

Seguro Vida Viva Bradesco

Versão dezembro/2024 - Canal Corretor



bradesco
vida e previdência
Com Você. Sempre.

SUMÁRIO

1. OBJETIVO

2. DEFINIÇÕES

3. CONTRATAÇÃO

4. COBERTURAS

4.1. COBERTURAS BÁSICAS

4.1.1. MORTE

4.1.2. MORTE ACIDENTAL

4.2. COBERTURAS ADICIONAIS

4.2.1. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

4.2.2. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE MAJORADA
(PARA MÉDICOS, DENTISTAS OU VETERINÁRIOS)

4.2.3. DOENÇAS GRAVES

4.2.4. DOENÇAS GRAVES AMPLIADA

4.2.5. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE CÂNCER

4.2.6. DISPENSA DO PRÊMIO POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO

4.2.7. DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

4.2.8. DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

4.2.9. DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE

4.2.10. PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO

4.2.11. MORTE EM ACIDENTE AÉREO

4.2.12. SEGURO FUNERAL FAMILIAR

4.2.13. MORTE DO CÔNJUGE

4.2.14. MORTE ACIDENTAL DO CÔNJUGE

4.2.15. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE DO CÔNJUGE

4.2.16. SEGURO FUNERAL INDIVIDUAL

4.2.17. DIAGNÓSTICO DE CÂNCER PRIMÁRIO

4.2.18. DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS

5. CAPITAL SEGURADO

6. PRÊMIO – VALORES E REENQUADRAMENTO ETÁRIO

7. INDICAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S)

8. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

9. REGULAÇÃO DO SINISTRO – INDENIZAÇÃO

9.1.1. MORTE DO SEGURADO

9.1.2. MORTE ACIDENTAL DO SEGURADO

9.1.3. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

9.1.4. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE MAJORADA
(PARA MÉDICOS, DENTISTAS OU VETERINÁRIOS)

9.1.5. DOENÇAS GRAVES/DOENÇAS GRAVES AMPLIADA

9.1.6. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE CÂNCER

9.1.7. DISPENSA DO PRÊMIO POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO

9.1.8. DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

9.1.9. DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

9.1.10. DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE

9.1.11. PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO

9.1.12. MORTE EM ACIDENTE AÉREO

9.1.13. SEGURO FUNERAL FAMILIAR OU INDIVIDUAL

9.1.14. MORTE DO CÔNJUGE

9.1.15. MORTE ACIDENTAL DO CÔNJUGE

9.1.16. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE DO CÔNJUGE

9.1.17. DOENÇA CONGÊNITA DE FILHO(S)

9.1.18. DIAGNÓSTICO DE CÂNCER PRIMÁRIO

10. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

11. VIGÊNCIA

12. CANCELAMENTO DO SEGURO

13. INFORMAÇÕES GERAIS

Assistência funeral

Assistência cesta básica

Assistência residencial básica

Assistência proteção pessoal

Assistência motorista amigo

Assistência Segunda Opinião Médica Internacional

Assistência check-up lar kids

Assistência pet essencial

Assistência pet especial

Assistência pet ampliada

Assistência cesta natalidade

Assistência Palavra de Médico individual

Assistência Palavra de Médico familiar

Assistência nutricional individual

Assistência nutricional familiar

Assistência psicológica individual

Assistência psicológica familiar

Capitalização

CONDIÇÕES GERAIS SEGURO INDIVIDUAL

1. OBJETIVO

1.1. Por meio destas condições gerais, a Bradesco Vida e Previdência S.A. estabelece o seguro individual registrado e aprovado pela Susep conforme Processo nº 15414.633782/2022-97.

1.2. Este seguro tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) ou ao próprio segurado, conforme o caso, o pagamento de indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, em decorrência de evento coberto ocorrido durante o período de cobertura, desde que observadas as disposições destas condições gerais.

1.3. A(s) cobertura(s) prevista(s) neste seguro são válidas para sinistro ocorrido em qualquer parte do globo terrestre, à exceção da cobertura de dispensa de prêmio por desemprego involuntário e perda de renda por desemprego involuntário, que são válidas para sinistro ocorrido no território nacional.

2. DEFINIÇÕES

As palavras a seguir, quando aparecerem no texto das condições gerais, terão o significado abaixo, o singular abrangendo o plural, o masculino o feminino e vice-versa.

2.1. 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 independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte.

a) Incluem nesse conceito:

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

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

a.3) Os acidentes decorrentes de escapamento accidental de gases e vapores;

a.4) Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e

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

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

b.3) Lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com eles, assim como 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; e

b.4) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definida neste glossário.

2.2. Aniversário do seguro: é o dia em que se completa o tempo de um ou mais anos do início da vigência do seguro.

2.3. Apólice: documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo proponente.

2.4. Beneficiário: pessoa física ou jurídica indicada pelo segurado para receber a indenização na ocorrência do risco coberto. Para as coberturas de seguro funeral, será(ão) beneficiário(s) aquele(s) que provar(em) que arcou(aram) com as despesas do funeral.

2.5. Capital segurado: é o valor máximo pago pela seguradora quando ocorre um risco coberto.

2.6. Condições gerais: é este documento, que descreve o seguro e estabelece os direitos e as obrigações da seguradora, do segurado e do(s) beneficiário(s).

2.7. Doença ou lesão preexistente e suas consequências: são aquelas, inclusive as congênitas, contraídas pelo segurado antes da data da adesão ao seguro, que são de seu prévio conhecimento e que, se não forem informadas na Declaração Pessoal de Saúde ou outro documento ou meio ofertado pela seguradora, não geram o direito à indenização.

2.8. Franquia: é um período ininterrupto de dias dentro da vigência do seguro, com início e fim determinados, no qual o segurado é responsável pelo pagamento a vencer durante o período da franquia.

2.9. Indenização: é o valor pago pela seguradora ao(s) beneficiário(s) quando ocorre um risco coberto.

2.10. Índice de atualização monetária: é o índice de preços adotado para fins de atualização monetária dos valores referentes a este seguro, aplicado de acordo com o disposto nestas condições gerais.

2.11. Início da vigência: data a partir do qual a(s) cobertura(s) contratada(s) será(ão) garantida(s) pela seguradora.

2.12. Ouvidoria: canal de comunicação entre os segurados e a seguradora com o objetivo de assegurar a estrita observância das normas legais e regulamentares e de promover a mediação e solução de conflitos.

2.13. Prazo de carência: período contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado, durante o qual o segurado ou o(s) beneficiário(s) não terão direito à indenização da(s) cobertura(s) contratada(s).

2.14. Prêmio: valor pago pelo segurado à seguradora para garantir a(s) cobertura(s) do seguro.

2.15. Proponente: é a pessoa física interessada em contratar o seguro, que se torna um segurado quando a seguradora o aceita.

2.16. Proposta de contratação: documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de contratar a(s) cobertura(s), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

2.17. Risco coberto: acontecimento ou evento que gera a obrigação para a seguradora fazer um pagamento ao beneficiário.

2.18. Risco excluído: é o acontecimento ou evento previsto nas condições gerais, que não gera a obrigação para a seguradora fazer um pagamento ao beneficiário.

2.18. Segurado: é o titular do seguro, que está sujeito ao risco coberto previsto nestas condições gerais.

2.19. Seguradora: é a Bradesco Vida e Previdência S.A., seguradora inscrita no CNPJ sob o nº 51.990.695/0001-37.

2.20. Sinistro: é ocorrência do(s) risco(s) coberto(s), durante o período de vigência do seguro.

2.21. Susep: Superintendência de Seguros Privados, órgão regulador e fiscalizador das seguradoras.

2.22. Cobertura de risco: evento gerador das coberturas de seguro de pessoas. As coberturas podem ter um evento gerador que não seja a sobrevivência do segurado a uma data predeterminada.

3. CONTRATAÇÃO

3.1. Este seguro poderá ser contratado por pessoas físicas, mediante preenchimento e assinatura de proposta de contratação, nos termos da regulamentação em vigor, observados os limites de idade e de capital segurado estabelecidos para cada cobertura.

3.2. O seguro poderá ser contratado com a utilização de meios remotos.

3.2.1. A contratação por meios remotos sem a emissão de documentos contratuais físicos no ato da contratação deverá implicar envio de mensagens informativas ao segurado ao longo da vigência do seguro, de acordo com o disposto na legislação aplicável.

3.2.2. O envio das mensagens referidas no item 3.2.1 anterior será feito, preferencialmente, com a utilização do mesmo meio remoto usado para a contratação do seguro.

3.3. ARREPENDIMENTO: em caso de contratação por meio remoto, o segurado poderá desistir do seguro no prazo de 7 (sete) dias corridos da emissão da apólice. Para tanto, deverá protocolar solicitação à seguradora, podendo fazê-lo mediante a utilização de meio remoto.

3.4. Em caso de desistência, a seguradora fornecerá ao segurado confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento, ficando vedada qualquer cobrança a partir dessa data.

3.5. Quaisquer valores eventualmente pagos serão devolvidos de imediato, a partir da manifestação de arrependimento, utilizando-se, preferencialmente, o mesmo meio adotado para o pagamento do prêmio.

3.6. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

3.7. Recebida a proposta de contratação pela seguradora, entende-se que ela está integralmente aceita se a seguradora não se manifestar perante o proponente no prazo de 15 (quinze) dias corridos contados do seu recebimento, explicitando o motivo da recusa.

3.8. O prazo referido no item 3.7 anterior será suspenso se a seguradora verificar que as informações são insuficientes para a emissão da apólice e solicitar a apresentação de novos documentos ou informações. A contagem do prazo voltará a correr a partir da data em que for protocolada na seguradora a entrega da documentação ou informação solicitada.

3.9. A seguradora reserva-se ao direito de exigir do proponente exame(s) médico(s) para avaliação do risco. A negativa do proponente em submeter-se ao(s) exame(s) autorizará a seguradora a recusar a contratação.

3.10. As doenças ou lesões de que o segurado seja portador, quando não informadas na Declaração Pessoal de Saúde, poderão ser identificadas pela seguradora por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive em prontuários médico-hospitalares, consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais.

3.11. Caso não aceite a contratação, a seguradora comunicará, por escrito, a recusa ao proponente no prazo de até 15 (quinze) dias corridos contados do recebimento da proposta de contratação, e devolverá a ele o valor do prêmio pago antecipadamente (se houver) no prazo de até 10 (dez) dias contados da data da formalização da recusa, atualizado monetariamente, a partir da data do recebimento do prêmio.

3.12. A restituição será feita por meio de crédito na conta bancária indicada pelo proponente, desde que a referida conta seja de sua titularidade, ou na conta de origem do débito.

3.13. Aceita a proposta de contratação, a seguradora emitirá a apólice e a disponibilizará ao segurado.

4. COBERTURAS

Este seguro oferece coberturas básicas de morte e morte acidental as quais poderão ser contratadas isoladamente ou em conjunto com as coberturas adicionais.

São coberturas adicionais à cobertura básica de morte:

- a) Morte acidental
- b) Invalidez permanente total ou parcial por acidente
- c) Invalidez permanente total ou parcial por acidente (cobertura majorada - para médicos, dentistas ou veterinários)
- d) Doenças graves
- e) Doenças graves (cobertura ampliada)
- f) Diagnóstico definitivo de câncer
- g) Dispensa do prêmio por desemprego involuntário
- h) Diária por incapacidade temporária
- i) Diária por internação hospitalar
- j) Despesas médicas, hospitalares e odontológicas por acidente
- k) Perda de renda por desemprego involuntário
- l) Morte em acidente aéreo

- m) Seguro funeral familiar
- n) Morte do cônjuge
- o) Morte acidental do cônjuge
- p) Invalidez permanente total ou parcial por acidente do cônjuge
- q) Seguro funeral individual
- r) Diagnóstico de câncer primário
- s) Doença congênita de filhos

São coberturas adicionais à cobertura básica de morte acidental:

- a) Invalidez permanente total ou parcial por acidente
- b) Invalidez permanente total ou parcial por acidente (cobertura majorada - para médicos, dentistas ou veterinários)
- c) Dispensa de prêmio por desemprego involuntário
- d) Despesas médicas, hospitalares e odontológicas por acidente
- e) Perda de renda por desemprego involuntário
- f) Morte em acidente aéreo
- g) Morte acidental do cônjuge
- h) Invalidez permanente total ou parcial por acidente do cônjuge

i) Seguro funeral individual

j) Seguro funeral familiar

A cobertura de morte poderá ser comercializada com a composição de quaisquer outras coberturas adicionais deste seguro, inclusive a cobertura de morte acidental.

A cobertura de morte acidental poderá ser comercializada sem a cobertura de morte desde que obedecida a composição das coberturas adicionais decorrentes de acidente.

A cobertura de diagnóstico de câncer primário poderá ser comercializada para o público feminino com a composição da cobertura adicional de morte.

4.1. COBERTURAS BÁSICAS

4.1.1. MORTE

4.1.2. Objetivo: garantir ao beneficiário o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, em caso de morte do segurado por causas naturais ou acidentais.

4.1.3. Elegibilidade: são elegíveis à cobertura de morte todas as pessoas físicas com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 80 (oitenta) anos, que se encontrem em perfeitas condições de saúde na data da contratação do seguro.

4.1.4. Não haverá prazo de carência para a cobertura de morte.

4.1.5. RISCOS EXCLUÍDOS:

São riscos excluídos da cobertura de morte e, por isso, não geram direito à indenização:

a) Ato reconhecidamente perigoso praticado pelo segurado, que não seja motivado por necessidade justificada, exceto a prática de esporte, a utilização de meio de transporte mais arriscado e os atos de humanidade em auxílio de outrem;

b) Atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou representante de um ou de outro;

c) Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto a prestação de serviço militar;

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

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

f) Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;

g) Suicídio ou sua tentativa nos primeiros 2 (dois) anos contados a partir do início da vigência do seguro (artigo 798 do Código Civil);

h) Doenças e/ou lesões preexistentes e suas consequências, incluídas as doenças profissionais;

i) Danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista. Cabe à seguradora comprovar sua ocorrência 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;

j) Autolesão, ou seja, mutilação do próprio corpo e doação ou extração de órgãos que impliquem diminuição permanente da integridade física do segurado, salvo por exigência médica, ressalvados os casos de suicídio ou sua tentativa nos primeiros 2 (dois) anos contados a partir do início da vigência do seguro, nos termos do artigo 798 do Código Civil.

4.1.2. MORTE ACIDENTAL

4.1.2.1. Objetivo: garantir ao beneficiário o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, em caso de morte do segurado decorrente, exclusivamente, de acidente pessoal.

4.1.2.2. Elegibilidade: são elegíveis à cobertura de morte accidental todas as pessoas físicas com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 80 (oitenta) anos, que se encontrem em perfeitas condições de saúde na data da contratação do seguro.

4.1.2.3. Não haverá prazo de carência para o caso de morte decorrente de acidente pessoal.

4.1.2.4. RISCOS EXCLUÍDOS

São riscos excluídos da cobertura de morte accidental e, por isso, não geram direito à indenização:

- a) Quaisquer dos eventos previstos no item 4.1.5 destas condições gerais;**
- b) Acidente a que o segurado tenha dado causa, sem a devida habilitação, quando tiver sido o condutor de veículo terrestre, aéreo ou náutico;**
- c) Acidentes e/ou suas consequências ocorridos antes da contratação do seguro;**
- d) As doenças, lesões e situações que não se enquadrem no conceito de acidente pessoal definido no item 2 – Definições, destas condições gerais;**
- e) As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente pessoal coberto;**

f) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;

g) Intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico em decorrência de assistência médica prestada em razão de acidente pessoal;

h) Autolesão, ou seja, mutilação do próprio corpo e doação ou extração de órgãos que impliquem diminuição permanente da integridade física do segurado, salvo por exigência médica, ressalvados os casos de suicídio ou sua tentativa nos primeiros 2 (dois) anos contados a partir do início da vigência do seguro, nos termos do artigo 798 do Código Civil.

4.2. COBERTURAS ADICIONAIS

4.2.1. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

4.2.1.1. Objetivo: garantir ao segurado o pagamento de uma indenização correspondente a um percentual do capital segurado contratado, devido à lesão física causada por acidente pessoal, atestada por declaração médica, exceto se decorrente dos eventos previstos como riscos não cobertos, observadas as disposições destas condições gerais.

4.2.1.2. Elegibilidade: são elegíveis à cobertura de invalidez permanente total ou parcial por acidente todas as pessoas físicas com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 65 (sessenta e cinco) anos, que se encontrem em perfeitas condições de saúde na data da contratação do seguro.

4.2.1.3. A cobertura será cancelada na data do primeiro aniversário do seguro posterior à data em que o segurado completar 75 (setenta e cinco) anos de idade.

4.2.1.4. Invalidez permanente total ou parcial por acidente: perda, redução ou impotência definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, sentido ou função do corpo humano, de elementos anatômicos constantes na tabela de indenizações, ou devido à lesão física causada por acidente pessoal, atestada por declaração médica, exceto se decorrente dos eventos previstos como riscos não cobertos. A indenização somente será devida desde que esteja terminado o tratamento e esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis, inclusive o tratamento fisioterápico de recuperação funcional, com alta médica, e seja definitivo o caráter da invalidez.

4.2.1.5. O acidente será apurado mediante a aplicação do respectivo percentual da tabela a seguir sobre o valor do capital segurado contratado, limitado a 100% do valor do capital segurado.

**Tabela para cálculo de indenização
em caso de invalidez permanente:**

Invalidez permanente	Discriminação	% sobre o capital segurado
Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e de 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 a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco- lombo-sacro da coluna vertebral	25

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

Parcial membros inferiores	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um dos pés	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 parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores de:	
	– 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	– 4 (quatro) centímetros	10
	– 3 (três) centímetros	6
	– menos de 3 (três) centímetros	Sem indenização

4.2.1.6. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação de um determinado percentual de redução para os casos das articulações, e sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento). A rigidez caracteriza os 100% (cem por cento) da perda funcional da articulação.

4.2.1.7. Quando do mesmo acidente resultar a invalidez permanente de mais de um membro ou órgão, a indenização é calculada, somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento). Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à indenização prevista para a sua perda total.

4.2.1.8. Para efeito da 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.

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

4.2.1.10. RISCOS COBERTOS

Estarão cobertos também os acidentes decorrentes de:

- a)** Ação de temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito em decorrência de acidente pessoal;
- b)** Alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas;
- c)** Ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes;
- d)** Choque elétrico e raio;
- e)** Contato accidental com substâncias ácidas ou corrosivas;
- f)** Escapamento accidental de gases e vapores;
- g)** Infecções e estados septicêmicos (infecção generalizada), quando resultantes exclusivamente de ferimento visível;

h) Queda n'água ou afogamento;

i) Sequestro e tentativa de sequestro, atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;

j) Tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

4.2.1.11. RISCOS EXCLUÍDOS

São riscos excluídos da cobertura de invalidez permanente total ou parcial por acidente e, por isso, não geram direito à indenização:

a) Quaisquer dos eventos previstos no item 4.1.5 destas condições gerais;

b) Situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre no conceito de invalidez previsto nestas condições gerais;

c) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;

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

e) Perda de dentes e danos estéticos.

4.2.1.12. Não há prazo de carência para o caso de invalidez decorrente de acidente pessoal.

4.2.1.13. Esta cobertura está limitada a um único evento, não sendo cumulativa, motivo pelo qual será imediata e automaticamente cancelada a partir da ocorrência do primeiro sinistro.

4.2.1.14. Essa cobertura não poderá ser contratada em conjunto com a de invalidez permanente total ou parcial por majorada (para médicos, dentistas ou veterinários).

4.2.2. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE MAJORADA

4.2.2.1. Objetivo: garantir ao segurado que exerça a profissão de médico, dentista ou veterinário, o pagamento de uma indenização correspondente a um percentual do capital segurado contratado, em razão de lesão física causada por acidente pessoal, atestada por declaração médica, exceto se decorrente dos eventos previstos como riscos excluídos, observadas as disposições destas condições gerais.

4.2.2.2. Elegibilidade: são elegíveis à cobertura majorada de invalidez permanente total ou parcial por acidente pessoas físicas que exerçam a profissão de médico, dentista ou veterinário com registro ativo no Conselho Regional da profissão exercida, idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 65 (sessenta e cinco) anos, que se encontrem em plena atividade profissional e perfeitas condições de saúde na data da contratação do seguro.

4.2.2.3. A cobertura será cancelada na data do primeiro aniversário do seguro posterior à data em que o segurado completar 75 (setenta e cinco) anos de idade.

4.2.2.4. Invalidez permanente total ou parcial por acidente majorada: perda, redução ou impotência definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, sentido ou função do corpo humano, de elementos anatômicos constantes na tabela de indenizações, devido à lesão física causada por acidente pessoal, atestada por declaração médica, exceto se decorrente dos eventos previstos como riscos excluídos. A indenização somente será devida desde que esteja terminado o tratamento e esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis, inclusive o tratamento fisioterápico de recuperação funcional, com alta médica, e seja definitivo o caráter da invalidez.

4.2.2.5 O valor da indenização para a cobertura majorada de invalidez permanente total ou parcial por acidente será apurado mediante a aplicação do respectivo percentual da tabela a seguir sobre o valor do capital segurado contratado, limitado a 100% do valor do capital segurado.

Tabela para cálculo de indenização em caso de invalidez permanente:

Invalidez permanente	Discriminação	% sobre o capital segurado
Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e de 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	Perda total da visão de um olho	100

Diversas	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	100
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo- sacro da coluna vertebral	25

Parcial membros superiores	Perda total do uso de um dos membros superiores	100
	Perda total do uso de uma das mãos	100
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	100
	Anquilose total de um dos cotovelos	100
	Anquilose total de um dos punhos	100
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	100
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	100
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou de um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9

	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
Parcial membros inferiores	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos p�s	50
	Fratura não consolidada de um f�mur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos t�bio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um dos p�s	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20

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

4.2.2.6. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação de um determinado percentual de redução para os casos das articulações e sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento). A rigidez caracteriza os 100% (cem por cento) da perda funcional da articulação.

4.2.2.7. Quando do mesmo acidente resultar a invalidez permanente de mais de um membro ou órgão, a indenização é calculada, somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a

100% (cem por cento). Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à indenização prevista para a sua perda total.

4.2.2.8. Para efeito da 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.

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

4.2.2.10. Riscos cobertos

Estarão cobertos também os acidentes decorrentes de:

- a)** Ação de temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito em decorrência de acidente pessoal;
- b)** Alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas;
- c)** Ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes;
- d)** Choque elétrico e raio;
- e)** Contato acidental com substâncias ácidas ou corrosivas;
- f)** Escapamento acidental de gases e vapores;
- g)** Infecções e estados septicêmicos (infecção generalizada), quando resultantes exclusivamente de ferimento visível;
- h)** Queda n'água ou afogamento;
- i)** Sequestro e tentativa de sequestro, atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
- j)** Tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

4.2.2.11. Riscos excluídos

São riscos excluídos da cobertura de invalidez permanente total ou parcial por acidente majorada (para médicos, dentistas ou veterinários) e, por isso, não geram direito à indenização:

- a) Quaisquer dos eventos previstos no item 4.1.2.4 destas condições gerais;**
- b) Situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, nos quais o evento causador da lesão não se enquadre no conceito de invalidez previsto nestas condições gerais;**
- c) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;**
- d) 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 lesões classificadas como lesão por esforços repetitivos (LER), doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT), lesão por trauma continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médica-científica, bem como suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**
- e) Perda de dentes e os danos estéticos.**

4.2.2.12. Não haverá prazo de carência para o caso de invalidez decorrente de acidente pessoal.

4.2.2.13. Esta cobertura está limitada a um único evento, não sendo cumulativa, motivo pelo qual será imediata e automaticamente cancelada a partir da ocorrência do primeiro sinistro.

4.2.2.14. Essa cobertura não poderá ser contratada em conjunto com de invalidez permanente total ou parcial por acidente.

4.2.3. DOENÇAS GRAVES

4.2.3.1. Objetivo: garantir ao segurado o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, em caso de diagnóstico definitivo de doença grave, observadas as disposições destas condições gerais.

4.2.3.2. Elegibilidade: são elegíveis à cobertura de doenças graves todas as pessoas físicas com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 65 (sessenta e cinco) anos, que se encontrem em perfeitas condições de saúde na data da contratação do seguro.

4.2.3.3. A cobertura será cancelada na data do primeiro aniversário do seguro posterior à data em que o segurado completar 75 (setenta e cinco) anos de idade.

4.2.3.4. Para os efeitos desta cobertura, são consideradas “doenças graves”, EXCLUSIVAMENTE, os seguintes eventos:

a) Câncer: diagnóstico de tumor maligno, caracterizado pelo crescimento descontrolado de células, com invasão e destruição de tecidos normais, com prescrição médica formal de tratamento cirúrgico e/ou quimioterapia e/ou radioterapia.

b) Acidente vascular cerebral (derrame): diagnóstico de acidente vascular cerebral (AVC), isquêmico ou hemorrágico, com destruição do tecido cerebral causada por trombose, hemorragia ou embolia de origem extracraniana, desde que cause sequela neurológica;

c) Insuficiência renal crônica: diagnóstico de falência da função renal, de caráter permanente e irreversível, com prescrição médica formal de hemodiálise permanente ou transplante;

d) Insuficiência da(s) artéria(s) coronariana(s): diagnóstico de insuficiência da(s) artéria(s) coronariana(s), com prescrição médica formal da necessidade de realização de uma cirurgia cardíaca com tórax aberto ou de angioplastia através de cateterismo cardíaco, visando exclusivamente a correção e/ou ao tratamento da insuficiência;

e) Transplante: procedimento cirúrgico indicado por médico especialista habilitado devido à perda irreversível da função dos órgãos. Estando coberto os seguintes tipos de transplante:

a) Transplante de medula óssea;	b) Transplante de coração-pulmão
c) Transplante de fígado;	d) Transplante de pâncreas;
e) Transplante de coração;	f) Transplante de rim;
g) Transplante de pulmão;	h) Transplante de córnea
i) Transplante de intestino	

4.2.3.5. A cobertura de transplante será válida desde que o transplante seja prescrito formalmente pelo médico e seja o único recurso para a recuperação da função do órgão afetado.

4.2.3.6. Para fins desta cobertura, fica estipulado prazo de carência de 6 (seis) meses contados a partir do início de vigência do seguro, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização quando o sinistro ocorrer durante esse prazo.

4.2.3.7. O segurado somente terá direito à indenização se a doença grave for diagnosticada, pela primeira vez, após o prazo de carência de que trata a cláusula 4.2.3.6. deste documento e desde que o segurado não venha a falecer nos primeiros 30 (trinta) dias que se seguirem à data do diagnóstico.

4.2.3.8. Também não haverá garantia de indenização de que trata esta cláusula, se qualquer das doenças graves descritas nos itens a) a e) da cláusula 4.2.3.4. deste documento resultar de evento que configure risco excluído, nos termos das cláusulas 4.2.3.9. e 4.1.5. deste documento, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à indenização referidas na cláusula 10 deste documento ou na legislação ou regulação em vigor.

4.2.3.9. RISCOS EXCLUÍDOS

São riscos excluídos da cobertura doenças graves e, por isso, não geram direito à indenização:

- a) Quaisquer eventos descritos no item 4.1.5 destas condições gerais;
- b) Câncer não invasivo ou classificado como in situ, incluindo displasia cervical e outras lesões pré-neoplásicas;
- c) Câncer de pele (exceto melanoma maligno) e carcinoma basocelular;
- d) Sarcoma de Kaposi e outros tumores associados à AIDS;
- e) Ataque isquêmico transitório;
- f) Qualquer outra alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral;
- g) Lesão cerebral resultante de hipóxia ou trauma;
- h) Insuficiência renal aguda de qualquer causa;
- i) Transplante de tecido;
- j) Autotransplante;

k) Demais transplantes, que não os estritamente especificados;

l) Doenças graves cujos diagnósticos tenham sido informados pelo próprio segurado, por parentes ou por pessoa com laços de dependência econômica ou que com ele resida, mesmo que estes sejam profissionais médicos habilitados;

m) Doenças graves cujos diagnósticos tenham sido informados por pessoa que não seja médico profissional habilitado;

n) Doenças profissionais;

o) Doenças ou lesões preexistentes e suas consequências;

p) Doenças graves cujos diagnósticos tenham sido estabelecidos em data anterior à contratação do seguro.

4.2.3.10. Esta cobertura está limitada a um único evento, não sendo cumulativa, motivo pelo qual será imediata e automaticamente cancelada a partir da ocorrência do primeiro sinistro.

4.2.3.11. Esta cobertura não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura ampliada de doenças graves, diagnóstico definitivo de câncer ou diagnóstico de câncer primário.

4.2.4. DOENÇAS GRAVES AMPLIADA

4.2.4.1. Objetivo: garantir ao segurado o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, em caso de diagnóstico definitivo de doença grave, observadas as disposições destas condições gerais.

4.2.4.2. Elegibilidade: são elegíveis à cobertura de doenças graves todas as pessoas físicas com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 65 (sessenta e cinco) anos, que se encontrem em perfeitas condições de saúde na data da contratação do seguro.

4.2.4.3. A cobertura será cancelada na data do primeiro aniversário do seguro posterior à data em que o segurado completar 75 (setenta e cinco) anos de idade.

4.2.4.4. Para os efeitos desta cobertura, são consideradas “doenças graves” EXCLUSIVAMENTE, os seguintes eventos:

a) Câncer: diagnóstico de tumor maligno, caracterizado pelo crescimento descontrolado de células, com invasão e destruição de tecidos normais, com prescrição médica formal de tratamento cirúrgico e/ou quimioterapia e/ou radioterapia.

b) Acidente vascular cerebral (derrame): diagnóstico de acidente vascular cerebral (AVC), isquêmico ou hemorrágico, com destruição do tecido cerebral causada por trombose, hemorragia ou embolia de origem extracraniana, desde que cause sequela neurológica;

c) Insuficiência renal crônica: diagnóstico de falência da função renal, de caráter permanente e irreversível, com prescrição médica formal de hemodiálise permanente ou transplante; e

d) Transplante: procedimento cirúrgico indicado por médico especialista habilitado devido à perda irreversível da função dos órgãos. Estando cobertos os seguintes tipos de transplante:

a) Transplante de medula óssea	b) Transplante de coração-pulmão
c) Transplante de fígado	d) Transplante de pâncreas
e) Transplante de coração	f) Transplante de rim
g) Transplante de pulmão	h) Transplante de córnea
i) Transplante de intestino	

e) Botulismo: doença causada pela neurotoxina do bacilo anaeróbico *Clostridium Botulinum*. Diagnóstico comprovado por meio de exames e Relatório Médico emitido pelo médico assistente ou pelo relatório de alta hospitalar.

f) Diagnóstico definitivo de ELA (esclerose lateral amiotrófica): doença neurodegenerativa progressiva e irreversível dos neurônios motores que evolui, causando principalmente atrofia progressiva da musculatura respiratória e dos membros podendo ainda progredir para disartria e disfagia, sendo altamente incapacitante. Seu diagnóstico deve ser confirmado por neurologista apoiado por exames de condução nervosa e eletromiografia (EMG), excluídos todos diagnósticos diferenciais.

g) Perda total da visão (cegueira): perda irreversível total ou quase total de ambos os olhos em decorrência de doença. O diagnóstico deve ser confirmado por oftalmologista, evidenciado por exames específicos e aceitos pelas sociedades médico-científicas especializadas. - Acuidade visual para distância menor ou igual a 20/400 (0,05) ou o campo visual menor do que 10 graus, no melhor olho, com a melhor correção possível.

h) Doença de Alzheimer: doença neurológica degenerativa cujas manifestações cognitivas resultam em deficiência progressiva e incapacitação na memória e cognição. O diagnóstico deverá ser confirmado clinicamente por médico neurologista, sendo excluídos todos diagnósticos diferenciais. Ocorrendo enquadramento somente em estágios avançados da doença com perda da independência e autonomia com caracterização de alienação mental total e definitiva.

i) Doença de Parkinson: doença degenerativa do sistema nervoso central, crônica e progressiva com lentidão motora (bradicinesia), rigidez entre as articulações, tremores e desequilíbrio, devendo ser diagnosticado, clinicamente por neurologista. Havendo enquadramento somente quando houver perda total da vida independente e autônoma, sendo necessário estar classificado, no mínimo, como estágio 4 na escala Hoehn e Yahr (modificada);

j) Insuficiência da(s) artéria(s) coronariana(s): diagnóstico de insuficiência da(s) artéria(s) coronariana(s), com prescrição médica formal da necessidade de realização de uma cirurgia cardíaca com tórax aberto ou de angioplastia através de cateterismo cardíaco, visando exclusivamente à correção e/ou ao tratamento da insuficiência;

k) Poliomielite: poliomielite, ou paralisia infantil, é uma doença contagiosa aguda causada pelo poliovírus (sorotipos 1, 2, 3) se enquadrando somente os casos que apresentem sequela neurológica definitiva com diagnóstico comprovado por meio de quadro clínico, exames complementares e relatório do médico assistente.

