PREVENTIVA

4.1. Consulta Médica

Quando solicitado, será disponibilizado ao usuário, uma consulta médica preventiva com clínico-geral credenciado, bem como o seu retorno para análise dos exames. O serviço médico será para auxiliar o usuário a diagnosticar e avaliar como está sua saúde, bem como seu retorno após o resultado dos exames laboratoriais.

Este serviço será apenas para 1º diagnóstico e, caso seja necessário, o usuário deverá dar continuidade ao tratamento médico diagnosticado pela Assistência.

Importante:

4.1.1. A primeira consulta e o retorno médico para a análise dos exames será totalmente gratuita ao usuário.

4.1.2. Caso o usuário queira dar continuidade ao tratamento com o médico credenciado, terá que arcar com todas as despesas, sendo essas negociadas diretamente com o profissional.

4.1.3. O prazo para o primeiro agendamento da consulta dependerá da disponibilidade local.

4.2. Exames Laboratoriais

Após a consulta, o médico responsável solicitará exames para diagnosticar como está a saúde do usuário, conforme abaixo: Exames Cobertos		
Tipo	Código AMB	Abrangência
Hemograma	28.04.048-1	Brasil (exclusivamente na rede credenciada)
Glicemia de Jejum	28.01.097-3	
Colesterol TGO	28.10.054-9	
Colpo – Citologia (papanicolau)	21.01.005-6	

Na hipótese de realização de outros exames o segurado deverá arcar com esse valor.

5. PERDA DO DIREITO

5.1. O segurado perderá o direito a qualquer serviço descrito nesse regulamento quando:

- a) Fizer declarações falsas ou incompletas, ou ainda, omitir circunstâncias de seu conhecimento que poderiam ter influenciado na aceitação do risco e no cálculo do prêmio;
- b) Deixar de cumprir as obrigações convencionadas neste regulamento;
- c) Por qualquer meio ilícito, procurar obter benefícios do presente regulamento;
- d) Por fraude ou tentativa de fraude comprovada, simular ou provocar um sinistro ou, ainda, agravar suas conseqüências.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

6.1. O período de vigência do serviço de avaliação clínica preventiva é anual e seu início coincide com o da vigência do Itaú Seguro Viva.

7. RENOVAÇÃO DA VIGÊNCIA

7.1. O período de vigência do serviço de avaliação clínica preventiva é de 1 (um) ano, sendo renovado sempre que o seguro for renovado, desde que não haja expressa desistência da Seguradora ou do segurado dentro de até 60 (sessenta) dias antes do término da vigência.

8. TÉRMINO DA VIGÊNCIA

8.1. A vigência desta assistência cessará quando:

- a) o segurado requerer o cancelamento de seu Itaú Seguro Viva;

- b) ocorrer o cancelamento do Itaú Seguro Viva por determinação da Seguradora;**
- c) ocorrer o cancelamento da assistência por determinação da Seguradora;**
- d) houver falta de pagamento das parcelas do prêmio do seguro.**

9. PRESTAÇÃO DO SERVIÇO

O serviço de avaliação clínica preventiva será prestado pela USS Serviços de Assistência.

**REGULAMENTO ASSISTÊNCIA FUNERAL FAMILIAR
SEGURO ITAÚ VIVA**

1. ASSISTÊNCIA FUNERAL FAMILIAR

1. OBJETIVO

1.1. Garante, após o período de carência, ao titular do seguro, seu cônjuge e seus filhos de até 21 anos, a utilização do Serviço de Assistência Funeral Familiar, caso uma das pessoas cobertas por esta assistência venha a falecer por causas naturais ou acidentais, observadas as demais condições estabelecidas nesta cláusula.

1.2. O titular ou o(s) beneficiário(s) do seguro ou seu(s) familiar(es) deverá(ão) solicitar a prestação do serviço por meio do Itaú 30 horas no Telefone.