4.2.4.5. Para fins desta cobertura, fica estipulado prazo de carência de 6 (seis) meses contados a partir do início de vigência do seguro, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização quando o sinistro ocorrer durante esse prazo.

4.2.4.6. O segurado somente terá direito à indenização se a doença grave for diagnosticada, pela primeira vez, após o prazo de carência de que trata a cláusula 4.2.4.5. deste documento e desde que o segurado não venha a falecer nos primeiros 30 (trinta) dias que se seguirem à data do diagnóstico.

4.2.4.7. Também não haverá a garantia de indenização de que trata esta cláusula, se qualquer das doenças graves descritas nos itens a) ao k) da cláusula 4.2.4.4. deste documento resultar de evento que configure risco excluído, nos termos das cláusulas 4.2.4.8. e 4.1.5. deste documento, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à indenização referidas na cláusula 10 deste documento ou na legislação ou regulação em vigor.

4.2.4.8. RISCOS EXCLUÍDOS

São riscos excluídos da cobertura ampliada de doenças graves e, por isso, não geram direito à indenização:

a) Quaisquer eventos descritos no item 4.1.5 destas condições gerais;

b) Outras formas de demência devido a perturbações cerebrais ou sistêmicas ou devido a doenças psiquiátricas;

c) Qualquer outra forma de doença do neurônio motor, como: neuropatia motora multifocal (NMM) e miosite por cospúsculos de inclusão; síndrome pós-pólio (SPP); atrofia muscular espinhal (AME); polimiosite e dermatomiosite;

d) Cegueira de origem central (sistema nervoso central);

e) Câncer não invasivo ou classificado como in situ, incluindo displasia cervical e outras lesões pré-neoplásicas;

- f) Câncer de pele (exceto melanoma maligno) e carcinoma basocelular;**
- g) Sarcoma de Kaposi e outros tumores associados à AIDS;**
- h) Ataque isquêmico transitório;**
- i) Qualquer outra alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral;**
- j) Lesão cerebral resultante de hipóxia ou trauma;**
- k) Insuficiência renal aguda de qualquer causa;**
- l) Transplante de tecido;**
- m) Autotransplante;**
- n) Demais transplantes, que não os estritamente especificados;**
- o) Doenças graves cujos diagnósticos tenham sido informados pelo próprio segurado, por parentes ou por pessoa com laços de dependência econômica ou que com ele resida, mesmo que estes sejam profissionais médicos habilitados;**
- p) Doenças graves cujos diagnósticos tenham sido informados por pessoa que não seja médico profissional habilitado;**
- q) Doenças profissionais;**
- r) Doenças ou lesões preexistentes e suas consequências;**
- s) Doenças graves cujos diagnósticos tenham sido estabelecidos em data anterior à contratação do seguro.**

4.2.4.9. Esta cobertura está limitada a um único evento, não sendo cumulativa, motivo pelo qual será imediata e automaticamente cancelada a partir da ocorrência do primeiro sinistro.

4.2.4.10. Esta cobertura não poderá ser contratada em conjunto com as coberturas de doenças graves, diagnóstico definitivo de câncer ou diagnóstico de câncer primário.

4.2.5. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE CÂNCER

4.2.5.1. Objetivo: garantir ao segurado o pagamento de indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, em caso de diagnóstico definitivo de câncer (tumor maligno), caracterizado pelo crescimento descontrolado de células, com invasão e destruição de tecidos normais, com prescrição médica formal de tratamento cirúrgico e/ou quimioterapia e/ou radioterapia.

4.2.5.2. Elegibilidade: são elegíveis à cobertura de diagnóstico definitivo de câncer todas as pessoas físicas com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 65 (sessenta e cinco) anos, que se encontrem em perfeitas condições de saúde na data da contratação do seguro.

4.2.5.3. A cobertura será cancelada na data do primeiro aniversário do seguro posterior à data em que o segurado completar 75 (setenta e cinco) anos de idade.

4.2.5.4. Para fins desta cobertura, fica estipulado prazo de carência de 6 (seis) meses contados a partir do início de vigência do seguro, período durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização quando o sinistro ocorrer durante esse prazo.

4.2.5.5. RISCOS EXCLUÍDOS

São riscos excluídos da cobertura de diagnóstico definitivo de câncer e, por isso, não geram direito à indenização:

- a) Quaisquer eventos descritos no item 4.1.5. destas condições gerais;**
- b) Câncer não invasivo ou classificado como in situ, incluindo displasia cervical e outras lesões pré-neoplásicas;**
- c) Câncer de pele (exceto melanoma maligno) e carcinoma basocelular;**
- d) Sarcoma de Kaposi e outros tumores associados à AIDS;**
- e) Câncer cujo diagnóstico tenha sido informado pelo próprio segurado, por parentes, ou por pessoa com laços de dependência econômica ou que com ele resida, mesmo que estes sejam profissionais médicos habilitados;**
- f) Câncer cujo diagnóstico tenha sido informado por pessoa que não seja médico profissional habilitado;**
- g) Neoplasias Preexistentes com conhecimento do segurado e não declaradas na contratação; e**
- h) Lesões pré-neoplásicas preexistentes de conhecimento do segurado, não declaradas na contratação e que tenham evoluído para neoplasias durante a vigência do seguro, mesmo após o término do período de carência.**

4.2.5.6. Esta cobertura está limitada a um único evento, não sendo cumulativa, motivo pelo qual será imediata e automaticamente cancelada a partir da ocorrência do primeiro sinistro.

4.2.5.7. Esta cobertura não poderá ser contratada em conjunto com as coberturas de doenças graves, doenças graves (cobertura ampliada) ou diagnóstico de câncer primário.

4.2.6. DISPENSA DO PRÊMIO POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO

4.2.6.1. Objetivo: garantir ao segurado a dispensa do pagamento do prêmio mensal do seguro de 9 (nove) parcelas ou de 1 (uma) parcela anual. Conforme o caso, em caso de Desemprego Involuntário do segurado na data do vencimento do prêmio, caracterizado pela rescisão do Contrato de Trabalho por tempo indeterminado do segurado, regido pela CLT – Consolidação das Leis do Trabalho, que não tenha sido por ele motivada e que não tenha decorrido de justa causa, com a consequente cessação do pagamento de salário pelo seu empregador.

4.2.6.2. Elegibilidade: são elegíveis à cobertura de dispensa do prêmio por desemprego involuntário todas as pessoas físicas com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 65 (sessenta e cinco) anos, que se encontrem em plena atividade profissional, em perfeitas condições de saúde na data da contratação do seguro e que possuam vínculo empregatício, com Carteira de Trabalho assinada em conformidade com a CLT - Consolidação das Leis do Trabalho, comprovando um período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais na data do evento.

4.2.6.3. A cobertura será cancelada na data do primeiro aniversário do seguro posterior à data em que o segurado completar 75 (setenta e cinco) anos de idade.

4.2.6.4. Para fins desta cobertura, fica estipulado prazo de carência de 6 (seis) meses contados a partir do início de vigência do seguro, durante o qual o segurado não terá direito à dispensa de prêmio quando o sinistro ocorrer durante esse prazo.

4.2.6.5. Após um evento de desemprego involuntário, em que o segurado tenha sido beneficiado com esta cobertura, fica estabelecida a carência de 6 (seis) meses a partir da data de quitação da última parcela coberta pelo sinistro anterior, observada a elegibilidade no item 4.2.6.2.

4.2.6.6. RISCOS EXCLUÍDOS: são riscos excluídos da cobertura de dispensa do prêmio por desemprego involuntário e, por isso, não geram direito à indenização:

- a) Quaisquer dos eventos descritos no item 4.1.5. destas condições gerais;
- b) Renúncia ou pedido de demissão voluntária do trabalho pelo segurado;
- c) Demissão por justa causa do trabalhador segurado;
- d) Jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador segurado;

e) Programas de Demissão Voluntária (PDV), incentivados pelo empregador do segurado;

f) Estágios e contratos de trabalho temporário em geral;

g) Funcionários que tenham cargos de eleição pública e que não forem regidos pela CLT – Consolidação das Leis do Trabalho, incluindo-se assessores e outros de nomeação em Diário Oficial;

h) Falência do empregador;

i) Campanhas de demissão em massa. Para fins de aplicação neste seguro, considera-se demissão em massa o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) do quadro pessoal no mesmo mês; e

j) Demissões decorrentes de encerramento das atividades do empregador.

4.2.7. DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

4.2.7.1. Objetivo: garantir ao segurado o pagamento de uma indenização para cada dia de afastamento de suas atividades profissionais, limitada ao valor do capital segurado contratado, caso seja constatada a sua incapacidade temporária decorrente de acidente pessoal ou doença durante o período de cobertura, observado o número máximo de diárias indenizáveis, o prazo de carência, a franquia e o valor máximo indenizável.

4.2.7.2. Caracteriza a incapacidade temporária a impossibilidade contínua e ininterrupta de o segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, causada por doença ou acidente pessoal cobertos e atestados por profissional legalmente habilitado e comprovados mediante atestado(s) médico(s) e exame(s) complementar(es).

4.2.7.3. Elegibilidade: são elegíveis à cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária todas as pessoas físicas com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 65 (sessenta e cinco) anos, que se encontrem em plena atividade profissional e perfeitas condições de saúde na data da contratação do seguro.

4.2.7.4. A cobertura será cancelada na data do primeiro aniversário do seguro posterior à data em que o segurado completar 75 (setenta e cinco) anos de idade.

4.2.7.5. Para fins desta cobertura, fica estipulado prazo de carência de 6 (seis) meses contados a partir do início de vigência do seguro, durante o qual o segurado não terá direito à indenização quando o sinistro ocorrer durante o prazo de carência.

4.2.7.6. Para fins desta cobertura, fica estipulada a franquia de 15 (quinze) dias contados a partir

da data da constatação da incapacidade temporária, período durante o qual o segurado não fará jus à indenização.

4.2.7.7. Observado o disposto nos itens 4.2.7.5. e 4.2.7.6. quanto ao prazo de carência e franquia, a indenização pela cobertura de diária por incapacidade temporária está limitada a 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias. Nenhuma indenização será devida a partir desse limite. 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias.

4.2.7.8. RISCOS EXCLUÍDOS

São riscos excluídos da cobertura de diárias de incapacidade temporária e, por isso, não geram direito à indenização:

- a) Quaisquer eventos previstos no item 4.1.5. destas condições gerais do seguro;
- b) Tratamentos para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo e procedimentos relacionados a métodos de anticoncepção;
- c) Cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos durante a vigência do seguro, bem como aquelas reparadoras de lesões decorrentes de intervenção cirúrgica para tratamento de neoplasias malignas;
- d) Tratamento estético e para obesidade em quaisquer modalidades, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescença a ela relacionado(s);
- e) Anomalias congênitas e doenças mentais, com manifestação em qualquer época, independentemente da causa;
- f) Tratamentos contrários aos códigos de ética médica e/ou odontológica em vigor ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- g) Tratamento odontológico e ortodôntico, mesmo que em consequência de acidente pessoal coberto;
- h) Período em que o segurado estiver em tratamento fisioterápico, exceto se o referido tratamento for decorrente de doenças neurológicas.

4.2.7.9. Não haverá prazo de carência para o caso de incapacidade temporária decorrente de acidente pessoal.

4.2.8. DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

4.2.8.1. Objetivo: garantir ao segurado o pagamento de uma indenização para cada dia de internação hospitalar, limitada ao valor do capital segurado contratado, caso o segurado seja submetido a intervenção cirúrgica ou tratamento clínico durante o período de cobertura, observado o número máximo de Diárias Indenizáveis, o prazo de carência, a franquia e o valor máximo indenizável.

4.2.8.2. Para fins da cobertura de diária por internação hospitalar, “intervenção cirúrgica” significa o procedimento médico, de caráter cirúrgico, que se faz necessário em decorrência da gravidade ou complexidade de um dado sinistro, e “tratamento clínico” significa o procedimento médico, de caráter clínico, que se faz necessário em decorrência da gravidade ou complexidade de um dado sinistro.

4.2.8.3. Elegibilidade: são elegíveis à cobertura de diárias por internação hospitalar todas as pessoas físicas com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 65 (sessenta e cinco) anos, que se encontrem em perfeitas condições de saúde na data da contratação do seguro.

4.2.8.4. A cobertura será cancelada na data do primeiro aniversário do seguro posterior à data em que o segurado completar 75 (setenta e cinco) anos de idade.

4.2.8.5. Para fins desta cobertura, fica estipulado prazo de carência de 06 (seis) meses contados a partir do início de vigência do seguro, durante o qual o segurado não terá direito à indenização quando o sinistro ocorrer durante esse prazo.

4.2.8.6. Para fins desta cobertura, fica estipulada a franquia de 3 (três) dias contados a partir da data da internação hospitalar, período durante o qual o segurado não fará jus à indenização.

4.2.8.7. Observado o disposto nos itens 4.2.8.5. e 4.2.8.6. quanto ao prazo de carência e franquia, a indenização pela cobertura de diária por internação hospitalar está limitada a 30 (trinta) diárias. Nenhuma indenização será devida a partir desse período.

4.2.8.8. RISCOS EXCLUÍDOS

São riscos excluídos da cobertura de diárias por internação hospitalar e, por isso, não geram direito à indenização:

a) Autolesão, ou seja, mutilação do próprio corpo e doação ou extração de órgãos que impliquem diminuição permanente da integridade física do segurado, salvo por exigência médica, ressalvados os casos de suicídio ou sua tentativa nos primeiros 2 (dois) anos contados a partir do início de vigência do seguro, nos termos do artigo 798 do Código Civil;

b) Quaisquer dos eventos previstos no item 4.1.5. destas condições gerais do seguro;

c) Parto ou aborto, exceto se decorrente de acidente pessoal;

d) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

e) Cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos durante a vigência do seguro, bem como aquelas reparadoras de lesões decorrentes de intervenção cirúrgica para tratamento de neoplasias malignas;

f) Tratamentos clínicos ou intervenções cirúrgicas com finalidade estética ou social, ou relacionados a métodos de anticoncepção, ou para alterações do corpo, exceto quando necessários à restauração das funções de algum órgão ou membro, alteradas em razão de evento ocorrido durante a vigência do seguro;

g) Interrupção de gravidez provocada e suas consequências imediatas ou tardias;

h) Tratamentos clínicos ou intervenções cirúrgicas contrários aos códigos de ética médica e/ou odontológica em vigor;

i) Tratamento de senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença ou emagrecimento estético;

j) Tratamento odontológico e ortodôntico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;

k) Tratamentos de doenças ou lesões físicas originadas em consequência de calamidade pública, conflitos, tumultos, revoluções, eventos sísmicos, catástrofes, envenenamentos coletivos ou epidemias declaradas por órgão competente;

l) Despesas realizadas com acompanhantes do segurado;

m) Quaisquer tratamentos decorrentes de doenças psiquiátricas.

4.2.8.9. Não haverá prazo de carência para o caso de internação hospitalar decorrente de acidente pessoal.

4.2.9. DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE

4.2.9.1. Objetivo: garantir ao segurado o reembolso, limitado ao valor do capital segurado contratado, das despesas médicas, hospitalares e odontológicas decorrentes de acidente pessoal, incorridas a critério médico, que o segurado efetuar para seu restabelecimento, desde que iniciado dentro de 30 (trinta) dias contados da data do acidente pessoal coberto.

4.2.9.2. Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

4.2.9.3. As despesas efetuadas no exterior serão ressarcidas com base no câmbio oficial da venda na data do efetivo pagamento pelo segurado, atualizadas monetariamente pela seguradora pelo Índice de Atualização Monetária, observados os limites de capital contratados.

4.2.9.4. Elegibilidade: são elegíveis à cobertura de despesas médicas, hospitalares e odontológicas por acidente todas as pessoas físicas com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 65 (sessenta e cinco) anos, que se encontrem em perfeitas condições de saúde na data da contratação do seguro.

4.2.9.5. A cobertura será cancelada na data do primeiro aniversário do seguro posterior à data em que o segurado completar 75 (setenta e cinco) anos de idade.

4.2.9.6. RISCOS COBERTOS

Estarão cobertos também os acidentes decorrentes de:

- a)** Ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- b)** Alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- c)** Ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- d)** Choque elétrico e raio;
- e)** Contato acidental com substâncias ácidas ou corrosivas;
- f)** Escapamento acidental de gases e vapores;
- g)** Infecções e estados septicêmicos (infecção generalizada), quando resultantes exclusivamente de ferimento visível;
- h)** Queda n'água ou afogamento;

i) Sequestro, tentativa de sequestro, atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana; e

j) Tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

4.2.9.7. RISCOS EXCLUÍDOS

São riscos excluídos da cobertura de despesas médicas, hospitalares e odontológicas e, por isso não geram direito à indenização:

a) As doenças, lesões e situações que não se enquadram no conceito de acidente pessoal;

b) Quaisquer dos eventos descritos no item 4.2.7.8. destas condições gerais;

c) Os estados de convalescença (após a alta médica);

d) As despesas efetuadas com acompanhantes do segurado; e

e) Os gastos com aparelhos de órteses de qualquer natureza e com prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

4.2.9.8. Não haverá prazo de carência para a cobertura de despesas médicas, hospitalares e odontológicas.

4.2.10. PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO

4.2.10.1. Objetivo: a cobertura de perda de renda por desemprego involuntário garante ao segurado o pagamento de uma indenização, limitada até 6 parcelas, no valor do capital segurado contratado, no caso de perda involuntária de emprego do segurado.

4.2.10.2. Configura a perda de renda por desemprego involuntário a rescisão do contrato de trabalho por tempo indeterminado do segurado, regido pela CLT – Consolidação das Leis do Trabalho, que não tenha sido por ele motivada e que não tenha decorrido de justa causa, com a consequente cessação do pagamento de salário pelo seu empregador.

4.2.10.3. Elegibilidade: são elegíveis à cobertura de perda de renda por desemprego involuntário todas as pessoas físicas com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 65 (sessenta e cinco) anos, que se encontrem em plena atividade profissional, em perfeitas condições de saúde na data da contratação do seguro e que possuam vínculo empregatício, com Carteira de Trabalho assinada em conformidade com a CLT - Consolidação das Leis do Trabalho, comprovando um período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais na data do evento.

4.2.10.4. A cobertura será cancelada na data do primeiro aniversário do seguro posterior à data em que o segurado completar 75 (setenta e cinco) anos de idade.

4.2.10.5. Para fins desta cobertura, fica estipulado prazo de carência de 6 (seis) meses contados a partir do início de vigência do seguro, período durante o qual o segurado não terá direito à indenização quando o sinistro ocorrer durante o prazo de carência.

4.2.10.6. Para fins desta cobertura, fica estipulada a franquia de 3 (três) meses contados a partir da data do evento coberto, período durante o qual o segurado não fará jus à indenização.

4.2.10.7. Após um evento de desemprego involuntário, em que o segurado tenha sido beneficiado com esta cobertura, fica estabelecida a carência de 6 (seis) meses a partir da data de quitação da última parcela coberta pelo sinistro anterior, observada a elegibilidade no item 4.2.10.3.

4.2.10.8. RISCOS EXCLUÍDOS

São riscos excluídos da cobertura de perda de renda por desemprego involuntário e, por isso, não geram direito à indenização:

- a) Quaisquer dos eventos descritos no item 4.1.5. destas condições gerais;
- b) Renúncia ou pedido de demissão voluntária do trabalho pelo segurado;
- c) Demissão por justa causa do trabalhador segurado;
- d) Jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador segurado;
- e) Programas de Demissão Voluntária (PDV), incentivados pelo empregador do segurado;
- f) Estágios e contratos de trabalho temporário em geral;
- g) Funcionários que tenham cargos de eleição pública e que não forem regidos pela CLT – Consolidação das Leis do Trabalho, incluindo-se assessores e outros de nomeação em Diário Oficial;
- h) Falência do empregador;
- i) Campanhas de demissão em massa. Para fins de aplicação neste seguro, considera-se demissão em massa o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) do quadro pessoal no mesmo mês; e
- j) Demissões decorrentes de encerramento das atividades do empregador.

4.2.11. MORTE EM ACIDENTE AÉREO

4.2.11.1. Objetivo: esta cobertura tem por objetivo garantir ao beneficiário indicado o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, em caso de morte do segurado em consequência de acidente aéreo enquanto passageiro em aeronave, helicóptero e jatos de propriedade do segurado ou por ele fretado ou ainda em linha aérea regular detentora de certificado navegabilidade em vigor na data do acidente ou, na ausência deste, de autorização específica do órgão governamental competente. Considera-se acidente aéreo aquele ocorrido a partir da movimentação da aeronave, helicóptero e jatos, até o desligamento dos motores após a aterrissagem.

4.2.11.2. Considera-se acidente aéreo para os fins desta cobertura, o acidente com data caracterizada e exclusivo, decorrente direta ou indiretamente de problemas na aeronave de linha aérea regular detentora de certificado de navegabilidade em vigor na data do acidente ou, na ausência deste, de autorização específica do órgão governamental competente. Considera-se acidente aéreo aquele ocorrido a partir desligamento dos motores após a aterrissagem.

4.2.11.3. Elegibilidade: são elegíveis à cobertura de morte em acidente aéreo todas as pessoas físicas com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 80 (oitenta) anos, que se encontrem em perfeitas condições de saúde na data da contratação do seguro.

4.2.11.4. RISCOS EXCLUÍDOS

São riscos excluídos da cobertura de morte em acidente aéreo e, por isso, não geram direito à indenização quaisquer dos eventos descritos no item 4.2.7.8. destas condições gerais.

4.2.11.5. Não haverá prazo de carência para a cobertura de morte em acidente aéreo.

4.2.12 SEGURO FUNERAL FAMILIAR

4.2.12.1. Objetivo: garantir ao beneficiário o pagamento de uma indenização na forma de reembolso de despesas relacionadas à realização do funeral, limitada ao valor do capital segurado contratado.

4.2.12.2. Esta cobertura garante única e tão somente o reembolso das despesas com o funeral, cabendo ao beneficiário ou a outra pessoa responsável optar por prestadores de serviço à sua livre escolha, desde que legalmente habilitados, para as providências relativas ao funeral do segurado.

4.2.12.3. Elegibilidade: são elegíveis à cobertura de seguro funeral familiar todas as pessoas físicas com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 80 (oitenta) anos, que se encontrem em perfeitas condições de saúde na data da contratação do seguro. Incluem-se, além do segurado, seu cônjuge ou companheiro(a), seu(s) filho(s) e/ou enteado(s) até 24 (vinte e quatro) anos de idade e também filho(s) com necessidades especiais, sem limite de idade, e natimorto.

4.2.12.4. São despesas reembolsáveis pelo seguro observado o limite do capital segurado contratado:

- a)** Urna/caixão
- b)** Higienização do corpo
- c)** Ornamentação do corpo
- d)** Coroa de flores
- e)** Véu
- f)** Paramentos
- g)** Velas
- h)** Carro fúnebre
- i)** Registro de óbito em cartório
- j)** Livro de presença
- k)** Locação de salas para velório
- l)** Sepultamento
- m)** Locação ou aquisição de jazigo
- n)** Tanatopraxia
- o)** Taxa de exumação
- p)** Cremação
- q)** Transporte do corpo até o município da residência, caso o falecimento tenha se dado em município diverso
- r)** Tratamento das formalidades para liberação do corpo
- s)** Atendimento e organização do funeral
- t)** Outros serviços que estejam diretamente relacionados ao funeral

4.2.12.5. Para fins desta cobertura, fica estipulado o prazo de carência de 15 (quinze) dias contados a partir do início da vigência do seguro, período durante o qual o beneficiário não terá direito à indenização quando o sinistro ocorrer durante esse prazo.

4.2.12.6. Não haverá prazo de carência para o caso de morte decorrente de acidente pessoal.

4.2.12.7. No caso de falecimento do segurado, cônjuge ou filhos, a cobertura ampliada do seguro funeral familiar poderá ser substituída pela prestação da assistência funeral, desde que contratada pelo segurado.

4.2.12.8. No caso de falecimento de pai, mãe, sogro e sogra somente será permitido o acionamento do serviço de assistência, desde que a assistência funeral familiar ampliada tenha sido contratada pelo segurado.

4.2.12.9. Caso o beneficiário ou a pessoa responsável pela organização do funeral opte pela prestação dos serviços de assistência funeral, a empresa credenciada pela seguradora deverá ser acionada pelo telefone de Discagem Direta Gratuita (DDG) constante nas condições contratuais do seguro, telefone esse disponível todos os dias da semana, 24 (vinte e quatro) horas por dia.

4.2.12.10. Nesse caso, a empresa credenciada pela seguradora para a prestação do serviço de assistência funeral, uma vez identificada a cobertura, se encarregará de todas as providências necessárias para a realização do funeral. Os serviços serão executados sempre com respeito às condições de religiosidade ou crença manifestada pelo beneficiário e/ou pela família do segurado.

4.2.12.11. O valor dos serviços prestados a título de assistência funeral será compatível ao valor do capital segurado contratado, respeitadas as limitações, condições e características específicas de cada localidade.

4.2.12.12. Substituído o reembolso pela prestação dos serviços de assistência funeral, o beneficiário ou quaisquer outras pessoas que tenham atuado na realização do funeral não farão jus ao reembolso de nenhuma despesa.

4.2.12.13. RISCOS EXCLUÍDOS

São riscos excluídos da cobertura de seguro funeral familiar, por isso não geram direito à indenização quaisquer dos eventos descritos no item 4.1.5. destas condições gerais.

4.2.13. MORTE DO CÔNJUGE

4.2.13.1. Objetivo: garantir ao segurado o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado em decorrência de morte do seu cônjuge ocorrida durante o período de cobertura.

4.2.13.2. Equipara-se ao cônjuge a(o) companheira(o) do segurado, se ao tempo da contratação do seguro, ele era separado judicialmente ou já se encontrava separado de fato.

4.2.13.3. Elegibilidade: são elegíveis à cobertura de morte de cônjuge todas as pessoas físicas, cônjuges dos segurados, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 80 (oitenta) anos, que se encontrem em perfeitas condições de saúde na data da contratação do seguro.

4.2.13.4. Não haverá prazo de carência para a cobertura de morte de cônjuge.

4.2.13.5. RISCOS EXCLUÍDOS

São riscos excluídos da cobertura de morte do cônjuge, por isso não geram direito à indenização, quaisquer dos eventos descritos no item 4.1.5. destas condições gerais.

4.2.14 MORTE ACIDENTAL DO CÔNJUGE

4.2.14.1. Objetivo: garantir ao segurado o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, em caso de morte do cônjuge decorrente, exclusivamente, de acidente pessoal.

4.2.14.2. Elegibilidade: é elegível à cobertura de morte accidental do cônjuge o cônjuge do segurado com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 80 (oitenta) anos, que se encontre em perfeitas condições de saúde na data da contratação do seguro.

4.2.14.3. RISCOS EXCLUÍDOS:

São riscos excluídos da cobertura de morte accidental do cônjuge e, por isso, não geram direito à indenização, quaisquer dos eventos descritos no item 4.1.2.4. destas condições gerais.

4.2.14.4. Não haverá prazo de carência para a cobertura de morte accidental do cônjuge.

4.2.15. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE DO CÔNJUGE

4.2.15.1. Objetivo: garantir ao cônjuge do segurado o pagamento de uma indenização correspondente a um percentual do capital segurado contratado, devido à lesão física causada por acidente pessoal, atestada por declaração médica, exceto se decorrente dos eventos previstos como riscos não cobertos, observadas as disposições destas condições gerais.

4.2.15.2. Elegibilidade: é elegível à cobertura de invalidez permanente total ou parcial por acidente do cônjuge do segurado com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 65 (sessenta e cinco) anos de idade, que se encontre em perfeitas condições de saúde na data da contratação do seguro.

4.2.15.3. A cobertura será cancelada na data do primeiro aniversário do seguro posterior à data em que o segurado completar 75 (setenta e cinco) anos de idade.

4.2.15.4. Invalidez permanente total ou parcial por acidente: perda, redução ou impotência definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, sentido ou função do corpo humano, de elementos anatômicos constantes na tabela de indenizações, devido à lesão física causada por acidente pessoal, atestada por declaração médica, exceto se decorrente dos eventos previstos como riscos não cobertos. A indenização somente será devida desde que esteja terminado o tratamento e esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis, inclusive o tratamento fisioterápico de recuperação funcional, com alta médica, e seja definitivo o caráter da invalidez.

4.2.15.5. O valor da indenização para a cobertura de invalidez permanente total ou parcial por acidente será apurado mediante a aplicação do respectivo percentual da tabela a seguir sobre o valor do capital segurado contratado, limitado a 100% do capital segurado.

**Tabela para Cálculo de indenização em caso
de invalidez permanente:**

Invalidez permanente	Discriminação	% sobre o capital segurado
Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e de 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 a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25

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

Parcial membros inferiores	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um dos pés	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20

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

4.2.15.6. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação de um determinado percentual de redução para os casos das articulações e sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento). A rigidez caracteriza os 100% (cem por cento) da perda funcional da articulação.

4.2.15.7. Quando do mesmo acidente resultar a invalidez permanente de mais de um membro ou órgão, a indenização é calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento). Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à indenização prevista para a sua perda total.

4.2.15.8 Para efeito da 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.

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

4.2.15.10. RISCOS COBERTOS

Estarão cobertos também os eventos decorrentes de:

- a)** Ação de temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito em decorrência de acidente pessoal;
- b)** Alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas;
- c)** Ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes;
- d)** Choque elétrico e raio;
- e)** Contato acidental com substâncias ácidas ou corrosivas;
- f)** Escapamento acidental de gases e vapores;
- g)** Infecções e estados septicêmicos (infecção generalizada), quando resultantes exclusivamente de ferimento visível;
- h)** Queda n'água ou afogamento;
- i)** Sequestro e tentativa de sequestro, atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
- j)** Tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

4.2.15.11. RISCOS EXCLUÍDOS

São riscos excluídos da cobertura de invalidez permanente total ou parcial por acidente do cônjuge e, por isso, não geram direito à indenização, quaisquer dos eventos descritos no item 4.2.1.11 destas condições gerais.

4.2.15.12. Não haverá prazo de carência para o caso de invalidez decorrente de acidente pessoal.

4.2.16. SEGURO FUNERAL INDIVIDUAL

4.2.16.1. Objetivo: garantir ao beneficiário o pagamento de uma indenização na forma de reembolso de despesas relacionadas à realização do funeral do segurado, limitada ao valor do capital segurado contratado.

4.2.16.2. Esta cobertura garante única e tão somente o reembolso das despesas com o funeral, cabendo ao beneficiário ou a outra pessoa responsável optar por prestadores de serviço à sua livre escolha, desde que legalmente habilitados, para as providências relativas ao funeral do segurado.

4.2.16.3. Elegibilidade: são elegíveis à cobertura de seguro funeral todas as pessoas físicas com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 80 (oitenta) anos, que se encontrem em perfeitas condições de saúde na data da contratação do seguro.

4.2.16.4. São despesas reembolsáveis pelo seguro, observado o limite do capital segurado contratado:

- a)** Urna/caixão
- b)** Higienização do corpo
- c)** Ornamentação do corpo
- d)** Coroa de flores
- e)** Véu
- f)** Paramentos
- g)** Velas
- h)** Carro fúnebre
- i)** Registro de óbito em cartório
- j)** Livro de presença
- k)** Locação de salas para velório
- l)** Sepultamento
- m)** Locação ou aquisição de jazigo
- n)** Tanatopraxia

o) Taxa de exumação

p) Cremação

q) Transporte do corpo até o município da residência, caso o falecimento tenha se dado em município diverso

r) Tratamento das formalidades para liberação do corpo

s) Atendimento e organização do funeral

t) Outros serviços que estejam diretamente relacionados ao funeral

4.2.16.5. Para fins desta cobertura, fica estipulado prazo de carência de 15 (quinze) dias contados a partir do início da vigência do seguro, período durante o qual o beneficiário não terá direito à indenização quando o sinistro ocorrer durante esse prazo.

4.2.16.6. Não haverá prazo de carência para o caso de morte decorrente de acidente pessoal.

4.2.16.7. A cobertura de seguro funeral individual poderá ser substituída pelo reembolso pela prestação dos serviços de assistência funeral.

4.2.16.8. Caso o beneficiário ou a pessoa responsável pela organização do funeral do segurado opte pela prestação dos serviços de assistência funeral, deverá acionar a empresa credenciada pela seguradora por meio do telefone de Discagem Direta Gratuita (DDG) constante nas condições contratuais do seguro, telefone esse disponível todos os dias da semana, 24 (vinte e quatro) horas por dia.

4.2.16.9. Nesse caso, a empresa credenciada pela seguradora para a prestação do serviço de assistência funeral, uma vez identificada a cobertura, se encarregará de todas as providências necessárias para a realização do funeral. Esses serviços serão executados sempre com respeito às condições de religiosidade ou crença manifestada pelo beneficiário e/ou pela família do segurado.

4.2.16.10. Os serviços prestados a título de assistência funeral serão compatíveis com o valor do capital segurado contratado, respeitadas as limitações, condições e características específicas de cada localidade.

4.2.16.11. Substituído o reembolso pela prestação dos serviços de assistência funeral, o beneficiário ou quaisquer outras pessoas que tenham atuado na realização do funeral não farão jus ao reembolso de nenhuma despesa.

4.2.16.12. RISCOS EXCLUÍDOS

São riscos excluídos da cobertura de seguro funeral individual, por isso não geram direito à indenização, quaisquer dos eventos descritos no item 4.1.5. destas condições gerais.

4.2.17. DIAGNÓSTICO DE CÂNCER PRIMÁRIO

4.2.17.1. Objetivo: garantir à segurada o pagamento de indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, em caso de diagnóstico de câncer primário de mama ou ginecológico (útero, ovários, trompas, vagina e vulva), comprovado por médico e exames complementares apropriados para cada caso.

4.2.17.2. Elegibilidade: são elegíveis à cobertura de diagnóstico de câncer primário todas as pessoas físicas do sexo feminino com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 65 (sessenta e cinco) anos, que se encontrem em perfeitas condições de saúde na data da contratação do seguro.

4.2.17.3. A cobertura será cancelada na data do primeiro aniversário do seguro posterior à data em que a segurada completar 75 (setenta e cinco) anos de idade.

4.2.17.4. Para fins desta cobertura, fica estipulado prazo de carência de 6 (seis) meses contados a partir do início de vigência do seguro, período durante o qual a segurada não terá direito ao recebimento da indenização quando o sinistro ocorrer durante esse prazo.

4.2.17.5. Riscos excluídos

São riscos excluídos da cobertura de diagnóstico de câncer primário, por isso não geram direito à indenização:

- a) Quaisquer eventos descritos no item 4.1.5. destas condições gerais;
- b) Câncer não invasivo ou classificado como in situ, incluindo displasia cervical e outras lesões pré-neoplásicas;
- c) Câncer de pele (exceto melanoma maligno) e polidactilia e sindactilia;
- d) Sarcoma de Kaposi e outros tumores associados à AIDS;
- e) Câncer cujo diagnóstico tenha sido informado pelo próprio segurado, por parentes, ou por pessoa com laços de dependência econômica ou que com ele resida, mesmo que estes sejam profissionais médicos habilitados;
- f) câncer cujo diagnóstico tenha sido informado por pessoa que não seja médico profissional habilitado;
- g) Neoplasias preexistentes com conhecimento do segurado e não declarada na contratação; e
- h) Lesões pré-neoplásicas preexistentes de conhecimento do segurado e não declarada na contratação e que tenham evoluído para neoplasias durante a vigência do seguro, mesmo após o término do período de carência.

4.2.17.6. Esta cobertura está limitada a um único evento, não sendo cumulativa, motivo pelo qual será imediata e automaticamente cancelada a partir da ocorrência do primeiro sinistro.

4.2.17.7. Esta cobertura não poderá ser contratada em conjunto com as coberturas de doenças graves, doenças graves (cobertura ampliada) ou diagnóstico definitivo de câncer.

4.2.18. DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS

4.2.18.1. Objetivo: garantir ao segurado o pagamento de uma indenização em caso de doença incapacitante que comprometa o desenvolvimento neuropsicomotor de seu(s) filho(s), diagnosticada até o 6º (sexto) mês de vida e comprovada por médico devidamente habilitado. Estão cobertas, exclusivamente, as seguintes condições:

a) Malformação do sistema nervoso: central e periférico;

b) Malformação do coração (exceto comunicação intra-atrial isolada) e de grandes vasos;

c) Malformação da traqueia e dos pulmões;

d) Malformação dos rins;

e) Malformação do aparelho digestivo, do pâncreas e do fígado;

f) Malformação dos membros superiores e inferiores, excluindo torcicolo, polidactilia, sindactilia e pé torto;

g) Malformação dos órgãos dos sentidos;

h) Síndrome de Down;

g) Síndrome de Turner.

4.2.18.2. Elegibilidade: são elegíveis à cobertura de doença congênita de filhos todas as pessoas físicas com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 55 (cinquenta e cinco) anos, que se encontrem em perfeitas condições de saúde na data da contratação do seguro.

4.2.18.3. A cobertura será cancelada na data do primeiro aniversário do seguro posterior à data em que o segurado completar 65 (sessenta e cinco) anos de idade.

4.2.18.4. Para fins desta cobertura, fica estipulado prazo de carência de 12 (doze) meses contados a partir do início de vigência do seguro, período durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização quando o sinistro ocorrer durante esse prazo.

4.2.18.5. Em caso de nascimento de mais de uma criança, no mesmo parto, e diagnosticada a doença para ambos os filhos, o capital segurado será dividido de forma proporcional pela quantidade de filhos nascidos vivos.

4.2.18.6. São riscos excluídos da cobertura de doença congênita de filhos, por isso não geram direito à indenização:

- a) Quaisquer eventos descritos no item 4.1.5. destas condições gerais;**
- b) Diagnósticos informados por pessoa que não seja médico profissional habilitado;**
- c) Natimorto;**
- d) Doenças infecto-contagiosas transmitidas durante a gestação;**
- e) Complicações do parto ou aborto;**
- f) Eventos decorrentes de uso de entorpecentes, medicamentos, drogas ou procedimentos não recomendados durante o período da gestação ou não reconhecidos efetivamente pelos órgãos de saúde;**
- g) Anomalias congênitas decorrentes de fator ambiental cujos efeitos sejam reconhecidos pelo estado;**
- h) Decorrentes do mau uso ou inabilidade de produtos químicos;**
- i) Demais categorias de produtos reconhecidamente prejudiciais à saúde;**
- j) Doença congênita preexistente ou conhecida durante o período de gestação ou antes do término do período de carência.**

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. É o valor máximo a ser pago ao beneficiário ou ao próprio segurado, conforme o caso, a título de indenização, para cada uma das coberturas contratadas, definido na contratação.

5.2. Os valores dos capitais segurados das coberturas adicionais não podem ser superiores ao valor do capital segurado da cobertura básica de morte.

5.3. O valor do capital segurado constará na apólice de seguro e será expresso em moeda corrente nacional (R\$).

5.4. Os capitais segurados dos dependentes (filhos e cônjuge), quando contratadas as respectivas coberturas, não podem ser superiores aos capitais segurados das respectivas coberturas contratadas para o segurado Principal.

5.5. Para fins da indenização, será considerado o valor do capital segurado na data da ocorrência do sinistro.

5.6. Considera-se data do sinistro, para fins da apuração do valor da indenização:

a) Coberturas de morte do segurado e morte do cônjuge: data do óbito do segurado ou do cônjuge, conforme o caso;

b) Morte acidental do segurado ou do cônjuge: data do acidente pessoal;

c) Invalidez permanente total ou parcial por acidente do segurado ou cônjuge: data do acidente pessoal;

d) Invalidez permanente total ou parcial por acidente majorada (para médicos, dentistas ou veterinários): data do acidente pessoal;

e) Doenças graves ou doenças graves ampliada: data indicada na declaração médica que contenha o diagnóstico detalhado, específico e caracterizador da superveniência da doença prevista no item 4.2.3.4 e 4.2.4.4 destas condições gerais;

f) Diagnóstico definitivo de câncer ou câncer primário: data indicada na declaração médica que contenha o diagnóstico detalhado, específico e caracterizador do câncer;

g) Dispensa do prêmio por desemprego involuntário e perda de renda por desemprego involuntário: data da rescisão do Contrato de Trabalho do segurado;

h) Diária de internação hospitalar: data da comprovação médica da internação hospitalar;

i) Diária de incapacidade temporária: data indicada na declaração médica;

j) Despesas médicas, hospitalares e odontológicas por acidente: data do pagamento das despesas;

k) Morte em acidente aéreo: data do acidente aéreo;

l) Seguro funeral familiar ou individual: data do pagamento das despesas;

m) Doença congênita de filho: data do diagnóstico, indicada na declaração médica, especificando e caracterizando a doença congênita.

5.7. Se, depois de pagar indenização por invalidez permanente total ou parcial por acidente, verificar-se a morte do segurado/cônjuge em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente total ou parcial é deduzida do valor do capital segurado por morte/morte acidental, se contratada essa cobertura.

5.8. O capital segurado das coberturas de invalidez permanente total ou parcial por acidente (segurado e cônjuge) será automaticamente reintegrado após cada sinistro de invalidez permanente acidental parcial.

6. PRÊMIO – VALORES E REENQUADRAMENTO ETÁRIO

6.1. O prêmio do seguro será definido na data da contratação de acordo com as coberturas contratadas. O pagamento poderá ser feito em periodicidade mensal ou anual, por meio de débito em conta bancária (corrente ou poupança), boleto de cobrança bancária ou cartão de crédito, de acordo com a opção do segurado na proposta de contratação.

6.2. Em caso de pagamento do prêmio por meio de débito em conta bancária, ocorrendo a insuficiência de saldo no respectivo vencimento, ficará caracterizado o não pagamento do prêmio, observado o disposto no item 6.6 destas condições gerais.

6.3. Se a data de vencimento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

6.4. Qualquer pagamento em atraso dentro do prazo de 90 (noventa) dias do vencimento será efetuado pelo valor do prêmio vencido, acrescido de juros de mora de 6% (seis por cento) ao ano, calculados em base pro rata dia da data de vencimento até a data do efetivo pagamento. Adicionalmente, incidirá atualização monetária sobre o valor do prêmio não pago.

6.5. No caso da ocorrência de sinistro durante o período de 90 (noventa) dias de atraso no pagamento dos prêmios, a indenização, quando devida, será paga nos termos destas condições gerais, descontados os valores dos prêmios em atraso acrescidos de juros e atualização monetária.

6.6. Transcorridos 90 (noventa) dias do vencimento do prêmio devido e não pago, o seguro será cancelado, na forma do item 12 destas condições gerais, sem que seja devida ao segurado ou beneficiário a devolução de prêmios já pagos ou a restituição proporcional de qualquer indenização relativa ao sinistro ocorrido após o cancelamento do seguro.

6.7. O valor do prêmio será atualizado monetariamente de acordo com o disposto no item 8 destas condições gerais.

6.8. Adicionalmente à atualização monetária prevista no item 8 destas condições gerais, o valor do prêmio de seguro será reajustado anualmente, na data do aniversário do seguro, de acordo com a nova idade do segurado e/ou do cônjuge e as coberturas contratadas, conforme o caso, de acordo com os percentuais e respectivas coberturas:

Idade	Morte masculino	Morte feminino	Doenças graves	Diagnóstico de câncer	Seguro funeral individual masculino	Seguro funeral individual feminino	Diárias por incapacidade temporária
18							
19	4,91%	4,91%	7,15%	7,66%	4,91%	4,91%	1,17%
20	5,08%	5,08%	7,11%	7,53%	5,08%	5,08%	1,17%
21	4,94%	4,94%	7,05%	7,78%	4,94%	4,94%	1,18%
22	5,06%	5,06%	7,21%	7,58%	5,06%	5,06%	1,18%
23	5,03%	5,03%	7,08%	7,38%	5,03%	5,03%	1,18%
24	5,04%	5,04%	7,17%	7,81%	5,04%	5,04%	1,18%
25	2,52%	2,52%	7,10%	7,54%	2,52%	2,52%	1,18%
26	2,51%	2,51%	7,11%	7,55%	2,51%	2,51%	1,18%
27	2,42%	2,42%	7,17%	7,52%	2,42%	2,42%	1,19%
28	2,63%	2,63%	7,11%	7,69%	2,63%	2,63%	1,19%
29	2,51%	2,52%	7,11%	7,58%	2,51%	2,52%	1,19%
30	3,49%	3,49%	7,15%	7,65%	3,49%	3,49%	1,19%
31	3,59%	3,59%	7,15%	7,48%	3,59%	3,59%	1,19%
32	3,50%	3,50%	7,12%	7,65%	3,50%	3,50%	1,19%
33	3,44%	3,44%	7,18%	7,59%	3,44%	3,44%	1,19%

34	3,56%	3,56%	7,14%	7,66%	3,56%	3,56%	1,19%
35	3,52%	3,51%	7,13%	7,53%	3,52%	3,51%	1,20%
36	4,45%	4,45%	7,14%	7,65%	4,45%	4,45%	1,20%
37	4,67%	4,67%	7,11%	7,59%	4,67%	4,67%	1,20%
38	4,47%	4,47%	7,14%	7,61%	4,47%	4,47%	1,20%
39	4,57%	4,57%	7,14%	7,60%	4,57%	4,57%	1,20%
40	4,45%	4,44%	9,81%	9,67%	4,45%	4,44%	1,20%
41	9,07%	9,07%	9,83%	9,70%	9,07%	9,07%	1,20%
42	9,11%	9,11%	9,83%	9,73%	9,11%	9,11%	1,20%
43	8,91%	8,91%	9,84%	9,74%	8,91%	8,91%	1,20%
44	8,98%	8,98%	9,84%	9,68%	8,98%	8,98%	1,21%
45	9,02%	9,02%	9,83%	9,74%	9,02%	9,02%	1,21%
46	9,01%	9,01%	9,82%	9,71%	9,01%	9,01%	1,21%
47	8,97%	8,97%	9,82%	9,71%	8,97%	8,97%	1,21%
48	8,90%	8,90%	9,84%	9,68%	8,90%	8,90%	1,21%
49	8,99%	8,99%	9,82%	9,71%	8,99%	8,99%	1,21%
50	10,05%	10,05%	9,83%	9,73%	10,05%	10,05%	1,21%
51	10,01%	10,01%	9,83%	9,70%	10,01%	10,01%	1,21%
52	10,06%	10,06%	9,83%	9,70%	10,06%	10,06%	1,21%
53	9,96%	9,96%	9,84%	9,72%	9,96%	9,96%	1,21%

54	10,14%	10,14%	9,82%	9,70%	10,14%	10,14%	1,21%
55	10,02%	10,02%	9,83%	9,71%	10,02%	10,02%	1,21%
56	9,90%	9,90%	9,83%	9,71%	9,90%	9,90%	1,21%
57	10,07%	10,07%	9,82%	9,71%	10,07%	10,07%	1,21%
58	10,09%	10,09%	9,83%	9,71%	10,09%	10,09%	1,21%
59	9,95%	9,95%	9,83%	9,70%	9,95%	9,95%	1,21%
60	10,11%	10,11%	9,83%	9,72%	10,11%	10,11%	1,21%
61	9,06%	9,06%	10,00%	9,99%	9,06%	9,06%	1,21%
62	8,93%	8,93%	10,00%	10,00%	8,93%	8,93%	1,21%
63	9,08%	9,08%	10,00%	10,01%	9,08%	9,08%	1,21%
64	8,94%	8,94%	10,00%	10,00%	8,94%	8,94%	1,21%
65	9,10%	9,10%	10,00%	10,00%	9,10%	9,10%	1,21%
66	8,95%	8,95%	10,00%	10,00%	8,95%	8,95%	1,21%
67	8,95%	8,95%	10,00%	10,00%	8,95%	8,95%	1,21%
68	9,10%	9,10%	10,00%	10,00%	9,10%	9,10%	1,21%
69	9,11%	9,11%	10,00%	10,00%	9,11%	9,11%	1,21%
70	8,97%	8,97%	10,00%	10,00%	8,97%	8,97%	1,21%
71	9,11%	9,11%	10,00%	10,00%	9,11%	9,11%	1,21%
72	8,96%	8,96%	10,00%	10,00%	8,96%	8,96%	1,21%

73	8,96%	8,96%	10,00%	10,00%	8,96%	8,96%	1,21%
74	9,10%	9,10%	10,00%	10,00%	9,10%	9,10%	1,21%
75	9,09%	9,09%	10,00%	10,00%	9,09%	9,09%	1,21%
76	9,08%	9,08%	-	-	9,08%	9,08%	-
77	8,94%	8,94%	-	-	8,94%	8,94%	-
78	9,07%	9,07%	-	-	9,07%	9,07%	-
79	8,93%	8,93%	-	-	8,93%	8,93%	-
80	9,06%	9,06%	-	-	9,06%	9,06%	-
81	9,46%	9,46%	-	-	9,46%	9,46%	-
82	9,45%	9,45%	-	-	9,45%	9,45%	-
83	9,44%	9,44%	-	-	9,44%	9,44%	-
84	9,42%	9,42%	-	-	9,42%	9,42%	-
85	9,40%	9,40%	-	-	9,40%	9,40%	-
86	9,37%	9,37%	-	-	9,37%	9,37%	-
87	9,35%	9,35%	-	-	9,35%	9,35%	-
88	9,32%	9,32%	-	-	9,32%	9,32%	-
89	9,29%	9,29%	-	-	9,29%	9,29%	-
90	9,26%	9,26%	-	-	9,26%	9,26%	-
91	9,23%	9,23%	-	-	9,23%	9,23%	-

92	9,19%	9,19%	-	-	9,19%	9,19%	-
93	9,15%	9,15%	-	-	9,15%	9,15%	-
94	9,10%	9,10%	-	-	9,10%	9,10%	-
95	9,04%	9,04%	-	-	9,04%	9,04%	-
96	8,98%	8,98%	-	-	8,98%	8,98%	-
97	8,92%	8,92%	-	-	8,92%	8,92%	-
98	8,85%	8,85%	-	-	8,85%	8,85%	-
99	8,78%	8,78%	-	-	8,78%	8,78%	-
100	8,68%	8,68%	-	-	8,68%	8,68%	-

Idade	Diárias de internação hospitalar	Morte cônjuge (cônjuge masculino)	Morte cônjuge (cônjuge feminino)	Seguro funeral familiar	Doenças graves (cobertura ampliada)	Diagnóstico de câncer primário	Doença congênita de filhos
18							
19	2,43%	4,91%	4,91%	2,81%	7,35%	7,60%	0,00%
20	2,49%	5,08%	5,08%	2,91%	7,35%	7,60%	0,00%
21	2,44%	4,94%	4,94%	2,94%	7,38%	7,60%	0,00%
22	2,43%	5,06%	5,06%	2,91%	7,43%	7,60%	0,00%
23	2,32%	5,03%	5,03%	3,01%	7,49%	7,60%	0,00%
24	2,55%	5,04%	5,04%	3,12%	7,45%	7,60%	0,00%

25	2,26%	2,52%	2,52%	1,51%	7,48%	7,60%	0,00%
26	2,49%	2,51%	2,51%	1,67%	7,47%	7,60%	0,00%
27	2,37%	2,42%	2,42%	1,50%	7,51%	7,60%	0,00%
28	2,43%	2,63%	2,63%	1,67%	7,55%	7,60%	0,00%
29	2,49%	2,51%	2,52%	1,64%	7,54%	7,60%	0,00%
30	2,35%	3,49%	3,49%	2,30%	7,57%	7,60%	2,96%
31	2,40%	3,59%	3,59%	2,41%	7,59%	7,60%	2,95%
32	2,46%	3,50%	3,50%	2,24%	7,59%	7,60%	2,95%
33	2,31%	3,44%	3,44%	2,43%	7,61%	7,60%	2,95%
34	2,37%	3,56%	3,56%	2,48%	7,62%	7,60%	2,95%
35	2,42%	3,52%	3,51%	2,39%	7,63%	7,60%	5,20%
36	2,48%	4,45%	4,45%	3,10%	7,63%	7,60%	5,21%
37	2,31%	4,67%	4,67%	3,32%	7,67%	7,60%	5,20%
38	2,61%	4,47%	4,47%	3,18%	7,66%	7,60%	5,21%
39	2,18%	4,57%	4,57%	3,35%	7,67%	7,60%	5,21%
40	2,48%	4,45%	4,44%	3,33%	8,93%	9,71%	10,99%
41	2,54%	9,07%	9,07%	6,66%	8,73%	9,71%	11,00%
42	2,34%	9,11%	9,11%	6,88%	8,76%	9,71%	11,01%
43	2,40%	8,91%	8,91%	6,90%	8,78%	9,71%	11,00%

44	2,46%	8,98%	8,98%	7,22%	8,81%	9,71%	11,00%
45	2,34%	9,02%	9,02%	7,17%	8,83%	9,71%	11,00%
46	4,28%	9,01%	9,01%	7,42%	8,85%	9,71%	5,20%
47	4,30%	8,97%	8,97%	7,30%	8,87%	9,71%	5,19%
48	4,30%	8,90%	8,90%	7,68%	8,88%	9,71%	5,20%
49	4,30%	8,99%	8,99%	7,69%	8,91%	9,71%	5,20%
50	4,49%	10,05%	10,05%	8,60%	8,92%	9,71%	5,20%
51	4,28%	10,01%	10,01%	8,81%	8,96%	9,71%	5,20%
52	4,25%	10,06%	10,06%	8,79%	8,97%	9,71%	5,19%
53	4,43%	9,96%	9,96%	9,04%	8,99%	9,71%	5,20%
54	4,16%	10,14%	10,14%	9,00%	9,01%	9,71%	5,20%
55	4,29%	10,02%	10,02%	9,09%	9,02%	9,71%	5,20%
56	7,49%	9,90%	9,90%	9,18%	9,03%	9,71%	5,19%
57	7,51%	10,07%	10,07%	9,26%	9,05%	9,71%	5,20%
58	7,50%	10,09%	10,09%	9,32%	9,06%	9,71%	5,20%
59	7,44%	9,95%	9,95%	9,54%	9,08%	9,71%	5,20%
60	7,56%	10,11%	10,11%	9,44%	9,09%	9,71%	5,20%
61	7,40%	9,06%	9,06%	8,59%	13,14%	10,00%	10,00%
62	7,44%	8,93%	8,93%	8,49%	13,34%	10,00%	10,00%

63	7,44%	9,08%	9,08%	8,69%	13,54%	10,00%	10,00%
64	7,72%	8,94%	8,94%	8,57%	13,74%	10,00%	10,00%
65	7,32%	9,10%	9,10%	8,76%	13,94%	10,00%	10,00%
66	2,01%	8,95%	8,95%	8,65%	14,14%	10,00%	-
67	1,89%	8,95%	8,95%	8,67%	14,34%	10,00%	-
68	1,76%	9,10%	9,10%	8,85%	14,54%	10,00%	-
69	1,96%	9,11%	9,11%	8,73%	14,74%	10,00%	-
70	1,85%	8,97%	8,97%	8,90%	14,93%	10,00%	-
71	9,83%	9,11%	9,11%	8,77%	15,26%	10,00%	-
72	9,83%	8,96%	8,96%	8,78%	15,43%	10,00%	-
73	9,83%	8,96%	8,96%	8,93%	15,59%	10,00%	-
74	9,83%	9,10%	9,10%	8,81%	15,76%	10,00%	-
75	10,00%	9,09%	9,09%	8,95%	15,92%	10,00%	-
76	-	9,08%	9,08%	8,96%	-	-	-
77	-	8,94%	8,94%	8,97%	-	-	-
78	-	9,07%	9,07%	8,83%	-	-	-
79	-	8,93%	8,93%	8,97%	-	-	-
80	-	9,06%	9,06%	8,84%	-	-	-
81	-	9,46%	9,46%	9,38%	-	-	-

82	-	9,45%	9,45%	9,38%	-	-	-
83	-	9,44%	9,44%	9,37%	-	-	-
84	-	9,42%	9,42%	9,36%	-	-	-
85	-	9,40%	9,40%	9,34%	-	-	-
86	-	9,37%	9,37%	9,32%	-	-	-
87	-	9,35%	9,35%	9,31%	-	-	-
88	-	9,32%	9,32%	9,28%	-	-	-
89	-	9,29%	9,29%	9,12%	-	-	-
90	-	9,26%	9,26%	9,23%	-	-	-
91	-	9,23%	9,23%	9,20%	-	-	-
92	-	9,19%	9,19%	9,16%	-	-	-
93	-	9,15%	9,15%	9,12%	-	-	-
94	-	9,10%	9,10%	9,07%	-	-	-
95	-	9,04%	9,04%	9,02%	-	-	-
96	-	8,98%	8,98%	8,96%	-	-	-
97	-	8,92%	8,92%	8,90%	-	-	-
98	-	8,85%	8,85%	8,83%	-	-	-
99	-	8,78%	8,78%	8,76%	-	-	-
100	-	8,68%	8,68%	8,67%	-	-	-

7. INDICAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S)

- 7.1.** O segurado poderá indicar livremente seu(s) beneficiário(s) para receber o valor da indenização, observado o disposto nestas condições gerais e na legislação e regulação em vigor.
- 7.2.** Havendo mais de um beneficiário e não tendo o segurado estabelecido o percentual do capital segurado correspondente a cada um, o respectivo valor será rateado entre eles em partes iguais.
- 7.3.** De acordo com o disposto no artigo 792 do Código Civil, na falta de indicação de beneficiário ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, a metade do capital segurado será paga ao cônjuge judicialmente e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária estabelecida no Código Civil.
- 7.4.** Na falta das pessoas indicadas pelo segurado, serão beneficiário(s) os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.
- 7.5.** É facultado ao segurado, em qualquer época, substituir seu(s) beneficiário(s).
- 7.6.** A substituição de beneficiário somente será eficaz perante a seguradora, se for comunicada a ela, por escrito, antes da ocorrência do evento. Se a seguradora não for comunicada da substituição, pagará o capital segurado ao antigo beneficiário.

8. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

8.1. Os valores de capitais segurados e prêmios serão atualizados monetariamente a cada ano, no aniversário do seguro, com base na variação do IPCA/IBGE acumulada no período de 12 (doze) meses anteriores ao mês do último índice publicado imediatamente anterior à data da atualização.

8.2. Os valores das obrigações pecuniárias relativas a este seguro, a partir da data em que se tornarem exigíveis, sujeitam-se à atualização monetária pela variação do IPCA/IBGE acrescido de juros de mora à taxa de 6% (seis por cento) ao ano, calculados em base pro rata dia da data de vencimento até a data do efetivo pagamento.

8.3. A atualização de que trata este item será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade do valor e aquele divulgado imediatamente antes da data de sua efetiva liquidação.

8.4. Nos casos de pagamento anual do prêmio, os valores dos capitais segurados serão atualizados monetariamente desde a data da última atualização até a data da ocorrência do evento coberto.

8.5. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros de mora será feito independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores devidos.

8.6. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o INPC/IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou, na sua falta ou impedimento, o índice substituto que vier a ser adotado pelo órgão regulador competente.

9. REGULAÇÃO DO SINISTRO – INDENIZAÇÃO

9.1. Na ocorrência de sinistro, a comunicação poderá ser feita mediante preenchimento de formulário, disponível no site www.bradescoseguros.com.br > Atendimento > Comunique um sinistro > Vida, ou através da Central de Atendimento de Sinistros de Seguro de Pessoas, pelos telefones: 4004-2794 para regiões metropolitanas ou 0800-701-2794 para demais regiões. Atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h.

Os documentos básicos que deverão ser compartilhados com a seguradora acompanhados do Aviso de sinistro são:

9.1.1. MORTE DO SEGURADO

a) Certidão de Óbito;

b) Documento de identificação com foto e CPF do segurado;

c) Documento de identificação com foto e CPF do(s) beneficiário(s);

d) Formulário Declaração de Únicos Herdeiros (modelo 5310-1016E - fornecido pela seguradora). Esse formulário é necessário caso não tenha indicação de beneficiário(s);

e) Comprovante de residência do(s) beneficiário(s), expedido nos últimos 180 dias. Caso não possua(m) em seu nome, enviar comprovante e declaração fornecida pelo titular da conta informando que ele(s) reside(m) nesse endereço;

f) Certidão de Casamento obtida após o óbito ou comprovantes de convivência marital:

Para segurados casados: Certidão de Casamento atualizada.

Para segurados com convivência marital: 3 comprovantes de convivência marital como, por exemplo, Certidão de União Estável emitida pelo cartório, declaração de Imposto de Renda em que conste o interessado como dependente, carta de concessão de pensão por morte emitida por órgão previdenciário, conta bancária conjunta ou quaisquer documentos que possam comprovar o vínculo.

g) Formulário de Autorização para Crédito da Indenização - Formulário modelo 5310-292E para beneficiários maiores de idade - fornecido pela seguradora;

h) Formulário modelo 5310-1640E para beneficiários menores de idade- fornecido pela seguradora;

9.1.2. MORTE ACIDENTAL DO SEGURADO

- a) Documento de identificação com foto e CPF do segurado;
- b) Documento de identificação com foto e CPF do(s) beneficiário(s);
- c) Certidão de Óbito;
- d) Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial;
- e) Laudo de necropsia ou cadavérico - caso não tenha sido elaborado, enviar declaração do médico que atestou o óbito justificando a não realização do exame;
- f) Habilitação - Quando o segurado for o condutor do veículo na ocasião do acidente, seja ele terrestre, aéreo ou marítimo;

Caso não possua habilitação, enviar declaração informando que não a possui;

- g) Laudo do exame de dosagem alcoólica/toxicológico - Quando o segurado for o condutor do veículo na ocasião do acidente, seja ele terrestre, aéreo ou marítimo. Caso não tenha sido elaborado, enviar declaração do IML informando que o exame não foi realizado;
- h) Formulário Declaração de Únicos Herdeiros - Formulário modelo 5310-1016E - fornecido pela seguradora. Esse formulário é necessário caso não tenha indicação de beneficiários;
- i) Comprovante de residência do(s) beneficiário(s), expedido nos últimos 180 dias. Caso não possua(m) em seu nome, enviar comprovante e declaração fornecida pelo titular da conta informando que ele(s) reside(m) nesse endereço;
- j) Certidão de Casamento obtida após o óbito ou comprovantes de convivência marital:

Para segurados casados: Certidão de Casamento atualizada.

Para segurados com convivência marital: 3 comprovantes de convivência marital como, por exemplo, Certidão de União Estável emitida pelo cartório, declaração de Imposto de Renda em que conste o interessado como dependente, carta de concessão de pensão por morte emitida por órgão previdenciário, conta bancária conjunta ou quaisquer documentos que possam comprovar o vínculo.

- k) Formulário de Autorização para Crédito da Indenização - Formulário modelo 5310-292E para beneficiários maiores de idade - fornecido pela seguradora;
- l) Formulário modelo 5310-1640E para beneficiários menores de idade- fornecido pela seguradora;

9.1.3. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

- a)** Documento de identificação com foto e CPF do segurado;
- b)** Comprovante de residência do segurado, expedido nos últimos 180 dias. Caso não possua em seu nome, enviar comprovante e declaração fornecida pelo titular da conta informando que ele reside nesse endereço;
- c)** Formulário de Autorização para Crédito da Indenização - Formulário modelo 5310-292E - fornecido pela seguradora;
- d)** Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial- no caso de acidente doméstico, o Boletim de Ocorrência poderá ser substituído por declaração informando a descrição do acidente. No caso de acidente de trabalho, o Boletim de Ocorrência poderá ser substituído pelo Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT);
- e)** Habilitação - Quando o segurado for o condutor do veículo na ocasião do acidente, seja ele terrestre, aéreo ou marítimo. Caso não possua habilitação, enviar declaração informando que não a possui;
- f)** Relatório Médico a ser preenchido pelo médico assistente (médico responsável pelo tratamento do segurado), após o término de todos os tratamentos clínicos e fisioterápicos, respondendo aos seguintes questionamentos:
- Data do acidente e descrição detalhada das lesões provocadas.
 - Tratamento(s) realizado(s) e data(s).
 - Data do término do(s) tratamento(s) (entendido como a data em que eventual incapacidade evidenciada foi verificada pela primeira vez após esgotados todos os recursos terapêuticos para resolução do caso, ou seja, a data de consolidação da sequela).
 - Informar exame físico completo, incluindo a marcha (amplitudes de movimento articular, graus de força muscular, etc.) e eventual(is) sequela(s) funcional(is) de caráter irreversível, objetivo e mensurável e respectiva(s) percentagem(ns) de redução funcional (0 a 100%) da(s) articulação(ões) acometida(s) separadamente.
 - Data de retorno ao trabalho ou da aposentadoria por invalidez, se for o caso.
- g)** Exames de imagem e o respectivo laudo;
- h)** Ficha do primeiro atendimento médico (realizado na data do acidente) ou resumo de alta hospitalar.