1.3. A assistência tem por fim a prestação de serviços, sendo assim **não haverá em qualquer hipóteses a possibilidade de reembolso de despesas, caso o segurado/beneficiário opte por contratar os serviços diretamente de outro prestador de serviço.**

2. ELEGIBILIDADE

2.1. O serviço poderá ser solicitado, por qualquer dos beneficiários, no caso de morte do o titular do seguro, seu/sua cônjuge ou companheira(o) devidamente comprovada(o), na forma da legislação vigente e filhos de até 21 (vinte e um) anos titular principal do Seguro Itaú Viva. O seguro deve estar vigente na data da ocorrência do falecimento, para que o serviço possa ser acionado.

IMPORTANTE: O serviço poderá ser acionado somente após o período de carência que é de 90 dias contados a partir do início de vigência do seguro.

3. SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

3.1. No caso de óbito de uma ou mais pessoas cobertas por esta assistência, o titular ou o(s) beneficiário(s) do seguro ou o(s) familiar(es) do segurado poderá(ão) entrar em contato com o Itaú 30 horas, por Telefone, para solicitar um ou mais serviços relacionados no item 5 descrições regulamento desta assistência. Os telefones para contato são: 4004 4828 para ligações feitas de regiões metropolitanas do Brasil e 0800 970 4828 para as demais regiões do Brasil ou 55 11 4004 4828, para ligações do exterior.

3.2. Ao contatar o Serviço de Assistência Funeral Familiar, o titular ou o(s) beneficiário(s) do seguro ou o(s) familiar(es) do segurado deverá(ão):

a) fornecer seu nome e grau de parentesco com o segurado, e o nome e número do CPF do titular do certificado individual.

b) mencionar o local e o número de telefone onde o Serviço de Assistência Funeral Familiar poderá encontrar o titular, o(s) beneficiário(s) do seguro ou o(s) familiar(es).

3.3. O titular, ou o(s) beneficiário(s) do seguro ou o(s) familiar(es) do segurado deverá(ão) cooperar com o Serviço de Assistência Funeral Familiar, para tornar possível a prestação dos serviços aqui mencionados.

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

3.5. A utilização do Serviço de Assistência Funeral Familiar não implica em reconhecimento da existência de cobertura quanto ao Seguro Itaú Viva.

3.6. Todos os serviços descritos no item 5, não poderão ultrapassar conjuntamente o limite máximo de R\$ 5.000,00 (três mil reais) por funeral, exceto os serviços descritos no subitem 3.7, caso seja aplicável ao evento.

3.7. Caso haja gastos com o segurado, seu cônjuge/companheiro, seus filhos de até 21 anos com: cremação; traslado ou repatriamento de corpo; passagem para o titular ou 01 (um) dos beneficiários do seguro em caso de falecimento da pessoa coberta no exterior e opte(m) pelo sepultamento/cremação no local do evento; locação de 01 (um) jazigo pelo período de 3 (três) anos; repatriamento/retorno do corpo em caso de falecimento de pessoa coberta durante viagem; ou veículo de aluguel com motorista, que, conjuntamente ultrapassem o limite máximo de R\$ 5.000,00 (três mil reais); os eventos serão analisados caso a caso pela Itaú Seguros e esta poderá, a seu critério, aumentar o limite citado no item 4.1 em, no máximo, R\$ 2.000,00 (dois mil reais), de modo a possibilitar a prestação de serviços necessária, resultando no total máximo de R\$ 7.000,00 (cinco mil reais).

Comprovada a legitimidade da solicitação, o serviço e/ou compra de passagem será realizado pelas empresas parceiras do serviço de Assistência Funeral localizadas no Brasil ou no exterior.