9.1.4. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE MAJORADA (para médicos, dentistas ou veterinários)

- a)** Documento de identificação com foto e CPF do segurado;
- b)** Comprovante de registro ativo no Conselho Regional da profissão exercida: CRM – Conselho Regional de Medicina, CRO – Conselho Regional de Odontologia ou CRMV – Conselho Regional de Medicina Veterinária;
- c)** Comprovante de residência do segurado, expedido nos últimos 180 dias. Caso não possua em seu nome, enviar comprovante e declaração fornecida pelo titular da conta informando que ele reside nesse endereço;
- d)** Formulário de Autorização para Crédito da Indenização - Formulário modelo 5310-292E - fornecido pela seguradora;
- e)** Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial- No caso de acidente doméstico, o Boletim de Ocorrência poderá ser substituído por declaração descrevendo o acidente. No caso de acidente de trabalho, o Boletim de Ocorrência poderá ser substituído pelo Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT);
- f)** Habilitação - Quando o segurado for o condutor do veículo na ocasião do acidente, seja ele terrestre, aéreo ou marítimo. Caso não possua habilitação, enviar declaração informando que não a possui;
- g)** Relatório Médico a ser preenchido pelo médico assistente (médico responsável pelo tratamento do segurado), após o término de todos os tratamentos clínicos e fisioterápicos, respondendo aos seguintes questionamentos:
 - Data do acidente e descrição detalhada das lesões provocadas.
 - Tratamento(s) realizado(s) e data(s).
 - Data do término do(s) tratamento(s) (entendido como a data em que eventual incapacidade evidenciada foi verificada pela primeira vez após esgotados todos os recursos terapêuticos para resolução do caso, ou seja, a data de consolidação da sequela).
 - Informar exame físico completo, incluindo a marcha (amplitudes de movimento articular, graus de força muscular, etc.) e eventual(is) sequela(s) funcional(is) de caráter irreversível, objetivo e mensurável e respectiva(s) percentagem(ns) de redução funcional (0 a 100%) da(s) articulação(ões) acometida(s) separadamente.
 - Data de retorno ao trabalho ou da aposentadoria por invalidez, se for o caso.

- h)** Exames de imagem e o respectivo laudo;
- i)** Ficha do primeiro atendimento médico (realizado na data do acidente) ou resumo de alta hospitalar;

9.1.5. DOENÇAS GRAVES/DOENÇAS GRAVES AMPLIADA

- a)** Documento de identificação com foto e CPF do segurado;
- b)** Comprovante de residência do segurado, expedido nos últimos 180 dias. Caso não possua em seu nome, enviar comprovante e declaração fornecida pelo titular da conta informando que ele reside nesse endereço;
- c)** Formulário de Autorização para Crédito da Indenização - Formulário modelo 5310-292E - fornecido pela seguradora;
- d)** Relatório Médico a ser preenchido pelo médico assistente (médico responsável pelo tratamento do segurado), informando a doença, com a respectiva CID, data do diagnóstico e os tratamentos prescritos. Em caso de neoplasia, informar se é o primeiro diagnóstico, recidiva da doença ou ocorrência de metástase;
- e)** Laudos de exames referentes ao diagnóstico e estágio da doença;
- f)** Resumo/sumário de alta referente à cirurgia (em caso de transplante de órgãos).

9.1.6. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE CÂNCER

- a)** Documento de identificação com foto e CPF do segurado;
- b)** Comprovante de residência do segurado, expedido nos últimos 180 dias. Caso não possua em seu nome, enviar comprovante e declaração fornecida pelo titular da conta informando que ele reside nesse endereço;
- c)** Formulário de Autorização para Crédito da Indenização - Formulário modelo 5310-292E - fornecido pela seguradora;
- d)** Relatório Médico a ser preenchido pelo médico assistente (médico responsável pelo tratamento do segurado) informando a doença, com a respectiva CID, data do diagnóstico e os tratamentos prescritos. Informar se é o primeiro diagnóstico, recidiva da doença ou ocorrência de metástase;
- e)** Laudos de exames referentes ao diagnóstico e estágio da doença.

9.1.7. DISPENSA DO PRÊMIO POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO

- a)** Documento de identificação com foto e CPF do segurado;
- b)** Comprovante de residência do segurado, expedido nos últimos 180 dias. Caso não possua em seu nome, enviar comprovante e declaração fornecida pelo titular da conta informando que ele reside nesse endereço;
- c)** Cópia autenticada das seguintes páginas da Carteira de Trabalho: da foto, da qualificação civil, da admissão e da dispensa e da página posterior em branco;
- d)** Cópia autenticada do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho devidamente homologado com a discriminação das verbas rescisórias.

9.1.8. DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

- a)** Documento de identificação com foto e CPF do segurado;
- b)** Comprovante de residência do segurado, expedido nos últimos 180 dias. Caso não possua em seu nome, enviar comprovante e declaração fornecida pelo titular da conta informando que ele reside nesse endereço;
- c)** Formulário de Autorização para Crédito da Indenização - Formulário modelo 5310-292E - fornecido pela seguradora;
- d)** Relatório Médico contendo a doença ou a lesão causada por acidente, com a respectiva CID, data do diagnóstico, descrição do exame físico, tratamentos prescritos e o período de afastamento solicitado;
- e)** Laudos de exames complementares referentes ao diagnóstico;
- f)** Carta de concessão do auxílio doença - emitida pelo INSS ou órgão responsável;
- g)** Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial - No caso de acidente doméstico, o Boletim de Ocorrência poderá ser substituído por declaração descrevendo o acidente. No caso de acidente de trabalho, o Boletim de Ocorrência poderá ser substituído pelo Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT);
- h)** Habilitação - Quando o segurado for o condutor do veículo na ocasião do acidente, seja ele terrestre, aéreo ou marítimo. Caso não possua habilitação, enviar declaração informando que não a possui.

9.1.9. DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

- a)** Documento de identificação com foto e CPF do segurado;
- b)** Comprovante de residência do segurado, expedido nos últimos 180 dias. Caso não possua em seu nome, enviar comprovante e declaração fornecida pelo titular da conta informando que ele reside nesse endereço;
- c)** Formulário de Autorização para Crédito da Indenização - Formulário modelo 5310-292E - fornecido pela seguradora;
- d)** Declaração do hospital informando período de internação;
- e)** Prontuário completo referente ao período de internação;
- f)** Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial - No caso de acidente doméstico, o Boletim de Ocorrência poderá ser substituído por declaração descrevendo o acidente. No caso de acidente de trabalho, o Boletim de Ocorrência poderá ser substituído pelo Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT);
- g)** Habilitação - Quando o segurado for o condutor do veículo na ocasião do acidente, seja ele terrestre, aéreo ou marítimo. Caso não possua habilitação, enviar declaração informando que não a possui.

9.1.10. DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE

- a)** Documento de identificação com foto e CPF;
- b)** Comprovante de residência expedido nos últimos 180 dias. Caso não possua em seu nome, enviar comprovante e declaração fornecida pelo titular da conta informando que ele reside nesse endereço;
- c)** Formulário de Autorização para Crédito da Indenização - Formulário modelo 5310-292E - fornecido pela seguradora;
- d)** Notas Fiscais e recibos das despesas, com as devidas prescrições médicas;
- e)** Prontuário completo referente ao período de internação;
- f)** Boletim ou Certidão de Ocorrência policial- No caso de acidente doméstico, o Boletim de Ocorrência poderá ser substituído por declaração descrevendo o acidente. No caso de acidente de trabalho, o Boletim de Ocorrência poderá ser substituído pelo Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT);

g) Habilitação - Quando o segurado for o condutor do veículo na ocasião do acidente, seja ele terrestre, aéreo ou marítimo. Caso não possua habilitação, enviar declaração informando que não a possui.

9.1.11. PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO

a) Documento de identificação com foto e CPF do segurado;

b) Comprovante de residência do segurado, expedido nos últimos 180 dias. Caso não possua em seu nome, enviar comprovante e declaração fornecida pelo titular da conta informando que ele reside nesse endereço;

c) Termo de rescisão do contrato de trabalho homologado;

d) Formulário de Autorização para Crédito da Indenização - Formulário modelo 5310-292E - fornecido pela seguradora.

9.1.12. MORTE EM ACIDENTE AÉREO

a) Certidão de Óbito do segurado;

b) Laudo do exame de necropsia do segurado;

c) Auto de reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização;

d) Documento de Ocorrência expedido por autoridade competente;

e) Brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o segurado for o piloto na ocasião do acidente;

f) Documento de identificação com foto e CPF do segurado;

g) Documento de identificação com foto e CPF do(s) beneficiário(s);

h) Formulário Declaração de Únicos Herdeiros (modelo 5310-1016E - fornecido pela seguradora). Esse formulário é necessário caso não tenha indicação de beneficiário(s);

i) Comprovante de residência do(s) beneficiário(s), expedido nos últimos 180 dias. Caso não possua(m) em seu nome, enviar comprovante e declaração fornecida pelo titular da conta informando que ele(s) reside(m) nesse endereço;

j) Formulário de Autorização para Crédito da Indenização - Formulário modelo 5310-292E para beneficiários maiores de idade - fornecido pela seguradora;

k) Formulário modelo 5310-1640E para beneficiários menores de idade - fornecido pela seguradora;

l) Certidão de Casamento obtida após o óbito ou comprovantes de convivência marital:

Para segurados casados: Certidão de Casamento atualizada.

Para segurados com convivência marital: 3 comprovantes de convivência marital como, por exemplo, Certidão de União Estável emitida pelo cartório, declaração de Imposto de Renda em que conste o interessado como dependente, carta de concessão de pensão por morte emitida por órgão previdenciário, conta bancária conjunta ou quaisquer documentos que possam comprovar o vínculo.

9.1.13. SEGURO FUNERAL FAMILIAR OU INDIVIDUAL

Se decorrente de morte por causas naturais:

a) Certidão de Óbito;

b) Documento de identificação com foto e CPF do segurado;

c) Documento de identificação com foto e CPF do responsável pelo pagamento das despesas;

d) Comprovante de residência do responsável pelo pagamento das despesas, expedido nos últimos 180 dias. Caso não possua em seu nome, enviar comprovante e declaração fornecida pelo titular da conta informando que ele reside nesse endereço;

e) Formulário de Autorização para Crédito da Indenização, preenchido pelo responsável pelo pagamento das despesas - Formulário modelo 5310-292E - fornecido pela seguradora;

f) Notas Fiscais e/ou recibos comprovando o pagamento das despesas com o funeral.

Se decorrente de morte por causas acidentais:

a) Documento de identificação com foto e CPF do segurado;

b) Documento de identificação com foto e CPF do responsável pelo pagamento das despesas;

c) Certidão de Óbito;

d) Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial;

- e)** Laudo de necropsia ou cadavérico - Caso não tenha sido elaborado, enviar declaração do médico que atestou o óbito justificando a não realização do exame;
- f)** Habilitação - Quando o segurado for o condutor do veículo na ocasião do acidente, seja ele terrestre, aéreo ou marítimo;
- g)** Caso não possua habilitação, enviar declaração informando que não a possui;
- h)** Laudo do exame de dosagem alcoólica/toxicológico - Quando o segurado for o condutor do veículo na ocasião do acidente, seja ele terrestre, aéreo ou marítimo. Caso não tenha sido elaborado, enviar declaração do IML informando que o exame não foi realizado;
- i)** Comprovante de residência do responsável pelo pagamento das despesas, expedido nos últimos 180 dias. Caso não possua em seu nome, enviar comprovante e declaração fornecida pelo titular da conta informando que ele reside nesse endereço;
- j)** Formulário de Autorização para Crédito da Indenização, preenchido pelo responsável pelo pagamento das despesas - Formulário modelo 5310-292E para beneficiários maiores de idade - fornecido pela seguradora;
- k)** Notas Fiscais e/ou recibos comprovando o pagamento das despesas com o funeral.

9.1.14. MORTE DO CÔNJUGE

- a)** Documento de identificação com foto e CPF do titular do seguro;
- b)** Documento de identificação com foto e CPF do cônjuge falecido;
- c)** Certidão de Óbito do cônjuge;
- d)** Certidão de Casamento obtida após o óbito ou comprovantes de convivência marital:

Para segurados casados: Certidão de Casamento atualizada.

Para segurados com convivência marital: 3 comprovantes de convivência marital como, por exemplo, Certidão de União Estável emitida pelo cartório, declaração de Imposto de Renda em que conste o interessado como dependente, carta de concessão de pensão por morte emitida por órgão previdenciário, conta bancária conjunta ou quaisquer documentos que possam comprovar o vínculo.

- e)** Comprovante de residência do titular do seguro, expedido nos últimos 180 dias. Caso não possua em seu nome, enviar comprovante e declaração fornecida pelo titular da conta informando que ele reside nesse endereço;
- f)** Formulário de Autorização para Crédito da Indenização, preenchido pelo titular do seguro -

Formulário modelo 5310-292E - fornecido pela seguradora;

9.1.15. MORTE ACIDENTAL DO CÔNJUGE

- a)** Documento de identificação com foto e CPF do titular do seguro;
- b)** Documento de identificação com foto e CPF do cônjuge falecido;
- c)** Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial;
- d)** Laudo de necropsia ou cadavérico- Caso não tenha sido elaborado, enviar declaração do médico que atestou o óbito justificando a não realização do exame;
- e)** Habilitação - Quando o cônjuge (sinistrado) for o condutor do veículo na ocasião do acidente, seja ele terrestre, aéreo ou marítimo. Caso não possua habilitação, enviar declaração informando que não a possui;
- f)** Laudo do exame de dosagem alcoólica/toxicológico - Quando o cônjuge (sinistrado) for o condutor do veículo na ocasião do acidente, seja ele terrestre, aéreo ou marítimo. Caso não tenha sido elaborado, enviar declaração do IML informando que o exame não foi realizado;
- g)** Certidão de Casamento obtida após o óbito ou comprovantes de convivência marital:

Para segurados casados: Certidão de Casamento atualizada.

Para segurados com convivência marital: 3 comprovantes de convivência marital como, por exemplo, Certidão de União Estável emitida pelo cartório, declaração de Imposto de Renda em que conste o interessado como dependente, carta de concessão de pensão por morte emitida por órgão previdenciário, conta bancária conjunta ou quaisquer documentos que possam comprovar o vínculo.

- h)** Comprovante de residência do titular do seguro, expedido nos últimos 180 dias. Caso não possua em seu nome, enviar comprovante e declaração fornecida pelo titular da conta informando que ele reside nesse endereço;
- i)** Formulário de Autorização para Crédito da Indenização, preenchido pelo titular do seguro - Formulário modelo 5310-292E - fornecido pela seguradora.

9.1.16. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE DO CÔNJUGE

- a)** Documento de identificação com foto e CPF do titular do seguro;
- b)** Documento de identificação com foto e CPF do cônjuge (sinistrado);

c) Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial;

d) Habilitação - Quando o cônjuge (sinistrado) for o condutor do veículo na ocasião do acidente, seja ele terrestre, aéreo ou marítimo. Caso não possua habilitação, enviar declaração informando que não a possui;

e) Relatório Médico a ser preenchido pelo médico assistente (médico responsável pelo tratamento do cônjuge sinistrado), após o término de todos os tratamentos clínicos e fisioterápicos, respondendo aos seguintes questionamentos:

- Data do acidente e descrição detalhada das lesões provocadas;
- Tratamento(s) realizado(s) e data(s);
- Data do término do(s) tratamento(s) (entendido como a data em que eventual incapacidade evidenciada foi verificada pela primeira vez após esgotados todos os recursos terapêuticos para resolução do caso, ou seja, a data de consolidação da sequela);
- Informar exame físico completo, incluindo a marcha (amplitudes de movimento articular, graus de força muscular, etc.) e eventual(is) sequela(s) funcional(is) de caráter irreversível, objetivo e mensurável e respectiva(s) percentagem(ns) de redução funcional (0 a 100%) da(s) articulação(ões) acometida(s) separadamente;
- Data de retorno ao trabalho ou da aposentadoria por invalidez, se for o caso.

f) Exames de imagem e o respectivo laudo;

g) Ficha do primeiro atendimento médico (realizado na data do acidente) ou resumo de alta hospitalar;

h) Certidão de Casamento obtida após a data do acidente ou comprovantes de convivência marital:

Para segurados casados: Certidão de Casamento atualizada.

Para segurados com convivência marital: 3 comprovantes de convivência marital como, por exemplo, Certidão de União Estável emitida pelo cartório, declaração de Imposto de Renda em que conste o interessado como dependente, carta de concessão de pensão por morte emitida por órgão previdenciário, conta bancária conjunta ou quaisquer documentos que possam comprovar o vínculo.

i) Comprovante de residência do cônjuge (sinistrado), expedido nos últimos 180 dias. Caso não possua em seu nome, enviar comprovante e declaração fornecida pelo titular da conta informando que ele reside nesse endereço;

j) Formulário de Autorização para Crédito da Indenização, preenchido pelo cônjuge (sinistrado) -

Formulário modelo 5310-292E - fornecido pela seguradora.

9.1.17. DOENÇA CONGÊNITA DE FILHO(S)

- a)** Documento de identificação com foto e CPF do segurado;
- b)** Comprovante de residência do segurado, expedido nos últimos 180 dias. Caso não possua em seu nome, enviar comprovante e declaração fornecida pelo titular da conta informando que ele reside nesse endereço;
- c)** Formulário de Autorização para Crédito da Indenização - Formulário modelo 5310-292E - fornecido pela seguradora;
- d)** Relatório Médico a ser preenchido pelo médico assistente (médico responsável pelo tratamento do segurado), informando a doença, com a respectiva CID, data do diagnóstico e os tratamentos prescritos;
- e)** Laudos de exames referentes ao diagnóstico e estágio da doença;
- f)** Certidão de Nascimento do(a) filho(a).

9.1.18. DIAGNÓSTICO DE CÂNCER PRIMÁRIO

- a)** Documento de identificação com foto e CPF do segurado;
- b)** Comprovante de residência do segurado, expedido nos últimos 180 dias. Caso não possua em seu nome, enviar comprovante e declaração fornecida pelo titular da conta informando que ele reside nesse endereço;
- c)** Formulário de Autorização para Crédito da Indenização - Formulário modelo 5310-292E - fornecido pela seguradora;
- d)** Relatório Médico a ser preenchido pelo médico assistente (médico responsável pelo tratamento do segurado), informando a doença, com a respectiva CID, data do diagnóstico e os tratamentos prescritos. Informar se é o primeiro diagnóstico, recidiva da doença ou ocorrência de metástase;
- e)** Laudos de exames referentes ao diagnóstico e estágio da doença.

9.2. No caso de sinistro que apresente divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como sobre a avaliação da incapacidade, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias da data da contestação do segurado, a constituição de junta médica, formada por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora,

outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

9.2.1. 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.

9.2.2. A junta médica deverá ser constituída no prazo de 15 (quinze) dias a contar do protocolo da indicação do médico nomeado pelo segurado.

9.2.3. Fica estabelecido que, a partir da constituição da junta médica, o segurado, assim como a seguradora, ficará vinculado ao diagnóstico conclusivo da junta, se unânime, ou do terceiro médico desempatador, se houver divergência.

9.2.4. Na hipótese de constituição de junta médica, o prazo de 30 (trinta) dias para pagamento da indenização, se for o caso, será contado partir do dia útil subsequente à data em que a seguradora for cientificada, por correspondência do terceiro médico desempatador, do seu diagnóstico conclusivo.

9.3. A seguradora, após receber o aviso de sinistro e os documentos relacionados acima, verifica se o diagnóstico caracteriza risco coberto previsto nestas condições gerais e se o beneficiário ou o segurado, conforme o caso, tem ou não o direito à indenização, efetuando ou recusando o pagamento.

9.3.1. A seguradora poderá solicitar uma única vez, mediante dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nestas condições gerais.

9.4. As despesas com a comprovação do risco coberto, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela seguradora.

9.5. No caso de cobertura internacional em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, os encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da seguradora.

9.6. O reembolso de despesas efetuadas no exterior será feito com base no câmbio oficial de venda da data do pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se sempre o limite do capital segurado contratado.

9.7. O pagamento da indenização será feito de forma única, por meio de crédito em conta bancária de titularidade do beneficiário no prazo de 30 (trinta) dias contados do recebimento de toda a documentação básica e/ou complementar prevista nestas condições gerais.

9.7.1. Esse prazo será suspenso se a seguradora pedir documentos e informações complementares, conforme disposto no item 9.11.6, e somente voltará a correr a partir das 24 horas do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências da seguradora.

9.7.2. Em caso de mora da seguradora, caracterizada pela falta de pagamento da indenização devida no prazo de 30 dias, o valor do capital segurado será atualizado monetariamente acrescido de juros de mora nos termos do item 8 destas condições gerais.

9.8. As providências ou atos que a seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

9.9. A seguradora não estará obrigada ao pagamento da indenização nos termos pleiteados pelo segurado, quando este recusar-se a submeter-se aos exames solicitados pela seguradora, ou quando este ou o beneficiário, conforme o caso, não apresentar os documentos solicitados, indispensáveis à comprovação da existência ou não do sinistro.

10. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

10.1. O segurado, seu cônjuge ou beneficiários, conforme o caso, perderão o direito à indenização nas seguintes situações:

a) Se por si ou por seu representante ou corretor, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação ou no valor do prêmio, além de estar obrigado ao pagamento do prêmio vencido, de acordo com o disposto no artigo 766 do Código Civil;

b) Inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;

c) Se o segurado agravar intencionalmente o risco coberto, por meio de, mas não se restringindo a: ofensas corporais, automutilação, condução de veículo sob efeito de álcool em nível superior ao permitido pela legislação local ou de uso de medicamentos sem prescrição médica;

d) Se comprovadamente por má-fé, não comunicar por escrito à seguradora, logo que saiba, a ocorrência de qualquer incidente suscetível de agravar o risco coberto;

e) Se não comunicar a ocorrência do risco coberto à seguradora, logo que o saiba;

f) Se não tomar as providências imediatas para minorar as consequências do risco coberto; e

g) Se recusar a apresentar os documentos e informações solicitados pela seguradora.

10.2. A seguradora, dentro do prazo de 15 (quinze) dias do recebimento do aviso de agravação, mediante comunicação escrita ao segurado, poderá cancelar ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença do prêmio cabível.

10.3. O cancelamento do seguro baseado no agravamento do risco coberto só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, se houver, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

10.4. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a seguradora poderá:

a) Na hipótese de não ocorrência do sinistro: cancelar o seguro retendo a parcela proporcional ao tempo decorrido ou permitir a continuidade, cobrando a diferença do prêmio cabível;

b) Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado, o seguro será cancelado após o pagamento da indenização, sendo retida a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido, no caso de pagamento parcial ou sendo deduzida da indenização a diferença de prêmio cabível.

11. VIGÊNCIA

11.1. A vigência do seguro terá início a partir das 24h (vinte e quatro) horas da data de pagamento do primeiro prêmio do seguro e término às 24 (vinte e quatro) horas da data estabelecida na apólice, salvo em caso de cancelamento conforme disposto no item 12 - Cancelamento.

11.2. As coberturas de morte, morte accidental, morte em acidente aéreo, morte do cônjuge, morte accidental do cônjuge, seguro funeral individual e seguro funeral familiar têm vigência vitalícia.

11.3. As coberturas adicionais dependem do limite de idade para permanência no seguro, conforme descrito abaixo:

11.4. Quadro Resumo:

Cobertura	Tipo de cobertura	Vigência	Idade máxima de saída
Morte	Básica	Vitalícia	-
Morte accidental	Básica	Vitalícia	-
Morte em acidente aéreo	Adicional	Vitalícia	-
Morte do cônjuge	Adicional	Vitalícia	-
Morte accidental do cônjuge	Adicional	Vitalícia	-
Seguro funeral individual	Adicional	Vitalícia	-
Seguro funeral familiar	Adicional	Vitalícia	-
Invalidez permanente total ou parcial por acidente	Adicional	Até 75 anos de idade	75 anos
Invalidez permanente total ou parcial por acidente do cônjuge	Adicional	Até 75 anos de idade	75 anos

Invalidez permanente total ou parcial por acidente majorada (para médicos, dentistas ou veterinários)	Adicional	Até 75 anos de idade	75 anos
Doenças graves	Adicional	Até 75 anos de idade	75 anos
Doenças graves ampliada	Adicional	Até 75 anos de idade	75 anos
Diagnóstico definitivo de câncer	Adicional	Até 75 anos de idade	75 anos
Dispensa do prêmio por desemprego involuntário	Adicional	Até 75 anos de idade	75 anos
Diária por incapacidade temporária	Adicional	Até 75 anos de idade	75 anos
Diária por internação hospitalar	Adicional	Até 75 anos de idade	75 anos
Despesas médicas, hospitalares e odontológicas por acidente	Adicional	Até 75 anos de idade	75 anos
Perda de renda por desemprego involuntário	Adicional	Até 75 anos de idade	75 anos
Diagnóstico de câncer primário	Adicional	Até 75 anos de idade	75 anos
Doença congênita de filhos	Adicional	Até 65 anos de idade	65 anos

11.5. O valor do prêmio será recalculado anualmente, considerando o disposto no item 8. Atualização monetária, item 6. Reenquadramento Etário, e a manutenção das coberturas, conforme idade máxima de saída, mencionadas no item 11.4 destas condições gerais.

12. CANCELAMENTO DO SEGURO

12.1. O seguro será cancelado nas seguintes situações:

- a) Morte ou invalidez permanente total ou parcial ou invalidez permanente total ou parcial (cobertura majorada) do segurado;
- b) Solicitação expressa do segurado com 30 (trinta) dias de antecedência do vencimento do prêmio;
- c) A qualquer tempo, mediante acordo entre as partes;
- d) Tentativa de o segurado e/ou seu(s) beneficiário(s) impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências, necessários para resguardar os direitos da seguradora;
- e) Ocorrência de infrações ou fraudes praticadas pelo segurado e/ou seu(s) beneficiário(s), com o propósito de obter vantagem ilícita do seguro;
- f) Falta de pagamento de 3 (três) prêmios mensais consecutivos, ocorrendo o cancelamento automático no 90º (nonagésimo) dia contado a partir do vencimento do 1º (primeiro) prêmio não pago;
- g) Transcorridos 90 (noventa) dias do vencimento do prêmio devido e não pago, a apólice será cancelada sem que seja devida ao segurado ou seu beneficiário a percepção proporcional de qualquer indenização.

12.2. No prazo de 30 (trinta) dias antes da data-limite para o cancelamento do seguro por motivo de falta de pagamento, será enviada notificação ao segurado.

12.3. A apólice não poderá ser cancelada pela seguradora durante a vigência sob a alegação de alteração na natureza dos riscos, sem prejuízo ao disposto no item 12, a respeito do cancelamento por agravamento intencional e falta de comunicação ao segurado.

12.4. O pagamento pelo segurado de qualquer valor à seguradora após a data do cancelamento não implica reabilitação do seguro nem gera qualquer efeito, ficando à disposição do ex-segurado o referido valor.

12.5. Em caso de rescisão do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes, a seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

12.6. A qualquer tempo o segurado poderá cancelar quaisquer das coberturas adicionais contratadas, mediante notificação à seguradora podendo utilizar-se de meio remoto.

13. INFORMAÇÕES GERAIS

13.1. Os prazos prescricionais são aqueles definidos no Código Civil, artigo 206, parágrafo 1º, inciso II, letra b, para o segurado e artigo 206, parágrafo 3º, inciso IX, para o beneficiário.

13.2. O foro eleito será o do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

13.3. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.

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

13.5. A Ouvidoria da seguradora estará disponível para acesso dos segurados por meio de serviço de Discagem Direta Gratuita para o número 0800 701 7000, das 8h às 18h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.

13.6. Este seguro está estruturado no regime financeiro de repartição, que não prevê a devolução ou o resgate de prêmios ao segurado.

13.7. A seguradora não poderá sub-rogar-se nos direitos e ações do segurado ou do beneficiário contra o causador do sinistro.

13.8. As condições contratuais deste produto protocolizadas pela seguradora na Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número do Processo Susep.

13.9. Não poderão ser transferidos, cedidos ou onerados, por qualquer forma, os direitos decorrentes deste seguro.

Esta parte não integra as condições gerais do seguro

Assistência funeral

1. Objetivo

O serviço de assistência funeral oferece suporte e conforto à família nos momentos mais difíceis através de uma equipe de profissionais prontos para auxiliar em cada detalhe do funeral, garantindo que todos os cuidados necessários sejam tomados.

2. Limite financeiro

A assistência funeral será prestada de acordo com o limite financeiro escolhido pelo segurado na contratação, conforme indicado na proposta e apólice de seguro.

Tipo	Limite financeiro
Individual	R\$ 5 mil
	R\$ 25 mil
	R\$ 55 mil
Familiar ampliada	R\$ 5 mil
	R\$ 25 mil
	R\$ 55 mil

3. Beneficiário do serviço

O beneficiário poderá variar conforme o tipo de assistência contratada e que conste na proposta e apólice de seguro.

Tipo	Beneficiários
Individual	Segurado
Familiar ampliada	Segurado
	Filhos(as)/enteados(as): com até 24 anos na data do óbito;
	Natimorto(s);
	Filhas e enteadas: sem limite de idade, desde que solteiras na data do óbito;
	Filhos(as)/enteados(as) portadores de necessidades especiais decorrentes de deficiência física ou mental, sem limite de idade, desde que dependentes financeiros permanentes do segurado;
	Pai e mãe sem limite de idade;
	Sogro e sogra sem limite de idade.

Atenção: para cônjuge, filhos(as)/natimorto(s)/enteados(as), pai, mãe, sogro e sogra: será necessário comprovante de vínculo com o titular do seguro.

4. Acionamento

A assistência funeral será sempre acionada por meio do telefone de Discagem Direta Gratuita (DDG) 0800 701 2704 para ligações no Brasil (a ligação poderá ser feita a cobrar), a qualquer momento, 24 (vinte e quatro) horas por dia.

IMPORTANTE: fica estipulado o prazo de carência de 15 (quinze) dias contados a partir do Início da vigência do seguro, período em que a assistência funeral individual não será prestada, caso o segurado venha a falecer durante esse prazo.

Para a execução dos serviços é imprescindível a empresa prestadora de serviço seja contatada, antes que seja tomada qualquer medida pessoal em relação ao funeral.

Reembolsos de despesas em caso de não acionamento não serão admitidos, salvo na hipótese de o prestador não conseguir, por seus próprios meios, realizar o atendimento.

Nesse caso, a autorização para realização do serviço e posterior reembolso deverá ser concedida mediante acionamento do serviço pelo telefone da empresa prestadora de serviços.

5. Prestação de serviço

A assistência funeral será prestada pela empresa Europ Assistance Brasil Serviços de assistência S/A, CNPJ 01.020.029/0001-06, especializada em assistência, que colocará sua central de atendimento à disposição 24 (vinte e quatro) horas por dia, durante todo o ano, acionável através do telefone de Discagem Direta Gratuita (DDG).

A assistência funeral será prestada de acordo com a infraestrutura do local do óbito.

O acionamento da assistência funeral será feito mediante contato com a central de atendimento, antes que seja tomada qualquer medida pessoal, pelos números dos telefones informados no item 3.1.

Para utilização da assistência funeral, o solicitante deverá seguir, sempre, os seguintes procedimentos:

- a) Contatar a Central de Assistência (disponível 24 horas) e fornecer as informações solicitadas de forma clara e completa para a devida identificação do segurado e/ou dos dependentes;
- b) Descrever o motivo do contato de forma clara e completa para que a Central de Assistência dê início ao serviço;
- c) Fornecer à Central de Assistência as seguintes informações:
 - Nome completo e número do CPF/MF do segurado;
 - Data de nascimento;
 - Endereço completo e telefone de contato do solicitante;
 - Informações adicionais relacionadas ao tipo do evento, para fins de prestação dos serviços.
- d) Providenciar, quando necessário, o envio de documentos solicitados pela Central de Assistência para prestação dos serviços;

A empresa de assistência poderá exigir a apresentação de documentos para comprovar o vínculo do

segurado com a seguradora.

Uma vez constada a solicitação do serviço, a Central de Assistência tomará as providências que lhe competem para a sua prestação.

Caso se verifique que as informações e declarações transmitidas pelo solicitante são, de qualquer forma, inconsistentes, falhas, falsas ou inverídicas e/ou decorram de má-fé, perderá o direito à assistência funeral individual.

6. Âmbito geográfico

Os serviços serão prestados exclusivamente em território nacional.

7. Religião ou crença

Todos os serviços serão prestados respeitando-se as condições de religiosidade ou crença manifestada pelo solicitante, considerando-se também a infraestrutura do local de óbito.

8. Atendimento

Os serviços listados nos itens 8. e 9. serão prestados de acordo com o limite financeiro contratado.

Atenção: o serviço de assistência funeral oferece as opções de sepultamento e cremação. A opção selecionada deverá ser informada no momento do acionamento.

8.1. Facilitador Administrativo

Ocorrendo a liberação do corpo do segurado pelo Instituto Médico Legal ou hospital, a Central de Assistência disponibilizará um representante ao domicílio ou ao hospital onde tenha ocorrido o óbito, para coletar todos os documentos necessários às tratativas do sepultamento ou da remoção com a funerária do município, tomando todas as medidas devidas para a realização do funeral.

A liberação do corpo no Instituto Médico Legal ou hospital é uma responsabilidade de um representante legal do segurado.

Se necessário, o representante da Central de Assistência fará todos os procedimentos, após a liberação do corpo pelo Instituto Médico Legal ou hospital, acompanhado de um membro da família designado pelo solicitante, ou do próprio.

A documentação correspondente ao óbito será entregue ao membro da família designado pelo solicitante, ou ao próprio, que será devidamente informado das providências tomadas.

8.2. Registro em cartório

8.2.1. A Central de Assistência responsabiliza-se por providenciar bem como custear o registro do óbito em cartório, desde que permitido pela legislação local.

8.2.2. Se necessário para o registro do óbito em cartório, o representante da Central de Assistência fará todos os procedimentos acompanhado de um membro da família designado pelo solicitante, ou do próprio.

8.2.3. O solicitante deverá apresentar ao representante da Central de Assistência os documentos necessários para registro do óbito em cartório.

8.2.4. A documentação referente ao óbito será entregue ao membro da família designado pelo solicitante, ou ao próprio, que será devidamente informado das providências tomadas.

9. Serviços

9.1. Limite financeiro R\$ 5 mil – individual ou familiar ampliado

9.1.1. Sepultamento

9.1.1.1. A assistência providenciará o sepultamento do corpo do segurado em cemitério municipal ou em jazigo particular da família, desde que estes estejam localizados na cidade do domicílio.

9.1.1.2. Caso a família não possua jazigo próprio, a assistência se responsabilizará pela locação de sepultura pelo prazo máximo de até 03 (três) anos, conforme legislação e disponibilidade local.

9.1.1.3. No trâmite de locação do jazigo o cemitério disponibilizará um documento informando a data de término da locação. Sendo do interesse dos familiares acompanhar a exumação dos restos mortais, eles devem realizar o contato com o cemitério, que passará todas as informações necessárias. Após a data de término da locação do jazigo, a assistência não se responsabilizará pelo corpo que ocupava o jazigo, ficando este sob responsabilidade do cemitério.

9.1.1.4. No caso de escolha de cemitério particular, cujas taxas sejam superiores à municipal, o solicitante se responsabilizará por arcar com o valor monetário correspondente à diferença. Será

utilizada como referência para prestação do serviço a taxa municipal da cidade de sepultamento (caso existente) ou o valor da taxa municipal cobrada na capital do estado no qual ocorrerá o sepultamento.

9.1.1.5. Caso na capital do estado também não haja infraestrutura municipal para referência de valores, a Central de Assistência utilizará, como parâmetro de equiparação, o valor médio da taxa municipal de locação de jazigo cobrada nas capitais que compõem a região (Norte, Nordeste, Centro Oeste, Sudeste e Sul) na qual o município de sepultamento está localizado.

9.1.1.6. Importante: não é de responsabilidade da assistência funeral arcar com despesas referentes ao traslado do corpo quando o sepultamento ocorrer fora do município de domicílio do segurado.

9.1.1.7. A assistência funeral será responsável pelo pagamento das taxas referentes a:

a) Sepultamento;

b) Locação do jazigo;

c) Exumação com as seguintes condições: - caso a família possua jazigo próprio com todas as gavetas existentes ocupadas ou caso seja exigido o pagamento da taxa de exumação antecipada pelo cemitério. Nos casos em que houver a locação do jazigo por parte da assistência funeral, esta não se responsabilizará pelo pagamento da taxa de exumação após o período de vencimento.

9.1.1.8. Importante: a utilização do serviço de sepultamento anula a utilização do serviço de cremação e vice-versa.

9.1.2. Cremação

9.1.2.1. Caso o solicitante opte pela cremação, desde que disponível no município do domicílio, a Central de Assistência providenciará o serviço conforme condições estabelecidas na legislação e normas vigentes.

9.1.2.2. O serviço será realizado desde que se cumpram as orientações abaixo descritas:

a) A opção de cremação exige o Atestado de Óbito firmado por 02 (dois) médicos;

b) Em caso de morte violenta é necessária a seguinte documentação:

I: atestado firmado por médico legista;

II: autorização judicial;

III: laudo do Instituto Médico Legal;

IV: Boletim de Ocorrência;

V: declaração da autoridade policial não se opondo à cremação.

c) A autorização de cremação só pode ser dada pelo parente mais próximo, não podendo ser, portanto, por parentes de 2º grau.

9.1.2.3. O procedimento será realizado somente se o serviço de cremação estiver disponível no município do domicílio do segurado.

9.1.2.4. A assistência funeral será responsável pelo pagamento da taxa referente à cremação em crematórios municipais. Em caso de escolha de crematório particular, cujas taxas sejam superiores à municipal, o solicitante se responsabilizará por arcar com o valor monetário correspondente à diferença. Será utilizada como referência para prestação do serviço a taxa municipal local (caso existente) ou o valor da taxa municipal para cremação cobrada na capital do estado no qual ocorrerá.

9.1.2.5. Caso na capital do estado também não haja infraestrutura municipal para referência de valores, a Central de Assistência utilizará como parâmetro de equiparação o valor médio da taxa municipal de cremação cobrada nas capitais que compõem a região (Norte, Nordeste, Centro Oeste, Sudeste e Sul) na qual o município de sepultamento está localizado.

9.1.2.6. Importante: a utilização do serviço de sepultamento anula a utilização do serviço de cremação e vice-versa.

9.1.3. Urna mortuária

9.1.3.1. A urna mortuária terá padrão semiluxo e será disponibilizada conforme as seguintes especificações:

Modelo(s): sextavada; oitavada ou dextavada, com visor simples;

Material: madeira moldurada;

Acabamento interno: forro e travesseiro em tecido acetinado matelassê, babado em tecido branco rendado e sobre babado;

Acabamento externo: verniz de alto brilho, com visor inteiro ou 3/4, com alça varão ou argola, nos padrões Bíblia, cruz ou simples.

Importante: na impossibilidade do fornecimento desse modelo, será fornecida urna de padrão similar. Caso o solicitante opte pela troca da urna, ele arcará integralmente com o valor cobrado pela funerária.

9.1.4. Ornamentação da urna

9.1.4.1. Ornamentação completa da urna.

9.1.5. Locação de sala para velório

9.1.5.1. A Central de Assistência se responsabilizará pela despesa referente à locação de sala para velório em cemitério municipal no qual ocorrerá o sepultamento. Caso nessa localidade não haja infraestrutura municipal, ou o solicitante opte por cemitério particular, será considerada como referência para a prestação do serviço a taxa municipal local (caso existente) ou o valor da taxa de locação da sala para velório municipal cobrada na capital do estado no qual ocorrerá o sepultamento.

9.1.5.2. Nos casos em que o valor da taxa de locação em cemitério particular seja superior à taxa municipal local ou da capital do estado utilizada para referência, ficará o solicitante responsável por arcar com o valor monetário correspondente à diferença.

9.1.5.3. Caso na capital do estado também não haja infraestrutura municipal para referência de valores, a Central de Assistência utilizará como parâmetro de equiparação o valor médio da taxa municipal para locação de sala para realização do velório cobrada nas capitais que compõem a região (Norte, Nordeste, Centro Oeste, Sudeste e Sul) na qual o município de sepultamento está localizado.

9.1.6. Livro de presença

9.1.6.1. Será colocado à disposição da família o livro de presença para que a família possa agradecer o comparecimento dos amigos e familiares.

9.1.7. Coroa de flores

9.1.7.1. A assistência colocará à disposição do(s) familiar(es) 02 (duas) coroas de flores simples.

9.1.8. Jogo de paramentos

9.1.8.1. Fornecimento de jogo de paramentos completo padrão simples, que incluem: castiçais, velas, suporte para urna e imagens ou insígnias de acordo com a religião da família, mediante disponibilidade local.

9.1.9. Manta mortuária e véu

9.1.9.1. Fornecimento de manta mortuária e véu.

9.1.10. Carro fúnebre

9.1.11. Locomoção exclusivamente no município do sepultamento;

9.1.12. Distância Máxima a Percorrer: 200 km (quilômetros)

9.1.13. Preparação do corpo

9.1.13.1. Será providenciada a preparação do corpo que inclui os serviços de:

- Higienização (preparação simples): limpeza, formolização e tamponamento;
- Tanatopraxia; e
- Embalsamamento.

9.1.13.2. Importante: o serviço de embalsamamento estará disponível em caso de traslado aéreo, longas distâncias terrestres, ou quando o sepultamento for superior a 36 (trinta e seis) horas após o óbito.

9.1.14. Traslado de corpo

9.1.14.1. Em caso de falecimento do segurado em cidade diferente do seu domicílio, a Central de Assistência se encarregará das formalidades para a liberação do corpo ou das cinzas, bem como o traslado do corpo até o município do domicílio dentro do território nacional no qual ocorrerá a inumação/cremação.

9.1.14.2. Sempre que for necessário o solicitante deverá comparecer ou apresentar documentos necessários para essas providências.

9.1.14.3. O meio de transporte a ser utilizado para o traslado do corpo será de livre escolha da assistência funeral, podendo ser aéreo ou terrestre, a ser definido conforme critério da assistência funeral, dependendo da distância do traslado e logística de deslocamento do local.

9.1.14.4. Os serviços de traslado do corpo serão prestados a partir do momento em que o corpo do segurado se encontrar liberado pelas autoridades competentes, inclusive policiais, e que não exista nenhum obstáculo físico, material, policial, judicial, normativo ou qualquer outro que impeça o traslado do corpo, conforme legislação e normas aplicáveis.

9.1.15. Passagem para membro da família

9.1.15.1. Caso a família opte por realizar sepultamento no local do óbito e não sendo este o município do domicílio do segurado, a Central de Assistência providenciará uma passagem aérea (classe econômica) ou rodoviária para 1 (um) membro da família acompanhar o sepultamento.

9.1.16. Sepultamento de partes do corpo

9.1.16.1. Em decorrência de acidente, não intencional e inesperado, ou amputação por causa médica, a Central de Assistência adotará as medidas necessárias para organização do sepultamento do membro do segurado em jazigo da família, em cemitério municipal, na cidade indicada pelo solicitante.

a) Para efeito de cobertura, a cidade de sepultamento deverá ser a mesma da retirada do membro a ser sepultado.

b) Caso a família não possua um jazigo, a assistência responsabiliza-se pela locação de sepultura pelo prazo de 3 (três) anos.

c) Em caso de escolha de cemitério particular, cujas taxas sejam superiores à modalidade de assistência a sepultamento de membros contratada, o solicitante responsabiliza-se pelo valor correspondente à diferença.

d) Nenhuma modalidade de assistência a sepultamento de membros inclui despesas de exumação dos corpos que estejam no jazigo na ocasião do sepultamento.

9.2. Limite financeiro R\$ 25 mil – individual ou familiar ampliada

9.2.1. Sepultamento

9.2.1.1. A assistência providenciará o sepultamento do corpo do segurado e/ou dependente em jazigo da família ou em cemitério municipal, na cidade indicada pelo solicitante.

9.2.1.2. Caso a família não possua jazigo próprio, a assistência se responsabilizará pela locação de sepultura pelo prazo máximo de até 03 (três) anos, conforme legislação e disponibilidade local.

9.2.1.3. No trâmite de locação do jazigo o cemitério disponibilizará um documento informando a data de término da locação. Sendo do interesse dos familiares acompanhar a exumação dos restos mortais, eles devem realizar o contato com o cemitério, que passará todas as informações necessárias. Após a data de término da locação do jazigo, a assistência não se responsabilizará pelo corpo que ocupava o jazigo, ficando este sob responsabilidade do cemitério.

9.2.1.4. No caso de escolha de cemitério particular, cujas taxas sejam superiores à municipal, o solicitante se responsabilizará por arcar com o valor monetário correspondente à diferença. Será utilizada como referência para prestação do serviço a taxa municipal da cidade de sepultamento (caso existente) ou o valor da taxa municipal cobrada na capital do estado no qual ocorrerá o sepultamento.

9.2.1.5. Caso na capital do estado também não haja infraestrutura municipal para referência de valores, a Central de Assistência utilizará, como parâmetro de equiparação, o valor médio da taxa municipal de locação de jazigo cobrada nas capitais que compõem a região (Norte, Nordeste, Centro Oeste, Sudeste e Sul) na qual o município de sepultamento está localizado.

9.2.1.6. Importante: não é de responsabilidade da assistência funeral arcar com despesas referentes ao traslado do corpo quando o sepultamento ocorrer fora do município de domicílio do segurado.

9.2.1.7. A assistência funeral será responsável pelo pagamento das taxas referentes a:

- a) Sepultamento;
- b) Locação do jazigo;

c) Exumação com as seguintes condições: - caso a família possua jazigo próprio com todas as gavetas existentes ocupadas ou caso seja exigido o pagamento da taxa de exumação antecipada pelo cemitério. Nos casos em que houver a locação do jazigo por parte da assistência funeral, esta não se responsabilizará pelo pagamento da taxa de exumação após o período de vencimento.

9.2.1.8. Importante: a utilização do serviço de sepultamento anula a utilização do serviço de cremação e vice-versa.

9.2.2. Taxa de sepultamento

9.2.2.2.1. A assistência funeral irá providenciar e custear a taxa de sepultamento.

9.2.2.2.2. Os valores a serem pagos a título de taxa de sepultamento será o valor designado pelo município, ou pela concessão municipal onde ocorrerá o sepultamento ou cremação do cliente.

9.2.2.2.3. A documentação correspondente ao pagamento da taxa será entregue ao membro da família designado pelo solicitante, ou o próprio, que será devidamente informado das providências tomadas.

9.2.3. Cremação

9.2.3.2. Caso o solicitante opte pela cremação, a Central de Assistência providenciará o serviço na cidade indicada, conforme condições estabelecidas na legislação e normas vigentes.

9.2.3.3. O serviço será realizado desde que se cumpram as orientações abaixo descritas:

a) A opção de cremação exige o Atestado de Óbito firmado por 02 (dois) médicos;

b) Em caso de morte violenta, é necessária a seguinte documentação:

I: atestado firmado por médico legista;

II: autorização judicial;

III: laudo do Instituto Médico Legal;

IV: Boletim de Ocorrência;

V: declaração da autoridade policial não se opondo à cremação.

c) A autorização de cremação só pode ser dada pelo parente mais próximo, não podendo ser, portanto, por parentes de 2º grau.

9.2.3.4. O procedimento será realizado somente se o serviço de cremação estiver disponível no município solicitado.

9.2.3.5. A assistência funeral será responsável pelo pagamento da taxa referente à cremação em crematórios municipais.

9.2.3.6. Em caso de escolha de crematório particular, cujas taxas sejam superiores à municipal, o solicitante se responsabilizará por arcar com o valor monetário correspondente à diferença.

9.2.3.7. Importante: a utilização do serviço de sepultamento anula a utilização do serviço de cremação e vice-versa.

9.2.3.8. Taxa de exumação

Caso a família não possua jazigo próprio, a assistência responsabiliza-se pela locação de sepultura pelo prazo padrão estabelecido pelo cemitério em questão.

No trâmite de locação do jazigo o cemitério disponibilizará um documento informando a data de término da locação e sendo do interesse dos familiares acompanhar a exumação dos restos mortais, o mesmo deve realizar o contato junto ao cemitério, que passará todas informações necessárias.

Após a data de término da locação do jazigo a Central de Assistência não se responsabilizará pelo corpo que ocupava o mesmo, ficando sob responsabilidade do cemitério.

Não ocorrerá o pagamento da taxa de exumação uma vez que assistência funeral será responsável por todos os procedimentos para a locação do jazigo.

9.2.3.9. Jazigo próprio

Caso a família já tenha jazigo próprio a Central de Assistência responsabiliza-se pela taxa de exumação, desde que todas as gavetas existentes no jazigo já estejam ocupadas.

Em caso de escolha de cemitério particular, cujas taxas sejam superiores à modalidade de assistência funeral contratada, o solicitante responsabiliza-se pelo valor correspondente à diferença.

9.2.4. Urna mortuária

A urna mortuária terá padrão superluxo e será disponibilizada conforme as seguintes especificações:

Modelo(s): oval ou quadrada, sextavada, oitavada ou dextavada, madeira moldurada com rodapé, visor inteiriço, Seis unidades basculantes ou alça varão, modelo maciço dourado.

Material: madeira moldurada;

Acabamento interno: forro em cetim drapeado, travesseiro e babado em tecido branco acetinado rendado e sobre babado em renda de luxo.

Acabamento externo: verniz de alto brilho, com Bíblia, lisa ou cruz.

Importante: na impossibilidade do fornecimento desse modelo, será fornecida urna de padrão similar. Caso o solicitante opte pela troca da urna, ele arcará integralmente com o valor cobrado pela funerária.

9.2.5. Ornamentação da urna

Ornamentação completa da urna com flores nobres.

9.2.6. Locação de sala para velório

A Central de Assistência se responsabilizará pela despesa referente à locação de sala para velório em cemitério municipal, particular ou local do cerimonial onde ocorrerá o velório.

As salas para velório serão exclusivas, sempre que possível, em locais dedicados a realização de velórios com a devida privacidade e conforto aos familiares.

9.2.7. Livro de presença

Será colocado à disposição da família o livro de presença para que a família possa agradecer o comparecimento dos amigos e familiares.

9.2.8. Coroa de flores

A assistência colocará à disposição do(s) familiar(es) 03 (três) coroas de flores simples.

9.2.9. Jogo de paramentos

Fornecimento de jogo de paramentos completo padrão simples, que incluem: castiçais, velas, suporte para urna e imagens ou insígnias de acordo com a religião da família, mediante disponibilidade local.

9.2.10. Manta mortuária e véu

Fornecimento de manta mortuária e véu.

9.2.11. Carro fúnebre

- Limusine ou carro categoria luxo;
- Locomoção exclusivamente no município do sepultamento;
- Distância Máxima a Percorrer: 200 km (quilômetros).

9.2.12. Preparação do corpo

Será providenciada a preparação do corpo que inclui os serviços de:

- Higienização (preparação simples): limpeza, formolização e tamponamento;
- Tanatopraxia; e
- Embalsamamento.

Importante: o serviço de Embalsamamento e Tanatopraxia (conforme item I destas condições gerais), só ficarão disponíveis em caso de traslado aéreo, longas distâncias terrestres, quando houver determinação legal do município, quando o sepultamento for superior a 24 (vinte e quatro) horas após o óbito ou quando o falecido tenha sido hospitalizado.

9.2.13. Traslado de corpo

9.2.13.1. Em caso de falecimento do segurado em cidade diferente do seu domicílio, a Central de Assistência se encarregará das formalidades para a liberação do corpo ou das cinzas, bem como o traslado do corpo até o município do domicílio dentro do território nacional no qual ocorrerá a inumação/cremação.

9.2.13.2. Sempre que for necessário o solicitante deverá comparecer ou apresentar documentos necessários para essas providências.

9.2.13.3. O meio de transporte a ser utilizado para o traslado do corpo será de livre escolha da assistência funeral, podendo ser aéreo ou terrestre, a ser definido conforme critério da assistência funeral, dependendo da distância do traslado e logística de deslocamento do local.

9.2.13.4. Os serviços de traslado do corpo serão prestados a partir do momento em que o corpo do segurado se encontrar liberado pelas autoridades competentes, inclusive policiais, e que não exista nenhum obstáculo físico, material, policial, judicial, normativo ou qualquer outro que impeça o traslado do corpo, conforme legislação e normas aplicáveis.

9.2.14. Passagem para membro da família

9.2.14.1. Caso a família opte por realizar sepultamento no local do óbito e não sendo este o município do domicílio do segurado, a Central de Assistência providenciará uma passagem aérea (classe econômica) ou rodoviária para 1 (um) membro da família acompanhar o sepultamento.

9.2.15. Sepultamento de partes do corpo

Em decorrência de acidente, não intencional e inesperado, ou amputação por recomendação médica, a Central de Assistência adotará as medidas necessárias para organização do sepultamento do membro do segurado em jazigo da família, em cemitério municipal, na cidade indicada pelo solicitante.

a) Para efeito de cobertura, a cidade de sepultamento deverá ser a mesma da retirada do membro a ser sepultado.

b) Caso a família não possua um jazigo, a assistência responsabiliza-se pela locação de sepultura pelo prazo de 3 (três) anos.

c) Em caso de escolha de cemitério particular, cujas taxas sejam superiores à modalidade de assistência a sepultamento de membros contratada, o solicitante responsabiliza-se pelo valor correspondente à diferença.

d) Nenhuma modalidade de assistência a sepultamento de membros inclui despesas de exumação dos corpos que estejam no jazigo na ocasião do sepultamento.

9.2.16. Placa com nome na lápide

A assistência providenciará uma placa com nome na lápide.

9.2.17. Caminho ou chuva de pétalas

O familiar poderá optar pelo caminho ou chuva de pétalas no momento do cerimonial ou velório.

Este serviço será disponibilizado de acordo com a estrutura do local do cerimonial.

9.2.18. Suítes privativas

Caso a família necessite descansar no local em que o corpo do falecido está sendo velado ou está ocorrendo o cerimonial, a assistência funeral VIP se responsabilizará pelas despesas referente ao uso de suítes privativas. Essas suítes podem ter ar-condicionado e acesso a internet e entrada exclusiva para familiares.

Este serviço está limitado a pai, mãe, cônjuge e filhos.

A disponibilidade do serviço, será prestado de acordo com a infraestrutura do local.

9.2.19. Urna funerária para cinzas em caso de cremação

Caso a cremação seja o serviço optado pelos familiares, será disponibilizada uma urna funerária para guardar as cinzas.

9.2.20. Necromaquiagem

Este serviço providenciará a aplicação de técnicas de estética e maquiagem para dar uma nova aparência à fisionomia.

O serviço de necromaquiagem será disponibilizado na cidade onde ocorrer o funeral, desde que a mesma tenha mais de 200.000 (duzentos mil) habitantes.

Para as cidades com população inferior a 200.000 (duzentos mil), a assistência funeral não garantirá a disponibilidade deste serviço, no entanto, o solicitante será instruído pela Central de Assistência como proceder.

9.2.21. Serviço de buffet

Este serviço organizará o serviço de buffet no local do velório ou cerimonial desde que solicitado com um mínimo de 6 horas antes do início do velório ou cerimonial.

O serviço de buffet se limita a disponibilização de uma mesa com canapés, lanches, café, chá, água, sucos e refrigerante, para atender em média até 100 pessoas.

9.2.22. Doce bem velado

Serão fornecidos alguns doces do tipo “bem velados”, que estarão inclusos no serviço de buffet.

9.2.23. Envio de acompanhante

Caso não haja ninguém da família na cidade de falecimento para acompanhar ou liberar o corpo, a assistência funeral fornecerá um meio de transporte mais apropriado e o reembolso da despesa de 1 (uma) diária de até R\$ 300,00 (trezentos reais) para que um representante da família possa acompanhar as tratativas.

O meio de transporte a ser utilizado será de livre escolha da assistência, podendo ser aéreo (classe econômica) ou terrestre (carro, ônibus ou trem), a ser definido conforme menor horário de chegada ao local, restando certo que passagem aérea, só será considerada se o cliente se encontrar a mais de 300 km (trezentos quilômetros) do endereço de partida do familiar designado a acompanhar o corpo, ou o trajeto por via rodoviária seja superior a 5 (cinco) horas.

A assistência funeral não se responsabiliza por eventuais atrasos ou cancelamento do transporte.

Qualquer valor ou tipo de despesa que exceda o limite estipulado, será de responsabilidade do solicitante.

9.2.24. Comunicado no jornal

Mediante solicitação, este serviço providenciará um anúncio em obituário de jornal.

A Central de Assistência dará prioridade a anúncio gratuito em jornal regional.

Não havendo a disponibilidade de anúncio gratuito em jornal regional, a assistência providenciará um anúncio pago, em jornal a ser definido por critérios da própria Central de Assistência, limitado a R\$ 2.000 (dois mil reais).

As especificações e o texto do anúncio serão definidos pela Central de Assistência e de acordo com a disponibilidade do jornal selecionado.

9.2.25. Cerimonialista

Mediante solicitação, serão coletados dados do falecido para identificar qual tipo de cerimonial será realizado.

Este serviço, tem o intuito de homenagear o falecido e confortar os familiares.

A família pode optar por escolher uma pessoa próxima do convívio do falecido (colega de trabalho, algum familiar, sacerdote) para fazer um pronunciamento em homenagem no momento da chegada do corpo no local do velório.

Se a infraestrutura do local permitir, a assistência funeral, disponibilizará uma pessoa para organizar o cerimonial e a família poderá fazer projeções com fotos dos melhores momentos do falecido e escolher algumas músicas em homenagem ao falecido no momento de fechamento da urna funerária.

9.2.26. Músico

De acordo com a estrutura do local de velório ou cerimonial, serão disponibilizados músicos durante a cerimônia de despedida.

Serviços disponibilizados de acordo com a estrutura do local do cerimonial.

A disponibilidade dos músicos será limitada a no máximo 2 horas.

9.2.27. Transporte para acompanhamento de familiares

A assistência funeral providenciará o transporte, ida e volta, para até 3 (três) familiares, em perímetro urbano ou interurbano limitado a 100 km, até o local de sepultamento. Os familiares serão transportados no mesmo veículo e com o mesmo ponto de partida e chegada.

Serviço disponível de acordo com a região.

9.2.28. Gestor da vida digital

Mediante solicitação, este serviço garantirá a correta desmobilização dos dados em caso de falecimento, dando segurança e transparência a família.

O serviço permite que o segurado defina um beneficiário para receber suas informações em caso de falecimento ou incapacidade, bem como auxílio e instruções para ações a serem tomadas com relação aos dados em redes sociais, aplicativos de conversa, backup físico ou na nuvem, contas de e-mail.

O cliente pode criar uma lista de contas importantes como contas bancárias e de e-mail, para garantir que tudo esteja organizado e disponível para o beneficiário escolhido. O serviço também oferece a opção de criar uma carta de despedida, deixando uma mensagem para seus entes queridos após a sua morte.

Ao usar esse serviço, o cliente pode ter certeza de que suas informações digitais importantes estão seguras e serão transmitidas para o beneficiário escolhido de maneira segura e confiável. Com isso é possível ter tranquilidade, sabendo que suas informações serão gerenciadas de maneira responsável mesmo após a sua morte.

Além de contar com um canal exclusivo para esclarecer dúvidas e obter orientações sobre o tratamento dos dados no caso de falecimento do segurado.

Para utilização desse serviço, o cliente deverá acessar o browser: <https://europ.carteiradigital.online> e solicitar o token de acesso.

9.3. Limite financeiro R\$ 55 mil – individual ou familiar ampliada

9.2.1. Sepultamento

9.2.1.1. A assistência providenciará o sepultamento do corpo do segurado e/ou dependente em jazigo da família ou em cemitério municipal, na cidade indicada pelo solicitante.

9.2.1.2. Caso a família não possua jazigo próprio, a assistência se responsabilizará pela locação de sepultura pelo prazo máximo de até 03 (três) anos, conforme legislação e disponibilidade local.

9.2.1.3. No trâmite de locação do jazigo o cemitério disponibilizará um documento informando a data de término da locação. Sendo do interesse dos familiares acompanhar a exumação dos restos mortais, eles devem realizar o contato com o cemitério, que passará todas as informações necessárias. Após a data de término da locação do jazigo, a assistência não se responsabilizará pelo corpo que ocupava o jazigo, ficando este sob responsabilidade do cemitério.

9.2.1.4. No caso de escolha de cemitério particular, cujas taxas sejam superiores à municipal, o solicitante se responsabilizará por arcar com o valor monetário correspondente à diferença. Será utilizada como referência para prestação do serviço a taxa municipal da cidade de sepultamento

(caso existente) ou o valor da taxa municipal cobrada na capital do estado no qual ocorrerá o sepultamento.

9.2.1.5. Caso na capital do estado também não haja infraestrutura municipal para referência de valores, a Central de Assistência utilizará, como parâmetro de equiparação, o valor médio da taxa municipal de locação de jazigo cobrada nas capitais que compõem a região (Norte, Nordeste, Centro Oeste, Sudeste e Sul) na qual o município de sepultamento está localizado.

9.2.1.6. Importante: não é de responsabilidade da assistência funeral arcar com despesas referentes ao traslado do corpo quando o sepultamento ocorrer fora do município de domicílio do segurado.

9.2.1.7. A assistência funeral será responsável pelo pagamento das taxas referentes a:

a) Sepultamento;

b) Locação do jazigo;

c) Exumação com as seguintes condições: - caso a família possua jazigo próprio com todas as gavetas existentes ocupadas ou caso seja exigido o pagamento da taxa de exumação antecipada pelo cemitério. Nos casos em que houver a locação do jazigo por parte da assistência funeral, esta não se responsabilizará pelo pagamento da taxa de exumação após o período de vencimento.

9.2.1.8. Importante: a utilização do serviço de sepultamento anula a utilização do serviço de cremação e vice-versa.

9.2.2. Taxa de sepultamento

9.2.2.1. A assistência funeral irá providenciar e custear a taxa de sepultamento.

9.2.2.2. Os valores a serem pagos a título de taxa de sepultamento será o valor designado pelo município, ou pela concessão municipal onde ocorrerá o sepultamento ou cremação do cliente.

9.2.2.3. A documentação correspondente ao pagamento da taxa será entregue ao membro da família designado pelo solicitante, ou o próprio, que será devidamente informado das providências tomadas.

9.2.3. Cremação

9.2.3.1. Caso o solicitante opte pela cremação, a Central de Assistência providenciará o serviço na cidade indicada, conforme condições estabelecidas na legislação e normas vigentes.

9.2.3.2. O serviço será realizado desde que se cumpram as orientações abaixo descritas:

a) A opção de cremação exige o Atestado de Óbito firmado por 02 (dois) médicos;

b) Em caso de morte violenta é necessária a seguinte documentação:

I: atestado firmado por médico legista;

II: autorização judicial;

III: laudo do Instituto Médico Legal;

IV: Boletim de Ocorrência;

V: declaração da autoridade policial não se opondo à cremação.

c) A autorização de cremação só pode ser dada pelo parente mais próximo, não podendo ser, portanto, por parentes de 2º grau.

9.2.3.3. O procedimento será realizado somente se o serviço de cremação estiver disponível no município solicitado.

9.2.3.4. A assistência funeral será responsável pelo pagamento da taxa referente à cremação em crematórios municipais.

9.2.3.5. Em caso de escolha de crematório particular, cujas taxas sejam superiores à municipal, o solicitante se responsabilizará por arcar com o valor monetário correspondente à diferença.

9.2.3.6. Importante: a utilização do serviço de sepultamento anula a utilização do serviço de cremação e vice-versa.

9.2.3.7. Taxa de exumação

Caso a família não possua jazigo próprio, a assistência responsabiliza-se pela locação de sepultura pelo prazo padrão estabelecido pelo cemitério em questão.

No trâmite de locação do jazigo o cemitério disponibilizará um documento informando a data de término da locação e sendo do interesse dos familiares acompanhar a exumação dos restos mortais, o mesmo deve realizar o contato junto ao cemitério, que passará todas informações necessárias.

Após a data de término da locação do jazigo a Central de Assistência não se responsabilizará pelo corpo que ocupava o mesmo, ficando sob responsabilidade do cemitério.

Não ocorrerá o pagamento da taxa de exumação uma vez que assistência funeral será responsável por todos os procedimentos para a locação do jazigo.

9.2.3.8. Jazigo próprio

Caso a família já tenha jazigo próprio a Central de Assistência responsabiliza-se pela taxa de exumação, desde que todas as gavetas existentes no jazigo já estejam ocupadas.

Em caso de escolha de cemitério particular, cujas taxas sejam superiores à modalidade de assistência funeral contratada, o solicitante responsabiliza-se pelo valor correspondente à diferença.