4. SERVIÇOS OFERECIDOS

4.1. Caso o Serviço de Assistência Funeral Familiar seja acionado, estará garantida ao titular ou ao(s) beneficiário(s) do seguro ou ao(s) familiar(es) do segurado a utilização de um ou mais serviços relacionados a seguir:

a) Sepultamento ou Cremação

Sepultamento, no túmulo ou jazigo da família, ou cremação (caso esta opção tenha sido formalizada em vida pelo segurado ou pelas pessoas elegíveis ao serviço da Assistência Funeral Familiar, ou ainda por seus representantes legais, devidamente constituídos), em ambos os casos, estando incluído o pagamento das respectivas taxas), desde que realizado em todo o território nacional. Somente será possível realizar o funeral no exterior caso o segurado, seu cônjuge/companheiro, seus filhos de até 21 anos tenham falecido em outro país e a família tenha por intenção realizar o funeral no município em que ocorreu a morte.

O Serviço de Assistência Funeral Familiar oferecerá ainda o serviço de quitação das despesas de traslado do corpo do local da ocorrência da morte ao município de domicílio da pessoa falecida, caso o titular, ou beneficiário(s) do seguro opte(m) por realizar o sepultamento/cremação no município de domicílio da pessoa falecida, respeitadas as regras descritas no subitem 3.7 desse regulamento.

Caso o falecimento da pessoa coberta ocorra no exterior e o titular ou o(s) beneficiário(s) do seguro ou o(s) familiar(es) do segurado opte(m) pelo sepultamento/cremação no local do evento, o Serviço de Assistência Funeral Familiar providenciará 01 (uma) passagem para o titular ou 01 (um) dos beneficiários do seguro ou 01 (um) dos familiares, respeitado o critério de análise descrito no subitem 4.7.

O valor do funeral será convertido na moeda corrente do país pela cotação do dia, respeitado o limite de valor descrito no subitem 3.6.

b) Assessoria para Formalidades Administrativas

Recepcionar - na residência/hospital de ocorrência do óbito - e encaminhar à funerária do município, todos os documentos necessários para realização do sepultamento/cremação. O Serviço de Assistência Funeral Familiar também se responsabilizará pelas demais providências burocráticas, exigidas para a realização do funeral conforme a necessidade de cada situação (por exemplo, documentação em caso de necessidade de traslado de corpo, etc.).

Será entregue ao titular, ao(s) beneficiário(s) ou familiar(es) do segurado toda documentação necessária, posicionando-o(s) a respeito das ações tomadas. Se necessário, o titular, ou 01 (um) dos beneficiários ou 01 (um) dos familiares poderá acompanhar todo o processo.

c) Locação de Jazigo

Consiste na locação de 01 (um) jazigo, pelo período de 03 (três) anos, contado da data do evento e respeitado o critério de análise descrito no subitem 3.7, caso a família não disponha de túmulo para o sepultamento. Este serviço, porém, ficará sujeito à disponibilidade local.

Após 03 (três) anos, o titular ou beneficiário(s) do seguro ou familiar(es) ficará(ão) responsável(is) pelas despesas de locação do jazigo.

Os gastos com locação de jazigo, caso se apliquem à situação, obedecerão aos critérios do subitem 3.7 desse regulamento.

d) Passagem para o titular ou 01 (um) dos beneficiários do Seguro ou 01 (um) familiar do segurado

Providenciar 01 (uma) passagem aérea (classe econômica) ou rodoviária para que o titular ou 01 (um) dos beneficiários do seguro ou 01 (um) dos familiares do segurado, possa acompanhar o sepultamento/cremação da pessoa falecida, caso ele opte por realizar o sepultamento/cremação no local do falecimento e este não seja o município de domicílio da pessoa coberta.

Os gastos com passagem, caso se apliquem à situação obedecerão aos critérios do subitem 4.7 desse regulamento.

e) Serviço de Repatriamento de Corpo

Atender às formalidades necessárias para o repatriamento/retorno do corpo, em caso de falecimento de

pessoa coberta durante viagem, além de garantir o transporte do corpo em esquife *standard* até o município de domicílio da pessoa coberta.