9.2.4. Urna mortuária

9.2.4.1. A urna mortuária terá padrão superluxo e será disponibilizada conforme as seguintes especificações:

Modelo(s): oval ou quadrada, sextavada, oitavada ou dextavada, madeira moldurada com rodapé, visor inteiriço, Seis unidades basculantes ou alça varão, modelo maciço dourado.

Material: madeira moldurada;

Acabamento interno: forro em cetim drapeado, travesseiro e babado em tecido branco acetinado rendado e sobre babado em renda de luxo.

Acabamento externo: verniz de alto brilho, com Bíblia, lisa ou cruz.

Importante: na impossibilidade do fornecimento desse modelo, será fornecida urna de padrão similar. Caso o solicitante opte pela troca da urna, ele arcará integralmente com o valor cobrado pela funerária.

9.2.5. Ornamentação da urna

Ornamentação completa da urna com flores nobres.

9.2.6. Locação de sala para velório

A Central de Assistência se responsabilizará pela despesa referente à locação de sala para velório em cemitério municipal, particular ou local do cerimonial onde ocorrerá o velório.

As salas para velório serão exclusivas, sempre que possível, em locais dedicados a realização de velórios com a devida privacidade e conforto aos familiares.

9.2.7. Livro de presença

Será colocado à disposição da família o livro de presença para que a família possa agradecer o comparecimento dos amigos e familiares.

9.2.8. Coroa de flores

A assistência colocará à disposição do(s) familiar(es) 03 (três) coroas de flores simples.

9.2.9. Jogo de paramentos

Fornecimento de jogo de paramentos completo padrão simples, que incluem: castiçais, velas, suporte para urna e imagens ou insígnias de acordo com a religião da família, mediante disponibilidade local.

9.2.10. Manta mortuária e véu

Fornecimento de manta mortuária e véu.

9.2.11. Carro fúnebre

- Limusine ou carro categoria luxo;
- Locomoção exclusivamente no município do sepultamento;
- Distância máxima a percorrer: 200 km (quilômetros).

9.2.12. Preparação do corpo

Será providenciada a preparação do corpo que inclui os serviços de:

- Higienização (preparação simples): limpeza, formolização e tamponamento;
- Tanatopraxia; e
- Embalsamamento.

Importante: o serviço de Embalsamamento e Tanatopraxia (conforme item I destas condições gerais), só ficarão disponíveis em caso de traslado aéreo, longas distâncias terrestres, quando houver

determinação legal do município, quando o sepultamento for superior a 24 (vinte e quatro) horas após o óbito ou quando o falecido tenha sido hospitalizado.

9.2.13. Traslado de corpo

Em caso de falecimento do segurado em cidade diferente do seu domicílio, a Central de Assistência se encarregará das formalidades para a liberação do corpo ou das cinzas, bem como o traslado do corpo até o município do domicílio dentro do território nacional no qual ocorrerá a inumação/cremação.

Sempre que for necessário o solicitante deverá comparecer ou apresentar documentos necessários para essas providências.

O meio de transporte a ser utilizado para o traslado do corpo será de livre escolha da assistência funeral, podendo ser aéreo ou terrestre, a ser definido conforme critério da assistência funeral, dependendo da distância do traslado e logística de deslocamento do local.

Os serviços de traslado do corpo serão prestados a partir do momento em que o corpo do segurado se encontrar liberado pelas autoridades competentes, inclusive policiais, e que não exista nenhum obstáculo físico, material, policial, judicial, normativo ou qualquer outro que impeça o traslado do corpo, conforme legislação e normas aplicáveis.

9.2.14. Passagem para membro da família

Caso a família opte por realizar sepultamento no local do óbito e não sendo este o município do domicílio do segurado, a Central de Assistência providenciará uma passagem aérea (classe econômica) ou rodoviária para 1 (um) membro da família acompanhar o sepultamento.

9.2.15. Sepultamento de partes do corpo

Em decorrência de acidente, não intencional e inesperado, ou amputação por recomendação médica, a Central de Assistência adotará as medidas necessárias para organização do sepultamento do membro do segurado em jazigo da família, em cemitério municipal, na cidade indicada pelo solicitante.

a) Para efeito de cobertura, a cidade de sepultamento deverá ser a mesma da retirada do membro a ser sepultado.

b) Caso a família não possua um jazigo, a assistência responsabiliza-se pela locação de sepultura pelo prazo de 3 (três) anos.

c) Em caso de escolha de cemitério particular, cujas taxas sejam superiores à modalidade de assistência a sepultamento de membros contratada, o solicitante responsabiliza-se pelo valor correspondente à diferença.

d) Nenhuma modalidade de assistência a sepultamento de membros inclui despesas de exumação dos corpos que estejam no jazigo na ocasião do sepultamento.

9.2.16. Placa com nome na lápide

A assistência providenciará uma placa com nome na lápide.

9.2.17. Caminho ou chuva de pétalas

O familiar poderá optar pelo caminho ou chuva de pétalas no momento do cerimonial ou velório.

Este serviço será disponibilizado de acordo com a estrutura do local do cerimonial.

9.2.18. Suítes privativas

Caso a família necessite descansar no local em que o corpo do falecido está sendo velado ou está ocorrendo o cerimonial, a assistência funeral VIP se responsabilizará pelas despesas referente ao uso de suítes privativas. Essas suítes podem ter ar-condicionado e acesso a internet e entrada exclusiva para familiares.

Este serviço está limitado a pai, mãe, cônjuge e filhos.

A disponibilidade do serviço, será prestado de acordo com a infraestrutura do local.

9.2.19. Urna funerária para cinzas em caso de cremação

Caso a cremação seja o serviço optado pelos familiares, será disponibilizada uma urna funerária para guardar as cinzas.

9.2.20. Necromaquiagem

Este serviço providenciará a aplicação de técnicas de estética e maquiagem para dar uma nova aparência à fisionomia.

O serviço de necromaquiagem será disponibilizado na cidade onde ocorrer o funeral, desde que a mesma tenha mais de 200.000 (duzentos mil) habitantes.

Para as cidades com população inferior a 200.000 (duzentos mil), a assistência funeral não garantirá a disponibilidade deste serviço, no entanto, o solicitante será instruído pela Central de Assistência como proceder.

9.2.21. Serviço de buffet

Este serviço organizará o serviço de buffet no local do velório ou cerimonial desde que solicitado com um mínimo de 6 horas antes do início do velório ou cerimonial.

O serviço de buffet se limita a disponibilização de uma mesa com canapés, lanches, café, chá, água, sucos e refrigerante, para atender em média até 100 pessoas.

9.2.22. Doce bem velado

Serão fornecidos alguns doces do tipo “bem velados”, que estarão inclusos no serviço de buffet

9.2.23. Envio de acompanhante

Caso não haja ninguém da família na cidade de falecimento para acompanhar ou liberar o corpo, a assistência funeral fornecerá um meio de transporte mais apropriado e o reembolso da despesa de 1 (uma) diária de até R\$ 300,00 (trezentos reais) para que um representante da família possa acompanhar as tratativas.

O meio de transporte a ser utilizado será de livre escolha da assistência, podendo ser aéreo (classe econômica) ou terrestre (carro, ônibus ou trem), a ser definido conforme menor horário de chegada ao local, restando certo que passagem aérea, só será considerada se o cliente se encontrar a mais de 300 km (trezentos quilômetros) do endereço de partida do familiar designado a acompanhar o corpo, ou o trajeto por via rodoviária seja superior a 5 (cinco) horas.

A assistência funeral não se responsabiliza por eventuais atrasos ou cancelamento do transporte.

Qualquer valor ou tipo de despesa que exceda o limite estipulado, será de responsabilidade do solicitante.

9.2.24. Comunicado no jornal

Mediante solicitação, este serviço providenciará um anúncio em obituário de jornal.

A Central de Assistência dará prioridade a anúncio gratuito em jornal regional.

Não havendo a disponibilidade de anúncio gratuito em jornal regional, a assistência providenciará um anúncio pago, em jornal a ser definido por critérios da própria Central de Assistência, limitado a R\$ 2.000 (dois mil reais).

As especificações e o texto do anúncio serão definidos pela Central de Assistência e de acordo com a disponibilidade do jornal selecionado.

9.2.25. Cerimonialista

Mediante solicitação, serão coletados dados do falecido para identificar qual tipo de cerimonial será realizado.

Este serviço, tem o intuito de homenagear o falecido e confortar os familiares.

A família pode optar por escolher uma pessoa próxima do convívio do falecido (colega de trabalho, algum familiar, sacerdote) para fazer um pronunciamento em homenagem no momento da chegada do corpo no local do velório.

Se a infraestrutura do local permitir, a assistência funeral, disponibilizará uma pessoa para organizar o cerimonial e a família poderá fazer projeções com fotos dos melhores momentos do falecido e escolher algumas músicas em homenagem ao falecido no momento de fechamento da urna funerária.

9.2.26. Músico

De acordo com a estrutura do local de velório ou cerimonial, serão disponibilizados músicos durante a cerimônia de despedida.

Serviços disponibilizados de acordo com a estrutura do local do cerimonial.

A disponibilidade dos músicos será limitada a no máximo 2 horas.

9.2.27. Transporte para acompanhamento de familiares

A assistência funeral providenciará o transporte, ida e volta, para até 3 (três) familiares, em perímetro urbano ou interurbano limitado a 100 km, até o local de sepultamento. Os familiares serão transportados no mesmo veículo e com o mesmo ponto de partida e chegada.

Serviço disponível de acordo com a região.

9.2.28. Gestor da vida digital

Mediante solicitação, este serviço garantirá a correta desmobilização dos dados em caso de falecimento, dando segurança e transparência a família.

O serviço permite que o segurado defina um beneficiário para receber suas informações em caso de falecimento ou incapacidade, bem como auxílio e instruções para ações a serem tomadas com relação aos dados em redes sociais, aplicativos de conversa, backup físico ou na nuvem, contas de e-mail.

O cliente pode criar uma lista de contas importantes como contas bancárias e de e-mail, para garantir que tudo esteja organizado e disponível para o beneficiário escolhido. O serviço também oferece a opção de criar uma carta de despedida, deixando uma mensagem para seus entes queridos após a sua morte.

Ao usar esse serviço, o cliente pode ter certeza de que suas informações digitais importantes estão seguras e serão transmitidas para o beneficiário escolhido de maneira segura e confiável. Com isso é possível ter tranquilidade, sabendo que suas informações serão gerenciadas de maneira responsável mesmo após a sua morte.

Além de contar com um canal exclusivo para esclarecer dúvidas e obter orientações sobre o tratamento dos dados no caso de falecimento do segurado.

Para utilização desse serviço, o cliente deverá acessar o browser: <https://europ.carteiradigital.online> e solicitar o token de acesso.

9.2.29. Aquisição de jazigo

Caso a família não possua jazigo próprio a assistência funeral providenciará a aquisição de jazigo em cemitério particular limitado a R\$ 30.000 (trinta mil reais).

As taxas de manutenção, sejam mensais, anuais ou quaisquer outras posteriores ao enterro são de responsabilidade da família ou do proprietário/concessionária. Caso o solicitante opte por cremação ao invés da aquisição do jazigo, poderá optar por obter o diamante de cinzas, limitado ao valor de R\$ 30.000 (trinta mil reais).

9.2.30. Diamante de cinzas

Caso o cliente ou dependente seja cremado ou seus familiares optem pela não aquisição de jazigo, a assistência funeral disponibilizará ao familiar a possibilidade de confecção de um diamante de cinzas

limitado a 0,3 quilates ou no máximo 4,2mm.

A confecção do diamante será efetuada após a entrega das cinzas do cliente pela família para a assistência funeral.

Para a confecção do diamante será necessário em média 300 gramas de cinzas.

O prazo médio entre a recepção das cinzas e a entrega do diamante é de 120 dias.

O diamante será entregue lapidado no formato brilhante/redondo, juntamente com um certificado de autenticidade e garantia de qualidade do produto.

O valor máximo para a produção de diamante de cinzas é limitado a R\$ 30.000 (trinta mil reais).

Importante: a utilização desse item anula a aquisição de jazigo e vice-versa.

Exclusões

Estão excluídos do escopo da assistência funeral individual:

a) assistência a todo e qualquer evento resultante, direta ou indiretamente, de atos ilícitos praticados pelo segurado/solicitante;

b) A assistência funeral não será prestada em localidades onde a legislação ou normas não permitirem que a assistência funeral intervenha;

c) Desaparecimento do segurado em acidente ou qualquer outra situação, qualquer que seja a sua natureza ou, ainda, ausência do segurado/dependentes situações em que a assistência funeral não realizará buscas, provas, nem cuidará de formalidades legais e burocráticas, ou qualquer outro serviço;

d) Quando da exumação, a assistência funeral não assumirá qualquer responsabilidade referente ao destino dos ossos, dado o término do prazo de locação de jazigo;

e) Fornecimento de vestimentas/roupas em geral;

f) Missa de 7º dia;

g) Xerox da documentação;

h) Refeições e bebidas em geral. Caso o segurado tenha contratado o plano que oferece o

serviço de buffet, não estarão cobertos refeições e bebidas que não estejam mencionadas no serviço de buffet.

i) Confecção de gaveta em túmulo de terceiro;

j) Lápides e/ou gravações;

k) Reforma em geral no jazigo;

l) Fornecimento de vestimentas/roupas em geral;

m) Exumação do corpo após o vencimento do período de locação do jazigo;

n) Despesas com taxas de capela, sepultamento ou cremação superiores às praticadas pelo município caso o segurado tenha contratado a assistência individual ou familiar ampliada com limite financeiro de R\$ 5 mil (cinco mil reais);

o) Despesas de qualquer natureza que não estejam relacionadas diretamente com o funeral, sem autorização prévia da central de atendimento;

p) Quaisquer reembolsos de despesas providenciadas diretamente pela família e não autorizadas pela central de atendimento;

q) Despesas decorrentes de compra, confecção, manutenção e/ou recuperação de jazigos;

r) Aquisição de sepultura, jazigo, terreno, cova, carneiro (gaveta nos cemitérios onde se enterram os cadáveres), etc.;

s) Serviços que não sejam solicitados direta e comprovadamente pelo solicitante.

Esta parte não integra as condições gerais do seguro

Assistência cesta básica

1. Objetivo

A assistência cesta básica tem por objetivo fornecer um vale cartão cesta básica, de acordo com o limite contratado, quando da ocorrência do falecimento, por qualquer que seja a causa, do titular do seguro.

2. Beneficiários do serviço

Beneficiários indicados pelo titular do seguro.

3. Prestação do serviço

3.1. A assistência cesta básica será realizada pela empresa Europ Assistance Brasil Serviços de Assistência S/A, CNPJ 01.020.029/0001-06, especializada em assistência, que colocará sua central de atendimento à disposição 24 (vinte e quatro) horas por dia, durante todo o ano, acionável através do telefone de Discagem Direta Gratuita (DDG).

3.2. A assistência cesta básica será sempre acionada por meio do telefone de Discagem Direta Gratuita (DDG) 0800 701 2704 para ligações no Brasil (a ligação poderá ser feita a cobrar), a qualquer momento, 24 (vinte e quatro) horas por dia.

3.3. Importante: para execução do serviço, é imprescindível que a empresa prestadora de serviço seja contatada.

4. Limites de utilização e acionamento

4.1. Até no máximo 6 (seis) meses de cobertura e 1 (um) acionamento a cada ano de vigência, não sendo cumulativa.

4.2. O cartão vale cesta básica será fornecido de acordo com o valor contratado pelo segurado no momento da adesão, podendo ser:

- **Vale cesta básica 6X de R\$ 200,00 (duzentos reais);**
- **Vale cesta básica 6X de R\$ 300,00 (trezentos reais).**

4.3. Independentemente do plano de assistência cesta básica contratado, a cesta básica estará disponível unicamente através de cartão de benefício vale cesta básica, com a utilização sujeita à disponibilidade da rede de estabelecimentos de venda credenciada, que poderá ser consultada através da Central de Assistência;

4.5. Após a solicitação do cartão vale cesta básica, a Central de Assistência informará ao solicitante os prazos e procedimentos para entrega e ativação do benefício;

4.6. Importante: em caso de perda, roubo ou inutilização do cartão vale cesta básica, o solicitante deverá entrar em contato com a Central de Assistência, imediatamente, para receber orientações sobre como proceder, restando certo que quaisquer custos decorrentes da emissão da 2ª via do cartão serão de responsabilidade exclusiva do solicitante. Caso o solicitante se negue a arcar com os custos de remissão e reenvio do cartão, a assistência ficará suspensa.

4.7. A assistência cesta básica não se responsabiliza por eventuais atrasos, inviabilidade ou impossibilidade na prestação dos serviços, por motivo de caso fortuito ou de força maior. Ficam definidos, desde já, como casos fortuitos e de força maior, nos termos do Código Civil, os eventos que causem embaraços, impeçam a execução dos serviços da assistência cesta básica ou coloquem em risco a segurança do solicitante ou de terceiros.

5. Âmbito geográfico

5.1. Os serviços serão prestados em todo território brasileiro.

6. Exclusões

6.1. Estão excluídos do escopo do serviço de assistência cesta básica:

a) Execução de qualquer serviço que não esteja relacionado ao escopo das assistências previstas nestas condições gerais;

b) Entrega do cartão de benefício vale cesta básica em qualquer outra localidade que não seja o endereço indicado do domicílio do solicitante quando do envio do cadastro pela Contratante;

c) Despesas de qualquer natureza que extrapolem àquelas definidas nestas condições gerais;

d) Serviços que não sejam solicitados direta e comprovadamente pelo solicitante, cumprindo os requisitos mínimos exigidos por estas condições gerais;

e) Procedimentos que caracterizam má-fé ou fraude do segurado na utilização dos serviços da assistência vale cesta básica, ou por qualquer meio, bem como se ele procurar obter benefícios ilícitos dos serviços;

f) Qualquer reclamação, quanto à qualidade dos serviços prestados pela operadora do vale cesta básica, deverá ser encaminhada e resolvida diretamente pelo solicitante com a referida operadora, ficando a assistência cesta básica isenta de qualquer responsabilidade nesse sentido, a qualquer tempo e a qualquer título.

Esta parte não integra as condições gerais do seguro

Assistência residencial básica

1. Objetivo

A assistência residencial básica tem por objetivo atender ao segurado em situações de emergência envolvendo a residência, respeitando-se as condições, limites e exclusões a seguir descritos.

2. Beneficiário do serviço

O titular do seguro.

3. Prestação do serviço

3.1. A assistência residencial básica será realizada pela empresa Europ Assistance Brasil Serviços de Assistência S/A, CNPJ 01.020.029/0001-06, especializada em assistência, que colocará sua central de atendimento à disposição 24 (vinte e quatro) horas por dia, durante todo o ano, acionável através do telefone de Discagem Direta Gratuita (DDG).

3.2. A assistência residencial básica será sempre acionada por meio do telefone de Discagem Direta Gratuita (DDG) 0800 701 2704 para ligações no Brasil (a ligação poderá ser feita a cobrar), a qualquer momento, 24 (vinte e quatro) horas por dia.

3.3. Importante: para execução do serviço, é imprescindível que a empresa prestadora de serviço seja contatada.

4. Objetos e definições dos eventos cobertos

4.1. Eventos emergenciais: são os eventos considerados imprevisíveis, fortuitos que acarretem a necessidade de atendimento instantâneo à residência, para evitar o agravamento dos danos ou minorar suas consequências nas situações abaixo:

4.2. Problemas hidráulicos: vazamento em tubulações externas (tubulações de 1 a 4 polegadas), torneiras, sifões, chuveiros, válvulas de descarga ou registros e desentupimento de ramais internos em pias, vasos sanitários ou tanques, excluídos entupimentos provenientes da caixa de inspeção de gordura e esgoto da residência;

4.3. Problemas elétricos: tomadas queimadas, interruptores defeituosos, disjuntores e fusíveis danificados, chaves faca, troca de resistências de chuveiros (não blindados) e resistências de torneiras elétricas (não blindadas) decorrentes de problemas funcionais que possam vir a acarretar curto-circuito ou interrupção de energia na residência;

4.4. Quebra de vidros: vidros de portas e janelas externas que permitem o acesso ao domicílio, do tipo: cancelado, liso, martelado e de até três milímetros de espessura. A assistência residencial não terá responsabilidade sobre a localização de vidros temperados, jateados, especiais ou que estejam fora de linha de fabricação;

4.5. Chaveiro para acesso ao domicílio: quebra da chave na fechadura, perda, roubo ou furto da(s) chave(s) de porta(s) de acesso ao domicílio;

4.6. Eventos externos envolvendo a residência serão aqueles considerados súbitos e fortuitos, involuntários que provoquem danos materiais na residência ou resultem em ferimentos nos seus ocupantes, decorrentes das seguintes situações:

4.7. Explosão - Ação súbita e violenta da pressão ou depressão de gás ou vapor;

4.8. Incêndio acidental ou provocado por terceiros - Combustão acidental, com desenvolvimento de chamas, estranha a uma fonte de fogo, ainda que nesta possa ter origem, podendo se propagar pelos seus próprios meios;

4.9. Ciclones e toda a ação direta dos ventos fortes atingindo direta ou indiretamente a residência do segurado;

4.10. Danos elétricos - Avarias na rede elétrica interna da residência devido às variações anormais de tensão, curto-circuito, calor causado acidentalmente por eletricidade ou descargas elétricas;

4.11. Queda de raios - Descarga elétrica na atmosfera acompanhada de trovão e relâmpago no terreno onde está localizado o domicílio;

4.12. Furto qualificado ou roubo, consumados ou frustrados, praticados por arrombamento, escalamento, chaves falsas ou com violência ou ameaças graves às pessoas que se encontrarem na residência, desde que registrados às autoridades por meio de Boletim de Ocorrência;

4.13. Queda de aeronaves - Choque ou queda de todo ou parte de aparelhos de navegação aérea e engenhos espaciais, incluindo objetos delas caídos ou alijados, bem como vibração ou abalo

resultantes de velocidades supersônicas;

4.14. Alagamento em decorrência de acidente interno acidental - Danos por água provenientes súbita e imprevistamente de rupturas ou entupimentos da rede interna de água;

4.15. Impacto de animais ou veículos terrestres, desde que não conduzidos pelo usuário, não se considerando os danos causados em veículos de terceiros;

4.16. Derrame súbito de óleo de qualquer instalação fixa ou móvel para aquecimento ou refrigeração do ambiente, excetuando os danos sofridos pela própria instalação;

4.17. Quebra de vidros, incluindo espelhos desde que devidamente instalados e com espessura superior a 4 mm (quatro milímetros) e superfície superior a meio metro quadrado, assim como de pedras mármore, desde que instaladas em suporte adequado;

4.18. Quebra ou queda de antenas exteriores de TV e TSF e respectivos mastros e espias, salvo em operações de montagem ou reparação;

4.19. Quebra ou queda de painéis para captação de energia solar destinados à utilização do segurado salvo em operações de montagem ou reparação.

5. Serviços disponíveis

Serviço de chaveiro para acesso ao domicílio por eventos externos ou emergenciais

5.1. Se, em consequência de eventos externos (roubo ou furto qualificado) ou emergenciais (perda, quebra de chaves na fechadura e roubo ou furto de chaves), a residência ficar vulnerável ou o segurado ficar impedido de acessar a residência (porta(s) de entrada ou saída do domicílio), a assistência residencial providenciará o envio de um profissional e arcará com os custos de mão de obra para o reparo provisório ou, se possível, o reparo definitivo de portas ou fechaduras ou serviço de abertura e cópia de chave simples.

5.2. Não está prevista para o serviço de chaveiro a troca de segredos de portas, fechaduras tetra ou eletrônica ou confecção de novas chaves.

5.3. A assistência residencial não se responsabiliza por qualquer despesa com material, sendo tal despesa de responsabilidade exclusiva do segurado, que deverá efetuar o pagamento direto aos prestadores ou fornecedores.

5.4. O serviço de chaveiro para acesso ao domicílio em razão de eventos externos ou emergenciais permite um acionamento a cada ano de vigência, sem acumulação para o próximo ano. Cada acionamento prevê um limite de até R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) para cobrir os custos de mão de obra e peças básicas.

5.5. Para esses serviços, o horário de funcionamento é:

- **De Atendimento: 24 (vinte e quatro) horas;**
- **De Prestação de Serviço: 24 (vinte e quatro) horas.**

6. Eletricista para eventos externos ou emergenciais

6.1. Se, em consequência de queda de raio e danos elétricos ou falhas ou avarias nas instalações elétricas da residência, que provoquem a falta de energia no domicílio ou em alguma de suas dependências ocasionada por raio ou sobrecarga de energia ou, por consequência de situação emergencial relacionada com problemas elétricos, a assistência residencial básica providenciará o envio de um profissional e arcará com os custos de mão de obra para conter a situação, desde que possível tecnicamente executar o reparo definitivo para restabelecimento da energia elétrica.

6.2. O serviço de eletricista em razão de eventos externos ou emergenciais permite até 2 (dois) acionamentos a cada ano de vigência, não sendo cumulativo. Cada acionamento considera o atendimento de um único item, com um limite de até R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) para cobrir os custos de mão de obra e peças básicas.

6.3. Para estes serviços, o horário de funcionamento é:

- **De Atendimento: 24 (vinte e quatro) horas;**
- **De Prestação de Serviço: 24 (vinte e quatro) horas.**

7. Serviço de vidraceiro

7.1. Se, em consequência de situação emergencial, de quebra de vidros por acidente ou quebra dos vidros das portas ou janelas externas da residência, a assistência residencial básica se encarregará do envio de um prestador para conter a situação ou, quando possível, executar os serviços definitivos. A assistência arcará com o custo de mão de obra e o material básico de reposição necessário: canelado, liso ou martelado, até 3,0 mm (três milímetros) de espessura, conforme limites mencionados a seguir.

7.2. A escolha do material básico a ser utilizado fica a critério da assistência residencial, cuja premissa é a resolução do problema em caráter emergencial, visando ao não agravamento da situação, portanto, a assistência residencial não se responsabiliza pela substituição de materiais idênticos aos existentes ou pela manutenção de questões estéticas da residência. Caso não seja possível a realização do serviço de vidraceiro nos termos acima mencionados, a assistência residencial providenciará a colocação de tapume. Nesse caso, o serviço será encerrado e o prestador não voltará para a troca do vidro.

7.3. O serviço de vidraceiro permite até 2 (dois) acionamentos a cada ano de vigência, não sendo cumulativo. Cada acionamento considera o atendimento de um único item, com um limite de até R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) para cobrir os custos de mão de obra e peças básicas.

7.4. Para esses serviços, o horário de funcionamento é:

- **De Atendimento: 24 (vinte e quatro) horas;**
- **De Prestação de Serviço: de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h (exceto feriados).**

8. Encanador por eventos externos ou emergenciais

8.1. Se, em consequência de eventos externos, em que a residência estiver alagada ou em risco de alagamento ou, em situação emergencial relacionada com problemas hidráulicos, a assistência encanador por eventos externos ou emergenciais providenciará o envio de um profissional e arcará com os custos de mão de obra para conter provisoriamente, desde que tecnicamente possível, a situação de alagamento ou emergencial.

8.2. O serviço será prestado exclusivamente em tubulação aparente, não estando coberta a execução de mão de obra em canos de ferro e/ou cobre.

8.3. O serviço de encanador permite até 2 (dois) acionamentos a cada ano de vigência, não sendo cumulativo. Cada acionamento considera o atendimento de um único item, com um limite de até R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) para cobrir os custos de mão de obra e peças básicas.

8.4. Para estes serviços, o horário de funcionamento é:

- **De Atendimento: 24 (vinte e quatro) horas;**
- **De Prestação de Serviço: segunda à sexta-feira das 8h às 18h (exceto feriados).**

9. Âmbito geográfico

Os serviços serão prestados exclusivamente no Brasil.

10. Exclusões

10.1. Estão excluídos do escopo do serviço de assistência residencial básica:

a) A assistência residencial não garante as despesas decorrentes de prejuízos por perdas e danos em consequência de/ou para os quais tenham contribuído:

b) Imóveis, todas ou em parte, utilizadas para fins comerciais, seja por segurado, seja por terceiros;

c) Atos de hostilidade ou de guerra, rebelião, insurreição, revolução, confisco, nacionalização, destruição ou requisição decorrentes de qualquer ato de autoridade, de fato ou de direito, civil ou militar e, em geral, todo e qualquer ato ou consequência dessas ocorrências. A assistência não responderá, ainda, por prejuízos direta ou indiretamente relacionados com ou para os quais, próxima ou remotamente, tenham contribuído tumultos, motins, arruaças, greves, lockout, atos de vandalismo, saques e quaisquer outras perturbações da ordem pública, inclusive os ocorridos durante ou após o evento;

d) Atos ilícitos decorrentes da ação ou omissão, seja por dolo ou culpa consciente, praticados pelo segurado ou pelo representante legal;

e) Confisco, requisição ou danos produzidos aos bens que guarnecem a residência do segurado por ordem do governo, de fato ou de direito, ou de qualquer autoridade constituída;

f) Despesas com peças de reposição ou para reparos, bem como gasto em hotéis e restaurantes, não previstos nos serviços;

g) Despesas de quaisquer naturezas superiores aos limites de responsabilidade da assistência residencial ou, ainda, serviços providenciados diretamente pelo segurado;

h) Eventos ou problemas ocorridos antes do início de vigência da assistência residencial ou que caracterizem falta de manutenção da residência;

i) Explosão, liberação de calor e irradiações provenientes de cisão de átomos ou radioatividade e ainda os decorrentes de radiações provocadas pela aceleração artificial de partículas;

j) Ocorrências decorrentes de atos de terrorismo e sabotagem, decretação de estado de calamidade pública, catástrofes naturais, catástrofes decorrentes de má ou falta de infraestrutura do município ou do estado onde se localiza a residência indicada pelo segurado;

k) Operações de busca, recuperação e salvamento de objetos, bens ou pessoas após a ocorrência do evento, bem como operações de rescaldo;

l) Perdas ou danos ocasionados por incêndio, explosão decorrente, direta ou indiretamente, de terremotos, erupção vulcânica, inundação ou qualquer outra convulsão da natureza;

m) Procedimentos que caracterizem má-fé ou fraude do segurado na utilização dos serviços da assistência residencial ou por qualquer meio, e também se o segurado procurar obter benefícios ilícitos do serviço da assistência residencial;

n) Eventos garantidos e suas consequências, decorrentes de alagamento provocado por chuvas, transbordamento de rios, córregos, lagos ou qualquer outro evento natural.

Esta parte não integra as condições gerais do seguro

Assistência proteção pessoal

1. Objetivo

A assistência proteção pessoal tem por objetivo dar orientações e organizar serviços que auxiliem o segurado, respeitando-se as condições, limites e exclusões dos serviços a seguir descritos.

2. Beneficiário do serviço

O titular do seguro.

3. Prestação do serviço

3.1. A assistência proteção pessoal será realizada pela empresa Europ Assistance Brasil Serviços de Assistência S/A, CNPJ 01.020.029/0001-06, especializada em assistência, que colocará sua central de atendimento à disposição 24 (vinte e quatro) horas por dia, durante todo o ano, acionável através do telefone de Discagem Direta Gratuita (DDG).

3.2. A assistência proteção pessoal será sempre acionada por meio do telefone de Discagem Direta Gratuita (DDG) 0800 701 2704 para ligações no Brasil (a ligação poderá ser feita a cobrar), a qualquer momento, 24 (vinte e quatro) horas por dia.

3.3. Importante: para execução do serviço, é imprescindível que a empresa prestadora de serviço seja contatada.

3.4. Para a viabilidade e garantia de prestação dos serviços da assistência, será necessário que o segurado apresente/envie o Boletim de Ocorrência ou Termo Circunstanciado do evento ocorrido para comprovar a necessidade do uso da assistência proteção pessoal – verificar obrigatoriedade indicada em cada serviço descrito.

3.5. Caso ocorram quaisquer intercorrências, imprevistos e/ou novos fatos, que afetem ou possam afetar a prestação de assistência, acionada, o segurado deverá entrar em contato com a Central de Assistência para as providências cabíveis.

3.6. Os custos de execução do serviço que excederem os limites ou que não estejam abrangidos no objeto destas condições gerais serão de responsabilidade exclusiva do segurado, incluindo, mas não se limitando, a quaisquer serviços, que não o serviço descrito nestas condições gerais, contratados pelo segurado diretamente com o prestador.

4. Serviços disponíveis

4.1. Transmissão de mensagens urgentes

4.1.1. Em caso de solicitação do segurado, a assistência proteção pessoal transmitirá mensagens urgentes, desde que relacionadas ao serviço, a uma ou mais pessoas indicadas pelo segurado, por telefone ou e-mail, conforme dados a serem fornecidos por ele;

4.1.2. Assistência proteção pessoal envidará os melhores esforços para transmitir com sucesso as mensagens urgentes, não se responsabilizando, entretanto, caso essas mensagens não sejam efetivamente entregues, em razão de fatos externos ao seu controle.

4.1.3. Para a prestação desse serviço, será necessária a apresentação/envio, em até 48 (quarenta e oito) horas após a ocorrência do evento, do Boletim de Ocorrência que ateste tal evento.

4.1.4. Para esse serviço, a disponibilidade da central de atendimento é de 24 (vinte e quatro) horas.

4.1.5. O serviço de assistência proteção pessoal é ilimitado com relação à quantidade de acionamento.

4.2. Despachante

4.2.1. Em consequência de roubo ou furto dos documentos pessoais do segurado, a assistência proteção pessoal o auxiliará com a indicação de serviços de um despachante profissional, para expedição de 2ª (segunda) via de Carteira de Identidade, Carteira Nacional de Habilitação e Certificado de Registro e Licenciamento de Veículo, obedecendo aos critérios e leis vigentes para sua obtenção, mediante comprovação documentada. Os honorários do despachante e os gastos com taxas decorrentes da emissão da 2ª (segunda) via desses documentos correrão por conta do segurado.

4.2.2. A 2ª (segunda) via do Certificado de Registro e Licenciamento de Veículo do segurado será disponibilizada, caso o documento tenha sido roubado/furtado nas duas situações abaixo:

a) Após recuperação do veículo roubado/furtado;

b) Arrombamento do veículo.

4.2.3. Para a prestação desse serviço, será necessária a apresentação/envio, em até 48 (quarenta e oito) horas após a ocorrência do evento, do Boletim de Ocorrência que ateste tal evento.

4.2.4. Os gastos com taxas e encargos provenientes das solicitações de 2ª (segunda) via de documentos serão de responsabilidade do segurado.

4.2.5. A prestação desses serviços serão de acordo e respeitando as regras e leis estaduais.

4.2.6. O serviço de despachante permite um acionamento a cada ano de vigência, sem acumulação para o próximo ano. Cada acionamento prevê um limite para prestação do serviço de até R\$ 100,00 (cem reais).

4.3. Transporte/remoção inter-hospitalar

4.3.1. Na hipótese de o evento previsto nas condições gerais ocorrer com o segurado e for necessária a sua internação em hospital, mas esse hospital não tiver condições de atendê-lo, segundo critérios exclusivamente médicos e de acordo com a natureza e gravidade dos ferimentos ou enfermidade, a assistência proteção pessoal se responsabilizará por sua transferência para o centro-médico mais próximo do hospital onde ele esteja sendo atendido e que tenha condições técnicas e estruturais de atendimento.

4.3.2. O meio de transporte que levará o segurado até o local adequado será definido pela equipe médica responsável da assistência.

4.3.3. Essa transferência será feita mediante apresentação de pedido do médico que atende o segurado no local do evento.

4.3.4. Os custos com os hospitais/clínicas/profissionais de saúde/procedimentos serão de responsabilidade do segurado.

4.3.5. A cobertura/limite de quilometragem para a prestação desse serviço será de 100 km (cem quilômetros), considerando o local de onde o segurado sairá e para onde ele será removido.

4.3.6. A garantia do serviço compreende uma única transferência para outro centro médico hospitalar. Caso, após a transferência, verifique-se que o centro médico-hospitalar para o qual o segurado foi transferido também não tenha condições de atendê-lo, qualquer outra remoção deverá ser providenciada por conta e risco do segurado, não tendo a assistência proteção pessoal qualquer responsabilidade por qualquer transferência ou remoção adicional.

4.3.7. Para a prestação desse serviço, será necessária a apresentação/envio, em até 48 (quarenta e oito) horas após a ocorrência do evento, do Boletim de Ocorrência que ateste tal evento.

4.3.8. O serviço de transporte/remoção inter-hospitalar permite um acionamento a cada ano de vigência, sem acumulação para o próximo ano. Cada acionamento prevê um limite para prestação do serviço de até R\$ 500,00 (quinhentos reais).

4.3.9. Meios de transporte elegíveis: ambulância, carro, avião comercial.

4.4. Serviço de enfermagem

4.4.1. Em consequência de o evento previsto nas condições gerais ocorrer com o segurado e for necessário o serviço de enfermagem, a assistência proteção pessoal indicará esse serviço, cujo custo ficará por conta do segurado.

4.4.2. O serviço de enfermagem é ilimitado com relação à quantidade de acionamentos.

4.5. Envio de táxi 24 horas

4.5.1. Em caso de o evento previsto nas condições gerais ocorrer com o segurado e for necessário seu transporte até um local seguro, a assistência proteção pessoal organizará o envio de táxi ao local determinado pelo segurado (em território nacional).

4.5.2. Para a prestação desse serviço, será necessária a apresentação/envio, em até 48 horas (quarenta e oito horas) após a ocorrência do evento, do Boletim de Ocorrência que ateste tal evento.

4.5.3. O serviço de envio de Táxi 24 Horas permite até 1 (um) acionamento a cada ano de vigência, sem acumulação para o próximo ano. Serão permitidos, no máximo, 4 (quatro) passageiros por veículo, ou capacidade máxima do veículo, o que for menor.

4.6 Registro de CNVR (Auxílio ao Cadastro de Veículos Roubados)

4.6.1. Em caso de roubo ou furto do veículo, mediante comprovação documentada e sendo este de propriedade do segurado, a assistência proteção pessoal indicará e auxiliará o segurado, quando este solicitar, a preencher cadastros nacionais de veículos roubados, oferecidos gratuitamente pela internet, por empresas privadas.

4.6.2. O serviço de registro de CNVR permite até 1 (um) acionamento a cada ano de vigência, sem acumulação para o próximo ano.

4.7. Serviço de organização para aluguel de muletas, cadeiras de rodas e camas hospitalares

4.7.1. No caso de evento previsto nas condições gerais ocorrer com o segurado e for necessária a locação de equipamentos de mobilidade ou de repouso, a assistência proteção pessoal providenciará o aluguel de muletas, cadeiras de rodas e camas hospitalares.

4.7.2. Os custos com a locação dos equipamentos serão de responsabilidade exclusiva do segurado.

4.7.3. O serviço de organização para aluguel de muletas, cadeiras de roda e camas hospitalares permite até 1 (um) acionamento a cada ano de vigência, sem acumulação para o próximo ano.

5. Âmbito geográfico

Os serviços da assistência proteção pessoal serão prestados exclusivamente no Brasil.

6. Exclusões

6.1. Estão excluídos do escopo do serviço de assistência proteção pessoal:

- a) Execução de qualquer serviço que não esteja relacionado ao escopo das assistências previstas nestas condições gerais;**
- b) Despesas de qualquer natureza que extrapolem àquelas definidas nestas condições gerais, sejam de responsabilidade da assistência proteção pessoal, ou ainda serviços contratados diretamente pelo segurado, sem prévia autorização da Central de Assistência;**
- c) Eventos ou problemas ocorridos antes do início de vigência da assistência proteção pessoal;**
- d) Reembolsos de despesas de serviços contratados pelo segurado sem prévia autorização da Central de Assistência;**
- e) Tratamento de doenças ou lesões produzidas como consequência de doença crônica ou diagnosticadas anteriormente à solicitação de atendimento;**
- f) assistência por doenças ou estados patológicos produzidos por consumo induzido de álcool, drogas, veneno, produtos tóxicos, narcóticos ou medicamentos proibidos e/ou adquiridos sem recomendação médica.**

Esta parte não integra as condições gerais do seguro

Assistência motorista amigo

1. Objetivo

Se o segurado não se sentir em condições de retornar à residência, seja por motivos físicos, emocionais, seja por segurança que possam colocar sua vida e de outras pessoas em risco, a assistência motorista amigo fornecerá um serviço de transporte para conduzir o segurado e seus ocupantes (limitado a 04 pessoas), de volta para à residência do condutor:

a) Esse serviço será realizado com o envio de um de táxi ou de um veículo particular de empresas de aplicativo de transporte parceiras da Central de Assistência;

b) A definição do meio de transporte ficará a critério da assistência motorista amigo.

2. Beneficiário do serviço

O titular do seguro.

3. Prestação do serviço

3.1. A assistência motorista amigo será realizada pela empresa Europ Assistance Brasil Serviços de Assistência S/A, CNPJ 01.020.029/0001-06, especializada em assistência, que colocará sua central de atendimento à disposição 24 (vinte e quatro) horas por dia, durante todo o ano, acionável através do telefone de Discagem Direta Gratuita (DDG).

3.2. A assistência motorista amigo será sempre acionada por meio do telefone de Discagem Direta Gratuita (DDG) 0800 701 2704 para ligações no Brasil (a ligação poderá ser feita a cobrar), a qualquer momento, 24 (vinte e quatro) horas por dia.

3.3. Importante: para execução do serviço, é imprescindível que a empresa prestadora de serviços seja contatada.

4. Limite de utilização e acionamento

4.1. A assistência motorista amigo permite até 2 (dois) acionamentos a cada ano de vigência, sem acumulação para o próximo ano e limitada a 50 km (cinquenta quilômetros) em território nacional.

5. Âmbito geográfico

O serviço de assistência motorista amigo será prestado exclusivamente no Brasil.

6. Exclusões

6.1. Estão excluídos do escopo do serviço de assistência motorista amigo:

- a) Local de origem caracterizada como residência do condutor;**
- b) Execução de qualquer serviço que não esteja relacionado ao escopo das assistências previstas nestas condições gerais;**
- c) Prestação de serviços não decorrentes das instruções e solicitações da assistência motorista amigo ou que tenham sido solicitados direta ou indiretamente pelo segurado como antecipação, extensão ou realização deles.**
- d) Fenômeno da natureza de caráter extraordinário, tais como: inundações, terremotos, erupções vulcânicas, furacões, maremotos e queda de meteoritos.**
- e) Explosão, liberação de calor e irradiações provenientes de cisão de átomos ou radioatividade e ainda os decorrentes de radiações provocadas pela aceleração artificial de partículas;**
- f) Ocorrências em situações de guerra, comoções sociais, atos de terrorismo e sabotagem, greves, decretação de estado de calamidade pública, detenção por parte de autoridade em decorrência de delito que não seja um acidente, salvo se o segurado provar que a ocorrência não tem relação os referidos eventos.**
- g) Atos ou atividades das forças armadas ou forças de segurança em tempos de guerra.**

Esta parte não integra as condições gerais do seguro

Assistência Segunda Opinião Médica Internacional

1. Objetivo

O serviço de Segunda Opinião Médica Internacional tem por objetivo obter parecer e/ou laudo - a pedido do médico assistente do segurado, baseado nos dados constantes do diagnóstico, prognóstico ou respectivo tratamento - sobre o diagnóstico, a conduta ou o prognóstico relativos a um caso clínico específico.

2. Beneficiário do serviço

O titular do seguro.

3. Prestação do serviço

3.1. A assistência Segunda Opinião Médica Internacional será realizada pela empresa Europ Assistance Brasil Serviços de Assistência S/A, CNPJ 01.020.029/0001-06, especializada em assistência, que colocará sua central de atendimento à disposição 24 (vinte e quatro) horas por dia, durante todo o ano, acionável através do telefone de Discagem Direta Gratuita (DDG).

3.2. A assistência Segunda Opinião Médica Internacional será sempre acionada por meio do telefone de Discagem Direta Gratuita (DDG) 0800 701 2704 para ligações no Brasil (a ligação poderá ser feita a cobrar), a qualquer momento, 24 (vinte e quatro) horas por dia.

3.3. Importante: para execução do serviço, é imprescindível que a empresa prestadora de serviços seja contatada.

4. Patologias e situações sujeitas à Segunda Opinião Médica

4.1. Toda solicitação recebida pela Central de Assistência sofrerá prévia avaliação positiva dos médicos da estrutura da Central de Assistência, considerando as regras estipuladas neste contrato e, principalmente, os itens abaixo.

4.2. As especialidades cujas patologias e situações podem estar sujeitas à Segunda Opinião Médica Internacional estão relacionadas abaixo:

a) Doenças cardiovasculares;

b) Doenças neurológicas;

c) Câncer;

d) Cirurgia mutilante;

e) Transplantes;

f) Qualquer doença considerada grave pelo médico assistente do segurado, desde que ratificada pela equipe médica da Central de Assistência.

4.3. Para a assistência Segunda Opinião Médica Internacional, as situações deverão apresentar uma das seguintes características:

a) Em caso de dúvida do segurado sobre o diagnóstico ou tratamento indicado pelo seu médico assistente; em caso de o diagnóstico não ter conclusão médica ou diferentes resultados e se, no caso de cirurgia indicada ser de alto risco, houver alternativa de tratamento opcional.

b) Dificuldade na determinação do tratamento adequado, seja pela impossibilidade de se estabelecer um consenso entre especialistas renomados, seja pela inexistência de uma proposta terapêutica satisfatória.

4.4. Para qualquer das hipóteses citadas, a definição da necessidade ou não da assistência Segunda Opinião Médica Internacional se dará unilateralmente pelos profissionais integrantes da equipe médica da Central de Assistência, sem que haja qualquer interferência do segurado ou do médico assistente.

4.5. Todas as especialidades e patologias a que o segurado fará jus para a assistência Segunda Opinião Médica Internacional, conforme descrito no item acima, deverão ser reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, sem exceção.

4.6. A assistência Segunda Opinião Médica Internacional somente poderá ser solicitada pelo profissional médico, devidamente habilitado, que estiver assistindo ao segurado (médico assistente).

4.7. A Central de Assistência, ao ser acionada, fornecerá todas as informações sobre os procedimentos necessários para a solicitação, o que inclui a remessa dos documentos relativos ao segurado e a seu caso específico, assim como documento de solicitação da assistência Segunda Opinião Médica Internacional devidamente preenchido e assinado pelo médico assistente.

4.8. Os custos para o envio dos documentos necessários à Central de Assistência correrão por conta do segurado, não se responsabilizando a Central de Assistência por qualquer despesa nesse sentido.

4.9. Os documentos a serem enviados para a assistência Segunda Opinião Médica Internacional serão definidos pelo médico assistente, de acordo com a patologia e dúvidas encaminhadas, podendo ser avaliados pela Central de Assistência ou por seus prestadores credenciados em termos de qualidade e/ou necessidade de informações adicionais para a prestação dessa assistência.

4.10. Os referidos documentos deverão ser enviados, via correio com aviso de recebimento (AR), aos cuidados de Europ Assistance Brasil, serviço de Segunda Opinião Médica, Avenida Juruá, nº 320 - Barueri, São Paulo – CEP 06455-933.

4.11. O médico assistente e o seu paciente (segurado elegível) deverão enviar, conforme procedimento apontado pela Central de Assistência, todos os dados clínicos referentes ao segurado, tais como histórico do caso/patologia, testes e exames laboratoriais, radiografias, eletrocardiogramas, entre outros.

4.12. Importante: todas as informações serão baseadas em protocolos médicos que determinarão os procedimentos a serem adotados em cada situação.

4.13. Mediante confirmação de recebimento de todos os documentos com a qualidade exigida, a Central de Assistência procederá com a digitalização de todo o material diagnóstico e a elaboração dos quesitos que serão submetidos aos médicos especialistas que deverão solicitar a Segunda Opinião Médica Internacional.

4.14. Todos os dados clínicos serão transmitidos, através de aparelhos de telemedicina ou via currier, aos centros médicos de referência.

4.15. De posse do dossiê do segurado, o prestador credenciado fará a avaliação clínica e diagnóstica através de seus especialistas.

4.16. Os médicos especialistas formularão o pedido de Segunda Opinião Médica Internacional, conforme informado no formulário de solicitação. O pedido será enviado, por escrito, à Central de Assistência para ser traduzido e encaminhado ao médico assistente no Brasil.

4.17. A Central de Assistência fará a tradução simples do pedido de assistência Segunda Opinião Médica Internacional às suas expensas.

4.18. As partes reconhecem que não haverá a necessidade de tradução juramentada do documento, exceto por motivo de lei que passe a exigir tal formalidade. Nesse caso, ambas as partes, em comum acordo, definirão de quem será a responsabilidade por essas despesas.

4.19. O serviço de assistência Segunda Opinião Médica Internacional está limitado a 1 (um) acionamento a cada ano de vigência, sem acumulação para o próximo ano.

5. Sigilo e ética médica

5.1. As partes declaram-se cientes de que a interferência de um segundo profissional na abordagem de um caso clínico envolve inúmeras implicações de ordem ética. Desse modo, tanto os dados do segurado, sujeito da prestação de serviços descrita neste instrumento, quanto a assistência Segunda Opinião Médica, somente poderão ser acessados pelos médicos envolvidos no caso.

5.2. De acordo com o descrito no presente instrumento, a assistência Segunda Opinião Médica não deverá ser confundida com a prática da teleconsulta, prática esta bastante condenável sob o prisma da ética médica. Conforme definido, a assistência Segunda Opinião Médica é considerada um procedimento ético e legal, resumindo-se na emissão de um parecer/laudo por um médico por solicitação de outro médico (médico assistente).

5.3. A equipe de prestadores credenciada é constituída por profissionais dentro de todas as especialidades médicas descritas no item “patologias e situações sujeitas à Segunda Opinião Médica”. Referidos profissionais, além de incontestável competência nas suas respectivas áreas de atuação, gozam de ilibado conceito quanto à sua conduta ética, qualidades essas avaliadas continuamente pela Central de Assistência.

5.4. O médico consultor emitirá o parecer/laudo baseado em dados que lhe são apresentados, desde que suficientes para a prestação dos serviços, o que será definido pela equipe da Central de Assistência. As partes declaram-se cientes de que os prestadores credenciados para a emissão da Segunda Opinião Médica poderão abster-se de se pronunciar e realizar o serviço ante a insuficiência dos dados fornecidos pelo médico assistente.

5.5. As partes declaram-se cientes de que a equipe de profissionais credenciada para a assistência poderá a qualquer tempo solicitar novas informações, podendo inclusive determinar que o segurado realize novos exames. Na hipótese de não recebimento de tais exames no prazo informado pela Central de Assistência, a solicitação de assistência Segunda Opinião Médica será automaticamente cancelada.

6. Prazo

6.1. Após a confirmação do recebimento e adequação do formulário de solicitação da assistência Segunda Opinião Médica Internacional e respectivos exames pela Central de Assistência, a documentação com a solicitação de Segunda Opinião Médica Internacional será traduzida e encaminhada ao médico assistente solicitante em até 30 (trinta) dias corridos.

6.2. As partes reconhecem que fatores imponderáveis podem atrasar o trânsito da informação, tais como: impedimento do profissional emissor da assistência Segunda Opinião Médica Internacional por motivo de força maior, pane nos sistemas eletrônicos, acidentes imprevistos, entre outros. Esses fatores, ocorrências inesperadas de ordem logística, não constituem regra, mas sim exceções. Nessas circunstâncias, a Central de Assistência prestará todas as informações sobre o andamento do processo ao segurado ou ao médico assistente, de acordo com a solicitação.

7. Âmbito geográfico

O serviço de assistência Segunda Opinião Médica Internacional será prestado exclusivamente no Brasil.

8. Exclusões

8.1. Estão excluídos do escopo do serviço de assistência Segunda Opinião Médica:

a) Prestações que não tenham sido previamente solicitadas por intermédio da Central de Assistência ou tenham sido executadas sem o seu acordo.

b) A Central de Assistência não se responsabilizará financeiramente ou pela qualidade de serviços, mesmo que fornecidos por prestadores credenciados, quando não forem seguidas as instruções, conforme previsto nestas condições gerais.

c) A Central de Assistência não se responsabilizará por qualquer dano decorrente de informações falsas, adulteradas ou que, por qualquer meio, possam induzir a erro a equipe responsável pela elaboração do laudo respectivo.

d) A Central de Assistência não efetuará qualquer reembolso de despesas referentes a qualquer dos serviços descritos neste instrumento em nome do segurado ou do contratante.

Esta parte não integra as condições gerais do seguro

Assistência check-up lar kids

1. Objetivo

A assistência check-up lar kids tem por objetivo a prevenção de acidentes domésticos envolvendo crianças.

2. Beneficiário do serviço

O titular do seguro.

3. Prestação do serviço

3.1. A assistência check-up lar kids será realizada pela empresa Europ Assistance Brasil Serviços de Assistência S/A, CNPJ 01.020.029/0001-06, especializada em assistência, que colocará sua central de atendimento à disposição 24 (vinte e quatro) horas por dia, durante todo o ano, acionável através do telefone de Discagem Direta Gratuita (DDG).

3.2. A assistência check-up lar kids será sempre acionada por meio do telefone de Discagem Direta Gratuita (DDG) 0800 701 2704 para ligações no Brasil (a ligação poderá ser feita a cobrar), a qualquer momento, 24 (vinte e quatro) horas por dia.

3.3. Importante: para execução do serviço, é imprescindível que a empresa prestadora de serviços seja contatada.

4. Serviços disponíveis

Limite para acionamento: a assistência check-up lar kids permite um acionamento a cada ano de vigência, sem acumulação para o próximo ano. O segurado poderá solicitar o atendimento de até 4 (quatro) serviços disponíveis, devendo fazê-lo em uma única solicitação, sem a possibilidade de acionamentos individuais posteriores. O limite de R\$ 300 (trezentos reais) cobrirá o custo da mão de obra dos serviços solicitados.

4.1. Reorganização de móveis

4.1.1. Se solicitado pelo segurado, a assistência check-up lar kids providenciará o envio de profissionais que auxiliarão no remanejamento de até 02 (dois) móveis no interior do imóvel, que possam oferecer riscos às crianças pela má disposição, desde que estes não necessitem de mão de obra especializada para locomoção.

4.1.2. O serviço em questão será realizado desde que não seja necessária a desmontagem dos móveis e possa ser realizado por uma única pessoa, sem o auxílio de equipamentos.

4.1.3. Este serviço está limitado a até 2 (dois) móveis.

4.2. Fixação de quadros, prateleiras, objetos de decoração para o quarto da criança

4.2.1. Se solicitado pelo segurado, a assistência check-up lar kids providenciará o envio de um profissional para fixar até 05 (cinco) quadros, prateleiras, objetos de decoração no(s) local(is) indicado(s) pelo segurado.

4.2.2. Os materiais básicos para execução dos serviços, como buchas e parafusos padrões e de tamanho convencional (mais utilizado) para fixação, serão fornecidos pelo profissional, salvo aqueles que necessitem ser específicos, como ganchos para redes, vasos e bicicletas, de padrões não convencionais, entre outros.

4.2.3. Para a prestação desse serviço, é necessário informar, no momento do agendamento da visita, a altura do pé direito do imóvel.

4.2.4. O serviço, na data agendada, somente será executado, caso o segurado já possua no imóvel todos os materiais e peças necessárias, visto que a assistência check-up lar kids se responsabiliza apenas pela mão de obra, desde que tecnicamente possível, após avaliação do profissional no local.

4.2.5. Este serviço está limitado a até 5 (cinco) unidades.

4.3. Isolamento elétrico de fiação exposta

4.3.1. Se solicitado pelo segurado, a assistência check-up lar kids providenciará o envio de um profissional para isolar os pontos elétricos (tomadas e interruptores) cuja fiação esteja exposta e possa oferecer risco de choque elétrico às crianças.

O serviço consiste no isolamento da fiação com fita isolante (sem restabelecimento elétrico) e troca ou instalação do espelho da tomada ou do interruptor.

4.3.2. As despesas com material (espelhos) são de responsabilidade exclusiva do segurado.

4.4. Instalação de protetor de tomadas

4.4.1. Se solicitado pelo segurado, a assistência instalação de protetor de tomadas providenciará o envio de um profissional para instalar até 10 (dez) protetores de tomadas a fim de reduzir possíveis riscos oferecidos às crianças.

4.4.2. Qualquer despesa com material excedente será de responsabilidade exclusiva do segurado.

4.4.3. Este serviço está limitado a até 10 (dez) unidades.

4.5 Instalação de protetores para cantos de mobílias

4.5.1. Se solicitado pelo segurado, a assistência instalação de protetores para cantos de mobílias providenciará o envio de um profissional para instalar até 10 (dez) protetores de canto de mobílias que apresentem algum risco às crianças.

4.5.2. Qualquer despesa com material excedente será de responsabilidade exclusiva do segurado.

4.5.3. Este serviço está limitado a até 10 (dez) unidades.

4.6. Instalação de fecho de segurança/bloqueio para gavetas

4.6.1. Se solicitado pelo segurado, a assistência check-up kids providenciará o envio de um profissional para instalar até 10 (dez) fechos de segurança ou bloqueio de gavetas com conteúdo que possam oferecer risco às crianças.

4.6.2. Qualquer despesa com material excedente será de responsabilidade exclusiva do segurado.

4.6.3. Este serviço está limitado a até 10 (dez) unidades.

4.7. Fixação de persianas, varão/trilho de cortinas e varal de teto para o quarto da criança

4.7.1. Se solicitado pelo segurado, a assistência check-up kids providenciará o envio de um profissional para fixar 01 (uma) persiana, varão/trilhos de cortinas e varal de teto no(s) local(is) indicado(s) pelo segurado.

4.7.2. Os materiais básicos para execução dos serviços como buchas e parafusos padrões e de tamanho convencional (mais utilizado) para fixação serão fornecidos pelo prestador, salvo aqueles que necessitem ser específicos, de padrões não convencionais, entre outros.

4.7.3. Para a prestação desse serviço, é necessário informar, no momento do agendamento da visita, a altura do pé direito do imóvel.

4.7.4. O serviço será executado na data agendada, caso o segurado já possua no imóvel todos os materiais e peças necessárias, visto que a assistência check-up lar kids se responsabiliza apenas pela mão de obra, desde que tecnicamente possível, após avaliação do profissional no local.

4.7.5. Este serviço está limitado a até 1 (uma) unidade.

4.8. Revisão de instalação elétrica

4.8.1. A assistência check-up lar kids providenciará o envio de um profissional para a verificação do imóvel quanto às condições de estrutura elétrica, a fim de alertar o segurado quanto a riscos de curto-circuito e incêndio no imóvel.

4.8.2. Após identificar as condições de estrutura elétrica, a assistência check-up lar kids não se responsabilizará pela execução dos reparos decorrentes dessa identificação, ficando sob responsabilidade do segurado a realização dos serviços indicados pelo relatório de vistoria e a concordância quanto ao orçamento apresentado.

4.8.3. Não está incluída neste item qualquer outra manutenção e/ou instalação de rede e cabeamento.

4.9. Serviço de instalação de fita antiderrapante para tapetes

4.9.1. Se solicitado pelo segurado, a assistência check-up lar kids providenciará o envio de um profissional para instalar até 10 (dez) metros de fita antiderrapante para ser fixada em tapetes, a fim de reduzir possíveis riscos oferecidos às crianças.

4.9.2. Qualquer despesa com material excedente será de responsabilidade exclusiva do segurado.

4.9.3. Este serviço está limitado a até 10 (dez) metros de fita antiderrapante para ser fixada em tapetes.

5. Âmbito geográfico

Os serviços da assistência check-up lar kids serão prestados exclusivamente no Brasil.

6. Exclusões

6.1. Estão excluídos do escopo do serviço de assistência check-up lar kids:

a) Despesas decorrentes de prejuízos por perdas e danos em consequência de/ou para os quais tenham contribuído:

b) Imóveis, todos ou em parte, utilizados para fins comerciais, seja pelo segurado, seja por terceiros;

c) Eventuais atrasos, inviabilidade ou impossibilidade na prestação do serviço ocasionados por motivo de caso fortuito ou de força maior. Ficam definidos, desde já, como casos fortuitos e de força maior, nos termos do Código Civil, os eventos que causem embaraços, impeçam a execução dos serviços da assistência check-up lar kids ou coloquem em risco a segurança do segurado, do prestador de serviços ou de terceiros;

d) Atos de hostilidade ou de guerra, rebelião, insurreição, revolução, confisco, nacionalização, destruição ou requisição decorrentes de qualquer ato de autoridade, de fato ou de direito, civil ou militar e, em geral, todo e qualquer ato ou consequência dessas ocorrências. A assistência também não responderá por prejuízos direta ou indiretamente relacionados com ou para os quais, próxima ou remotamente, tenham contribuído tumultos, motins, arruaças, greves, lockout, atos de vandalismo, saques e quaisquer outras perturbações da ordem pública, inclusive os ocorridos durante ou após o evento;

- e) Atos ilícitos decorrentes da ação ou omissão, seja por dolo ou culpa consciente, praticados pelo segurado ou pelo representante legal;**
- f) Confisco, requisição ou danos produzidos aos bens que guarnecem o imóvel do segurado por ordem do governo, de fato ou de direito, ou de qualquer autoridade constituída;**
- g) Despesas com peças de reposição;**
- h) Despesas de qualquer natureza superiores aos limites de responsabilidade da assistência check-up lar kids ou, ainda, serviços providenciados diretamente pelo segurado;**
- i) Eventos ou problemas ocorridos antes do início de vigência da assistência check-up lar kids ou que caracterizem falta de manutenção do imóvel;**
- j) Explosão, liberação de calor e irradiações provenientes de cisão de átomos ou radioatividade e ainda as decorrentes de radiações provocadas pela aceleração artificial de partículas;**
- k) Ocorrências decorrentes de atos de terrorismo e sabotagem, decretação de estado de calamidade pública, catástrofes naturais, catástrofes decorrentes de má ou falta de infraestrutura do município ou do estado onde se localiza o imóvel indicado pelo segurado;**
- l) Operações de busca, recuperação e salvamento de objetos, bens ou pessoas após a ocorrência do evento, bem como operações de rescaldo;**
- m) Perdas ou danos ocasionados por incêndio, explosão decorrente, direta ou indiretamente, de terremotos, erupção vulcânica, inundação ou qualquer outra convulsão da natureza;**
- n) Procedimentos que caracterizem má-fé ou fraude do segurado na utilização dos serviços da assistência check-up lar kids, ou por qualquer meio, procurando obter benefícios ilícitos desse serviço.**

Esta parte não integra as condições gerais do seguro

Assistência pet essencial

1. Objetivo

A assistência pet essencial tem por objetivo auxiliar o segurado em seus cuidados com seu animal doméstico através do conjunto de serviços descritos nestas condições gerais, respeitando-se as condições, limites e exclusões de cada um deles.

2. Beneficiário do serviço

2.1. O animal doméstico do titular do seguro.

2.2. Animal doméstico: de estimação que reside com o segurado no domicílio indicado, limitado a cães e gatos. Excluem-se animais silvestres, animais não domesticados e aqueles destinados a competições.

3. Prestação do serviço

3.1. A assistência pet essencial será realizada pela empresa Europ Assistance Brasil Serviços de Assistência S/A, CNPJ 01.020.029/0001-06, especializada em assistência, que colocará sua central de atendimento à disposição 24 (vinte e quatro) horas por dia, durante todo o ano, acionável através do telefone de Discagem Direta Gratuita (DDG).

3.2. A assistência pet essencial será sempre acionada por meio do telefone de Discagem Direta Gratuita (DDG) 0800 701 2704 para ligações no Brasil (a ligação poderá ser feita a cobrar), a qualquer momento, 24 (vinte e quatro) horas por dia.

3.3. Importante: para execução do serviço, é imprescindível que a empresa prestadora de serviços seja contatada.

4. Serviços disponíveis

4.1. Transporte Emergencial

4.1.1. Caso o segurado não tenha condições físicas comprovadas de levar ou buscar o animal de estimação assistido por meios próprios, e não haja nenhum outro responsável indicado por ele que possa fazê-lo, a assistência pet essencial se encarregará da organização e custos de transporte, considerando as situações:

a) Em caso de acidente do animal – será providenciado o transporte do domicílio até a clínica veterinária mais próxima, ou indicada pelo segurado, desde que dentro do limite de seu município;

b) Em caso de alta do animal – será providenciado o transporte do animal doméstico da clínica veterinária até o local indicado pelo segurado, desde que dentro do limite do município.

4.1.2. O meio de transporte mais adequado será definido a único e exclusivo critério da assistência pet essencial.

4.1.3. O serviço de transporte emergencial permite até 1 (um) acionamento a cada ano de vigência, sem acumulação para o próximo ano, com limite de até R\$ 100,00 (cem reais) ou 50 km (cinquenta quilômetros) por acionamento, o que ocorrer primeiro.

4.2. Atendimento emergencial

4.2.1. Em caso de acidente ou doença do animal doméstico assistido, a assistência pet essencial arcará com os gastos referentes a consulta veterinária e eventuais procedimentos (cirurgias e medicamentos utilizados diretamente pelo veterinário no atendimento emergencial) até o limite contratado.

4.2.2. Excluem-se desta assistência as consultas de rotina, vacinas obrigatórias e outros atendimentos que não sejam decorrentes do acidente e de doenças do animal doméstico.

4.2.3. O serviço de atendimento emergencial permite até 2 (dois) acionamentos a cada ano de vigência, sem acumulação para o próximo ano, com limite de até R\$ 400,00 (quatrocentos) por acionamento.

4.3. Cirurgia emergencial

4.3.1. Em caso de acidente do animal doméstico assistido, que cause lesões ou doenças que acarretem necessidade de intervenção cirúrgica, a assistência pet essencial arcará com os gastos referentes à cirurgia e aos medicamentos, até o limite contratado.

4.3.2. Excluem-se desta assistência os atendimentos a doenças preexistentes e partos.

4.3.3. O serviço de cirurgia emergencial permite até 1 (um) acionamento a cada ano de vigência, sem acumulação para o próximo ano, com limite de até R\$ 1.000,00 (mil reais).

4.4. Hospedagem do pet

4.4.1. Caso o segurado tenha que se ausentar de seu domicílio por motivo de acidente pessoal ou doença aguda devidamente comprovada por ele através de documentação médica (atestado, relatório) encaminhada à Central de Assistência, a assistência pet essencial organizará a hospedagem do animal doméstico assistido em hotel para animais ou canil mais próximo do domicílio ou indicado pelo segurado, desde que adequado para a prestação do serviço.

4.4.2. Para a prestação desse serviço, o animal doméstico deve estar devidamente vacinado e com a comprovação da regularidade das vacinas por meio da carteira de saúde, pois a assistência pet essencial não se responsabilizará pela não aceitação do animal pelo hotel.

4.4.3. O segurado se responsabilizará pelo envio da ração ao local de hospedagem, assim como pelas despesas decorrentes de medicamentos e despesas extras que por ventura possam ocorrer.

4.4.4. Caso seja necessário um maior número de diárias para estadia, elas serão de responsabilidade do segurado.

4.4.5. O serviço de hospedagem do pet permite até 1 (um) acionamento a cada ano de vigência, sem acumulação para o próximo ano, com limite de até R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais) por todo o período de estadia para 2 (duas) diárias.

4.5. Funeral do pet – despesas com cremação

4.5.1. Em caso de falecimento do animal doméstico assistido, a assistência pet essencial se encarregará de organizar sua cremação, no local mais próximo ao evento.

4.5.2. O tipo de serviço a ser realizado está vinculado à disponibilidade e às condições regionais de oferecimento de serviços. O serviço de sepultamento está disponível nas capitais de São Paulo e do Rio de Janeiro; nas demais localidades, apenas o serviço de cremação.

4.5.3. Será responsabilidade da assistência a organização da cremação e as despesas diretamente ligadas a essa prestação, ficando as demais despesas que possam ocorrer sob responsabilidade do segurado.

4.5.3.1. Importante: o serviço de cremação é sempre coletivo, caso o segurado queira cremação

individual, ele deverá assumir a diferença do valor.

4.5.3.2. O serviço de funeral do pet - Despesas com cremação permite até 1 (um) acionamento a cada ano de vigência, sem acumulação para o próximo ano, com limite de até R\$ 500,00 (quinhentos reais).

4.6. Informações sobre vacinas

4.6.1. A pedido do segurado, a assistência prestará as informações necessárias sobre todas as vacinas e épocas de aplicação, além de locais e datas de vacinações públicas (postos de vacinação).

4.6.2. Esse serviço refere-se somente à indicação das vacinas, não se responsabilizando a assistência pet essencial pelo pagamento delas.

4.6.3. Depois de solicitadas as informações, o prazo para retorno da assistência ao segurado é de até 1(um) dia útil.

4.6.4. O serviço de Informações sobre vacinas é ilimitado com relação ao **acionamento**.

4.7. Agendamento de consultas

4.7.1. A assistência pet essencial, a pedido do segurado, agendará consultas para os animais domésticos, seja com veterinários indicados pelo segurado, seja com veterinários credenciados à rede de prestadores da assistência.

4.7.2. O custo da consulta será previamente informado pela assistência e correrá por conta exclusiva do segurado.

4.7.3. Para esse serviço, a responsabilidade da assistência pet essencial se limita à organização do serviço aqui estabelecido, não sendo, em qualquer hipótese, responsável por despesas financeiras decorrentes da solicitação do segurado, tais como, mas não se limitando ao custo da consulta, medicamentos utilizados pelo veterinário, etc. Depois de solicitado o serviço, o acionamento, o prazo para retorno da assistência ao segurado é de até 1 dia útil.

4.7.4. O serviço de agendamento de consultas é ilimitado com relação ao acionamento.

4.8. Acionamento e/ou agendamento de leva e traz

4.8.1. A pedido do segurado, a assistência acionará e/ou agendará o serviço de leva e traz de animais domésticos para clínicas veterinárias, banho, tosa e hotéis. Esse serviço deverá ser solicitado com um prazo mínimo de 24 (vinte e quatro) horas de antecedência.

4.8.2. A responsabilidade da assistência pet essencial se limita à organização do serviço aqui estabelecido, não sendo ela, em qualquer hipótese, responsável por despesas financeiras decorrentes da solicitação do segurado, tais como, mas não se limitando aos custos do profissional encaminhado pela assistência, ou custos dos serviços utilizados na clínica veterinária.

4.8.3. O serviço de agendamento de consultas é ilimitado com relação ao acionamento.

4.9. Indicação de clínicas veterinárias, pet shops e locais para banho e tosa

4.9.1. De acordo com a necessidade e localização do segurado, e a seu pedido, a assistência pet essencial fará a indicação de clínicas veterinárias, locais para banho e tosa e pet shops próximos ao segurado. Como diferencial, a assistência se compromete a cotar e informar os preços obtidos para o segurado.

4.9.2. Depois de solicitadas as informações, o prazo para retorno da assistência ao segurado é de até 1 (um) dia útil. Para indicação de clínicas veterinárias, o retorno é imediato.

4.9.3. Esse serviço refere-se somente à indicação da clínica, não se responsabilizando a assistência pet essencial pelo pagamento de qualquer despesa, ou pelo serviço prestado pelos estabelecimentos e profissionais indicados.

4.9.4. O serviço de indicação de clínicas veterinárias, pet shops e locais para banho e tosa é ilimitado com relação ao acionamento.

4.10. Informação sobre venda de filhotes

4.10.1. A assistência pet essencial, a pedido do segurado, indicará pontos de venda de filhotes de animais domésticos, de acordo com a raça desejada pelo segurado.

4.10.2. Depois de solicitadas as informações, o prazo para retorno da assistência ao segurado é de até 1 (um) dia útil.

4.10.3. O serviço de Informações sobre venda de filhotes é ilimitado com relação ao acionamento.

5. Âmbito geográfico

5.1. Os serviços serão prestados exclusivamente no Brasil.

5.2. O serviço será prestado exclusivamente nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro ou em localidades nas quais exista infraestrutura de profissionais adequada e disponível. Caso na cidade não exista a infraestrutura necessária para a prestação dos serviços, o segurado/solicitante será instruído pela Central de Assistência como proceder, observando em qualquer caso os limites previstos em cada modalidade de assistência.

6. Exclusões

6.1. Estão excluídos do escopo do serviço de assistência pet essencial:

a) Execução de qualquer serviço que não esteja relacionado ao escopo das assistências previstas nestas condições gerais;

b) Despesas de qualquer natureza que extrapolem aquelas definidas nestas condições gerais, sejam de responsabilidade da assistência pet, ou ainda que sejam contratados diretamente pelo segurado, sem prévia autorização da Central de Assistência;

c) Eventos ou problemas ocorridos antes do início de vigência da assistência pet;

d) Reembolsos de despesas referentes a serviços contratados pelo segurado sem prévia autorização da Central de Assistência;

e) Tratamento de doenças ou lesões produzidas como consequência de doença crônica ou diagnosticada anteriormente à solicitação de atendimento;

f) Assistência a toda e qualquer consequência resultante de morte ou lesões causadas, direta ou indiretamente, por atividades criminosas ou dolosas do dono do animal doméstico;

g) Assistência derivada da morte por sacrifício induzido, e/ou lesões e consequências decorrentes de tentativas do segurado em relação ao animal doméstico;

h) Assistência por doenças ou estados patológicos produzidos por consumo induzido de álcool, drogas, veneno, produtos tóxicos, narcóticos ou medicamentos proibidos e/ou adquiridos sem recomendação veterinária;

i) Despesas com aquisição de próteses, bem como despesas de assistência por gravidez ou parto do animal doméstico;

j) Assistência derivada de práticas desportivas em competição de caráter profissional/amador com a participação do animal doméstico;

k) Despesas extras de estadia como: refeições, bebidas e todas aquelas que não estejam inclusas no custo da diária do hotel;

l) Serviço de hospedagem em caso de acidente ou doença aguda do segurado para casos de doenças de base ou doença crônica, mesmo tendo o segurado que se ausentar de seu domicílio por longos períodos.

Esta parte não integra as condições gerais do seguro

Assistência pet especial

1. Objetivo

A assistência pet especial tem por objetivo auxiliar o segurado em seus cuidados com seu animal doméstico através do conjunto de serviços descritos nestas condições gerais, respeitando-se as condições, limites e exclusões de cada um deles.

2. Beneficiário do serviço

2.1. O animal doméstico do titular do seguro.

2.2. Animal doméstico: de estimação que reside com o segurado no domicílio indicado, limitado a cães e gatos. Excluem-se animais silvestres, animais não domesticados e aqueles destinados a competições.

3. Prestação do serviço

3.1. A assistência pet essencial será realizada pela empresa Europ Assistance Brasil Serviços de Assistência S/A, CNPJ 01.020.029/0001-06, especializada em assistência, que colocará sua central de atendimento à disposição 24 (vinte e quatro) horas por dia, durante todo o ano, acionável através do telefone de Discagem Direta Gratuita (DDG).

3.2. A assistência pet especial será sempre acionada por meio do telefone de Discagem Direta Gratuita (DDG) 0800 701 2704 para ligações no Brasil (a ligação poderá ser feita a cobrar), a qualquer momento, 24 (vinte e quatro) horas por dia.

3.3. Importante: para execução do serviço, é imprescindível que a empresa prestadora de serviços seja contatada.

4. Serviços disponíveis

4.1. Transporte Emergencial

4.1.1. Caso o segurado não tenha condições físicas comprovadas de levar ou buscar o animal de estimação assistido por meios próprios, e não haja nenhum outro responsável indicado por ele que possa fazê-lo, a assistência pet especial se encarregará da organização e custos de transporte, considerando as situações:

a) Em caso de acidente do animal – será providenciado o transporte do domicílio até a clínica veterinária mais próxima, ou indicada pelo segurado, desde que dentro do limite de seu município;

b) Em caso de alta do animal – será providenciado o transporte do animal doméstico da clínica veterinária até o local indicado pelo segurado, desde que dentro do limite do município.

4.1.2. O meio de transporte mais adequado será definido a único e exclusivo critério da assistência pet especial.

4.1.3. O serviço de transporte emergencial permite até 2 (dois) acionamentos a cada ano de vigência, com limite de até R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais) ou 50 km (cinquenta quilômetros) por acionamento, o que ocorrer primeiro.

4.2. Atendimento emergencial

4.2.1. Em caso de acidente ou doença do animal doméstico assistido, a assistência pet especial arcará com os gastos referentes a consulta veterinária e eventuais procedimentos (cirurgias e medicamentos utilizados diretamente pelo veterinário no atendimento emergencial) até o limite contratado.

4.2.2. Excluem-se desta assistência as consultas de rotina, vacinas obrigatórias e outros atendimentos que não sejam decorrentes do acidente e doenças do animal doméstico.

4.2.3. O serviço de atendimento emergencial permite até 2 (dois) acionamentos a cada ano de vigência, sem acumulação para o próximo ano, com limite de até R\$ 800,00 (oitocentos reais) por acionamento.

4.3. Vacinas – aplicação de vacinas em domicílio

4.3.1. A pedido do segurado, a assistência pet especial enviará um profissional qualificado para aplicação de vacina(s) no animal doméstico em domicílio.

4.3.2. Esse serviço refere-se somente à primeira dose da vacina, sendo elas:

- Vacinas cobertas para cães: V8, V10 e Antirrábica.
- Vacinas cobertas para gatos: V3, V4, V5 e Antirrábica.

4.3.3. O serviço será prestado conforme a infraestrutura da cidade onde o cliente reside, podendo inclusive ser necessário que haja o acionamento do serviço de leva e traz.

4.3.4. O serviço de aplicação de vacinas em domicílio permite até 1 (um) acionamento a cada ano de vigência, sem acumulação para o próximo ano, com limite de até R\$ 200,00 (duzentos reais) por evento.

4.4. Assistência médica pet – exames laboratoriais

4.4.1. A assistência pet especial arcará com os gastos referentes a exames laboratoriais básicos (exames de sangue, funções renal e hepática, glicemia, eletrocardiograma, radiografia do tórax e ultrassom) para detectar pequenas alterações no estado de saúde do animal doméstico assistido.

4.4.2. A assistência pet especial organizará o serviço mediante o envio do documento emitido pelo médico veterinário solicitando a realização dos exames laboratoriais do animal doméstico.

4.4.3. O serviço será prestado conforme a infraestrutura da cidade onde o cliente reside, podendo inclusive ser necessário que haja o acionamento do serviço de leva e traz.

4.4.4. O serviço de assistência médica pet – exames laboratoriais permite até 1 (um) acionamento a cada ano de vigência, sem acumulação para o próximo ano, com limite de até R\$ 300,00 (trezentos reais) por acionamento.

4.5. Hospedagem do pet

4.5.1. Caso o segurado tenha que se ausentar de seu domicílio por motivo de acidente pessoal ou doença aguda devidamente comprovada por ele através de documentação médica (atestado, relatório) encaminhada à Central de Assistência, a assistência pet especial organizará a hospedagem do animal doméstico assistido em hotel para animais ou canil mais próximo do domicílio ou indicado pelo segurado, desde que seja adequado para a prestação do serviço.

4.5.2. Para realização desse serviço, o animal doméstico deve estar devidamente vacinado e com a comprovação da regularidade das vacinas por meio da carteira de saúde, pois a assistência pet especial não se responsabilizará pela não aceitação do animal pelo hotel.

4.5.3. O segurado se responsabilizará pelo envio da ração ao local de hospedagem, assim como pelas despesas decorrentes de medicamentos e despesas extras que por ventura possam ocorrer.

4.5.4. Caso seja necessário um maior número de diárias para estadia, elas serão de responsabilidade do segurado.

4.5.5. O serviço de hospedagem do pet permite até 2 (dois) acionamentos a cada ano de vigência, sem acumulação para o próximo ano, com limite de diária de até R\$ 50,00 (cinquenta reais) para até 4 (quatro) diárias.

4.6. Despesas médicas cirúrgica e hospitalar – cirurgia emergencial

4.6.1. Em caso de acidente do animal doméstico assistido, que cause lesões ou doença súbita que acarretem a necessidade de intervenção cirúrgica, a assistência pet especial arcará com os gastos referentes à cirurgia e aos medicamentos, até o limite contratado.

4.6.2. Excluem-se desta assistência atendimentos a doenças preexistentes, partos, consultas de rotina, vacinas obrigatórias e outros atendimentos que não sejam decorrentes do acidente ou doença súbita do animal doméstico.

4.6.3. O serviço de despesas médicas cirúrgica e hospitalar – cirurgia emergencial permite até 1 (um) acionamento a cada ano de vigência, sem acumulação para o próximo ano, com limite de até R\$ 1.000,00 (mil reais).

4.7. Despesas médicas cirúrgica e hospitalar – internação

4.7.1. Após a comprovação do quadro clínico do animal doméstico, e quando o segurado não tiver condições de acompanhar o tratamento em sua residência, a assistência pet especial arcará com os gastos referentes à internação para controle do diagnóstico informado pelo veterinário.

4.7.2. Excluem-se desta assistência consultas de rotina e vacinas.

4.7.3. O serviço de despesas médicas cirúrgica e hospitalar – cirurgia emergencial permite até 1 (um) acionamento a cada ano de vigência, sem acumulação para o próximo ano, com limite de até R\$ 1.000,00 (mil reais).

4.8. Funeral do pet

4.8.1. Em caso de falecimento do animal doméstico assistido, a assistência pet especial se encarregará de organizar o funeral conforme disponibilidade local para a cremação coletiva ou enterro do animal doméstico.

4.8.2. Será necessário verificar as regras da legislação do município para cremação. Caso não seja possível, não serão disponibilizadas as cinzas do animal.

4.8.3. O tipo de serviço a ser realizado está vinculado à disponibilidade e condições regionais de oferecimento de serviços. O serviço de sepultamento está disponível nas capitais de São Paulo e do Rio de Janeiro; nas demais localidades, apenas o serviço de cremação.

4.8.4. Será de responsabilidade da assistência a organização da cremação e as despesas diretamente ligadas a essa prestação, ficando as demais despesas que possam ocorrer sob responsabilidade do segurado.

4.8.4.1. Importante sobre a Cremação: o serviço de cremação é sempre coletivo, caso o segurado queira a cremação individual, ele deverá assumir a diferença do valor.

4.8.4.2. O serviço de funeral do pet - Despesas com cremação permite até 1 (um) acionamento a cada ano de vigência, sem acumulação para o próximo ano, com limite de até R\$ 700,00 (setecentos reais).

4.9. Apoio psicológico familiar por telefone

4.9.1. No caso de morte do animal doméstico, colocamos à disposição o serviço de apoio psicológico por telefone, para auxiliar o segurado e seus familiares de primeiro grau (filhos, pais e cônjuge) a superar a perda.

4.9.2. O serviço de apoio psicológico familiar por telefone permite até 1 (um) acionamento a cada ano de vigência, sem acumulação para o próximo ano. O atendimento será realizado em até 4 (quatro) consultas telefônicas de até 30 minutos cada.

4.10. Consulta veterinária

4.10.1. A assistência pet especial arcará com os gastos referentes à consulta veterinária em casos de acidente ou doença súbita do animal doméstico.

4.10.2. Excluem-se desta assistência o serviço de vacinas consideradas obrigatórias.

4.10.3. O serviço de consulta veterinária permite até 1 (um) acionamento a cada ano de vigência, limitado a R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) por evento.

4.11. Assistência remota

4.11.1. Através de atendimento telefônico, a assistência pet especial proporcionará ao usuário, serviços de orientações veterinárias ou informações para esclarecimento de dúvidas relacionadas aos seguintes assuntos:

- Alimentos recomendados para o pet;
- Vacinas obrigatórias e a periodicidade de aplicação;
- Locais e datas de aplicação de vacinação pública;
- Quantidade de banhos semanais indicados ao pet;
- Uso de sapatos, roupas e acessórios;
- Recomendação de transporte do pet em viagens (carro ou avião);
- Informações sobre as características das raças existentes no Brasil;
- Dúvidas veterinárias gerais, inclusive a necessidade de levar ou não o animal ao veterinário;
- Dúvidas comportamentais (Ex.: mudança de comportamento, urina em local inadequado, coprofagia, etc.);
- Vermifugação;
- Tratamento antipulgas;

- Dúvidas sobre doenças (Ex.: parvovirose, cinomose, leptospirose, leishmaniose, verminoses, zoonoses de modo geral);

- Principais problemas que podem ocorrer ao conviver com o animal.

4.11.2. Esse serviço refere-se somente a informações ou indicações, não se responsabilizando a assistência pet especial pelo pagamento de qualquer despesa relativa à execução de procedimentos solicitados pelo usuário.

4.11.3. O prazo para retorno da assistência ao cliente é de até 1 (um) dia útil.

4.11.4. Os serviços prestados têm caráter informativo e não podem ser considerados uma consulta ou teleatendimento.

4.11.5. Não serão providenciados confecção de qualquer prescrição, exames e/ou tratamentos.

4.11.6. O serviço de assistência remota é ilimitado com relação ao **acionamento**.

4.12. Informações sobre vacinas

4.12.1. A pedido do segurado, a assistência prestará as informações necessárias sobre todas as vacinas e épocas de aplicação, além de locais e datas de vacinações públicas (postos de vacinação).

4.12.2. Esse serviço refere-se somente à indicação das vacinas, não se responsabilizando a assistência pet essencial pelo pagamento das vacinas.

4.12.3. Depois de solicitadas as informações, o prazo para retorno da assistência ao segurado é de até 1 (um) dia útil.

4.12.4. O serviço de Informações sobre vacinas é ilimitado com relação ao **acionamento**.

4.13. Acionamento e/ou agendamento de leva e traz

4.13.1. A pedido do segurado, a assistência acionará e/ou agendará o serviço de leva e traz de animais domésticos para clínicas veterinárias, banho, tosa e hotéis. O serviço deverá ser

solicitado com um prazo mínimo de 24 (vinte e quatro) horas de antecedência.

4.13.2. Para esse serviço, a responsabilidade da assistência pet especial se limita à organização do serviço aqui estabelecido, não sendo, em qualquer hipótese, responsável por despesas financeiras decorrentes da solicitação do segurado, tais como, mas não se limitando aos custos do profissional encaminhado pela assistência, ou custos dos serviços utilizados na clínica veterinária.

4.13.3. Esse serviço estará disponível conforme estrutura e horário de funcionamento das clínicas credenciadas.

4.13.3. O serviço de agendamento de consultas é ilimitado com relação ao acionamento.

4.14. Indicação de clínicas veterinárias, pet shops e locais para banho e tosa

4.14.1. De acordo com a necessidade e localização do segurado, e a seu pedido, a assistência pet especial fará a indicação de clínicas veterinárias, locais para realização de banho e tosa e pet shops próximos ao segurado. Como diferencial, a assistência se compromete em cotar e indicar os preços obtidos ao segurado.

4.14.2. Depois de solicitadas as informações, o prazo para retorno da assistência ao segurado é de até 1 (um) dia útil. Para indicação de clínicas veterinárias, o retorno é imediato.

4.14.3. Esse serviço refere-se somente à indicação da clínica, não se responsabilizando a assistência pet especial pelo pagamento de qualquer despesa, ou pelo serviço prestado pelos estabelecimentos e pelos profissionais indicados.

4.14.4. O serviço de Indicação de clínicas veterinárias, pet shops e locais para banho e tosa é ilimitado com relação ao acionamento.

4.15. Informação sobre venda de filhotes

4.15.1. A assistência pet especial, a pedido do segurado, indicará pontos de venda de filhotes de animais domésticos, de acordo com a raça desejada pelo segurado.

4.15.2. Depois de solicitadas as informações, o prazo para retorno da assistência ao segurado é de até 1 (um) dia útil.

4.15.3. O serviço de Informações sobre venda de filhotes é ilimitado com relação ao acionamento.

5. Âmbito geográfico

5.1. Os serviços serão prestados exclusivamente no Brasil.

5.2. O serviço será prestado exclusivamente nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro ou em localidades nas quais exista infraestrutura de profissionais adequada e disponível. Caso na cidade não exista a infraestrutura necessária para a prestação dos serviços, o segurado/solicitante será instruído pela Central de Assistência como proceder, observando em qualquer caso os limites previstos em cada modalidade de assistência.

6. Exclusões

6.1. Estão excluídos do escopo do serviço de assistência pet especial:

a) Execução de qualquer serviço que não esteja relacionado ao escopo das assistências previstas nestas condições gerais;

b) Despesas de qualquer natureza que extrapolem aquelas definidas nestas condições gerais, sejam de responsabilidade da assistência pet, ou ainda serviços contratados diretamente pelo segurado, sem prévia autorização da Central de Assistência;

c) Eventos ou problemas ocorridos antes do início de vigência da assistência pet;

d) Reembolsos de despesas de serviços contratados pelo segurado sem prévia autorização da Central de Assistência;

e) Tratamento de doenças ou lesões decorrentes de doença crônica ou diagnosticada anteriormente à solicitação de atendimento;

f) Assistência a toda e qualquer consequência resultante de morte ou lesões causadas, direta ou indiretamente, por atividades criminosas ou dolosas do dono do animal doméstico;

g) Assistência derivada da morte por sacrifício induzido, e/ou lesões e consequências decorrentes de tentativas do segurado com o animal doméstico;

h) Assistência por doenças ou estados patológicos produzidos por consumo induzido de álcool, drogas, veneno, produtos tóxicos, narcóticos ou medicamentos proibidos e/ou adquiridos sem recomendação veterinária;

i) Despesas com aquisição de próteses, bem como despesas de assistência por gravidez ou parto do animal doméstico;

j) Assistência derivada de práticas desportivas em competição de caráter profissional/amador com a participação do animal doméstico;

k) Despesas extras da estadia como: refeições, bebidas e todas aquelas que não estejam inclusas no custo da diária do hotel;

l) Serviço de hospedagem em caso de acidente ou doença aguda do segurado para casos de doenças de base ou doença crônica, mesmo tendo o segurado que se ausentar do domicílio por longos períodos.

Esta parte não integra as condições gerais do seguro

Assistência pet ampliada

1. Objetivo

A assistência pet ampliada tem por objetivo auxiliar o segurado em seus cuidados com seu animal doméstico através do conjunto de serviços descritos nestas condições gerais, respeitando-se as condições, limites e exclusões de cada um deles.

2. Beneficiário do serviço

2.1. O animal doméstico do titular do seguro.

2.2. Animal doméstico: de estimação que reside com o ao segurado no domicílio indicado, limitado a cães e gatos. Excluem-se animais silvestres, animais não domesticados e aqueles destinados a competições.

3. Prestação do serviço

3.1. A assistência pet ampliada será realizada pela empresa Europ Assistance Brasil Serviços de Assistência S/A, CNPJ 01.020.029/0001-06, especializada em assistência, que colocará sua central de atendimento à disposição 24 (vinte e quatro) horas por dia, durante todo o ano, acionável através do telefone de Discagem Direta Gratuita (DDG).

3.2. A assistência pet ampliada será sempre acionada por meio do telefone de Discagem Direta Gratuita (DDG) 0800 701 2704 para ligações no Brasil (a ligação poderá ser feita a cobrar), a qualquer momento, 24 (vinte e quatro) horas por dia.

3.3. Importante: para execução do serviço, é imprescindível que a empresa prestadora de serviços seja contatada.

4. Serviços disponíveis

4.1. Transporte emergencial

4.1.1. Caso o segurado não tenha condições físicas comprovadas de levar ou buscar o animal de estimação assistido por meios próprios, e não haja nenhum outro responsável indicado por ele que possa fazê-lo, a assistência pet ampliada se encarregará da organização e custos de transporte, considerando as situações:

a) Em caso de acidente do animal – será providenciado o transporte do domicílio até a clínica veterinária mais próxima, ou indicada pelo segurado, desde que dentro do limite de seu município;

b) Em caso de alta do animal – será providenciado o transporte do animal doméstico da clínica veterinária até o local indicado pelo segurado, desde que dentro do limite do município.

4.1.2. O meio de transporte mais adequado será definido a único e exclusivo critério da assistência pet ampliada.

4.1.3. O serviço de transporte emergencial permite até 2 (dois) acionamentos a cada ano de vigência, com limite de até R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais) ou 50 km (cinquenta quilômetros) por acionamento, o que ocorrer primeiro.

4.2. Atendimento emergencial

4.2.1. Em caso de acidente ou doença do animal doméstico assistido, a assistência pet ampliada arcará com os gastos referentes a consulta veterinária e eventuais procedimentos (cirurgias e medicamentos utilizados diretamente pelo veterinário no atendimento emergencial) até o limite contratado.

4.2.2. Excluem-se desta assistência as consultas de rotina, vacinas obrigatórias e outros atendimentos que não sejam decorrentes do acidente e doenças do animal doméstico.

4.2.3. O serviço de atendimento emergencial permite até 2 (dois) acionamentos a cada ano de vigência, com limite de até R\$ 800,00 (oitocentos reais) por acionamento, o que ocorrer primeiro.

4.3. Vacinas – aplicação de vacinas em domicílio

4.3.1. A pedido do segurado, a assistência pet ampliada enviará um profissional qualificado para aplicação de vacina(s) no animal doméstico em domicílio.

4.3.2. Esse serviço refere-se somente à primeira dose da vacina, sendo elas:

- Vacinas cobertas para cães: V8, V10 e Antirrábica.
- Vacinas cobertas para gatos: V3, V4, V5 e Antirrábica.

4.3.3. O serviço será prestado conforme a infraestrutura da cidade onde o cliente reside, podendo inclusive ser necessário que haja o acionamento do serviço de leva e traz.

4.3.4. O serviço de aplicação de vacinas em domicílio permite até 1 (um) acionamento a cada ano de vigência, com limite de até R\$ 200,00 (duzentos reais) por evento.

4.4. Assistência médica pet – exames laboratoriais

4.4.1. A assistência pet ampliada arcará com os gastos referentes a exames laboratoriais básicos (exames de sangue, funções renal e hepática, glicemia, eletrocardiograma, radiografia do tórax e ultrassom) para detectar pequenas alterações no estado de saúde do animal doméstico assistido.

4.4.2. A assistência pet organizará o serviço mediante o envio do documento emitido pelo médico veterinário solicitando a realização dos exames laboratoriais do animal doméstico.

4.4.3. O serviço será prestado conforme a infraestrutura da cidade onde o cliente reside, podendo inclusive ser necessário que haja o acionamento do serviço de leva e traz.

4.4.4. O serviço de assistência médica pet – exames laboratoriais permite até 1 (um) acionamento a cada ano de vigência, com limite de até R\$ 300,00 (trezentos reais) por evento.

4.5. Hospedagem do pet

4.5.1. Caso o segurado tenha que se ausentar de seu domicílio por motivo de acidente pessoal ou doença aguda devidamente comprovada por ele através de documentação médica (atestado, relatório) encaminhada à Central de Assistência, a assistência pet ampliada organizará a hospedagem do animal doméstico assistido em hotel para animais ou canil mais próximo do domicílio ou indicado pelo segurado, desde que adequado para a prestação do serviço.

4.5.2. Para prestação desse serviço, o animal doméstico deve estar devidamente vacinado e com a comprovação da regularidade das vacinas por meio da carteira de saúde, pois a assistência pet ampliada não se responsabilizará pela não aceitação do animal pelo hotel.

4.5.3. O segurado se responsabilizará pelo envio da ração ao local de hospedagem, assim como pelas despesas decorrentes de medicamentos e despesas extras que por ventura possam ocorrer.

4.5.4. Caso seja necessário um maior número de diárias para estadia, elas serão de responsabilidade do segurado.

4.5.5. O serviço de hospedagem do pet permite até 2 (dois) acionamentos a cada ano de vigência, com limite de até 4 diárias de R\$ 50,00 cada uma delas.

4.6. Despesas médicas cirúrgica e hospitalar – cirurgia emergencial

4.6.1. Em caso de acidente do animal doméstico assistido, que cause lesões ou doença súbita que acarretem a necessidade de intervenção cirúrgica, a assistência pet ampliada arcará com os gastos referentes à cirurgia e aos medicamentos, até o limite contratado.

4.6.2. Excluem-se desta assistência atendimentos a doenças preexistentes, partos, consultas de rotina, vacinas obrigatórias e outros atendimentos que não sejam decorrentes do acidente ou doença súbita do animal doméstico.

4.6.3. O serviço de despesas médicas cirúrgica e hospitalar – cirurgia emergencial permite até 1 (um) acionamento a cada ano de vigência, com limite de até R\$ 1.000 (mil reais).

4.7. Despesas médicas cirúrgica e hospitalar – internação

4.7.1. Após a comprovação do quadro clínico do animal doméstico, e quando o segurado não tiver condições de acompanhar o tratamento em sua residência, a assistência pet ampliada arcará com os gastos referentes à internação para controle do diagnóstico informado pelo veterinário.

4.7.2. Excluem-se desta assistência consultas de rotina e vacinas.

4.7.3. O serviço de despesas médicas cirúrgica e hospitalar – cirurgia emergencial permite até 1 (um) acionamento a cada ano de vigência, com limite de até R\$ 1.000 (mil reais).

4.8. Funeral do pet

4.8.1. Em caso de falecimento do animal doméstico assistido, a assistência pet ampliada se encarregará de organizar o funeral conforme disponibilidade local para a cremação coletiva ou enterro do animal doméstico.

4.8.2. Será necessário verificar as regras da legislação do município para cremação. Caso não seja possível, não serão disponibilizadas as cinzas do animal.

4.8.3. O tipo de serviço a ser realizado está vinculado à disponibilidade e condições regionais de oferecimento de serviços. O serviço de sepultamento está disponível nas capitais de São Paulo e do Rio de Janeiro; nas