Os gastos com repatriamento, caso se apliquem à situação, obedecerão aos critérios do subitem 3.7 desse regulamento.

f) Urna

Compra de 01 (uma) urna (caixão) padrão, do Serviço de Assistência Funeral Familiar, para o sepultamento da pessoa coberta.

g) Coroa de Flores

Colocar à disposição do titular ou do(s) beneficiário(s) do seguro ou do(s) familiar(es) 01 (uma) coroa de flores da época com faixa com dizeres por ele(s) redigidos.

h) Ornamentação de Urna

Colocar flores para ornamentação do interior da urna à disposição do titular ou do(s) beneficiário(s) do seguro ou do(s) familiar(es).

i) Paramentos

Aluguel de castiçais e velas que acompanham a urna, bem como aparelhos de ozonização.

j) Mesa de Condolências

Providenciar mesa na qual será colocado o livro de presença.

k) Velório

Colocar à disposição do titular ou do(s) beneficiários do seguro ou do(s) familiar(es) 01 (uma) sala de velório ou capela, conforme disponibilidade local.

l) Registro do Óbito

Efetuar o registro de óbito em cartório, se necessário com a presença do titular ou do(s) beneficiário(s) do seguro ou do(s) familiar(es).

m) Carro Funerário

Colocar à disposição do titular ou do(s) beneficiário(s) do seguro ou do(s) familiar(es) 01 (um) carro funerário para transporte do corpo, do local do óbito até o local do velório, e depois até o local no qual será feito o sepultamento/cremação, desde que dentro do mesmo município.

n) Veículo de Aluguel com Motorista

Colocar à disposição da família 1 (um) veículo popular e 01 (um) motorista exclusivamente para acompanhamento do funeral. **Ficará a cargo do titular ou do(s) beneficiário(s) do seguro ou do(s) familiar(es) as despesas com combustível, pedágio e gastos pessoais do motorista.**

Os gastos com o veículo de aluguel com motorista, caso se apliquem à situação, obedecerão aos critérios do subitem 3.7 desse regulamento.

5. RISCOS E SERVIÇOS EXCLUÍDOS

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

- a) aquisição de jazigo;
- b) pagamento de despesas com exumação dos corpos que já estiverem no jazigo quando do sepultamento da pessoa coberta;
- c) atuação nas localidades nas quais a legislação não permitir que o Serviço de Assistência Funeral Familiar intervenha;
- d) quando o falecimento tiver ocorrido no exterior, realização de sepultamento/cremação em município estrangeiro diferente do município estrangeiro de ocorrência da morte da pessoa coberta.

6. PERDA DO DIREITO

6.1. O titular do seguro e/ou beneficiário(s) e/ou familiar(es) perderá(ão) o direito a qualquer indenização decorrente do presente regulamento quando:

- a) deixar de cumprir as obrigações convencionadas neste regulamento;
- b) por qualquer meio ilícito, procurar obter benefícios do presente regulamento;
- c) por fraude ou tentativa de fraude comprovada, simular ou provocar evento que possa ser objeto da Assistência Funeral Familiar.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1. O período de vigência da Assistência Funeral Familiar é o mesmo período de vigência do Seguro, e seu início coincide com a vigência do Seguro Itaú Viva. A Assistência Funeral Familiar valerá enquanto o Seguro estiver vigente.

8. RENOVAÇÃO DA VIGÊNCIA

8.1. O período de vigência da Assistência Funeral Familiar será renovado sempre que o seguro for renovado, desde que não haja expressa desistência da Seguradora ou do segurado dentro de até 60 (sessenta) dias antes do término da vigência.

9. TÉRMINO DA VIGÊNCIA

9.1. A vigência desta assistência cessará quando:

- a)** ocorrer o cancelamento do Seguro Itaú Viva, por qualquer motivo;
- b)** ocorrer o cancelamento da assistência por determinação da Seguradora;
- c)** houver falta de pagamento da parcela do prêmio do seguro.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

101. Aplica-se à Assistência Funeral Familiar, de forma complementar, o disposto nas Condições Contratuais do Seguro, desde que não conflitante com este regulamento do serviço de assistência e salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada
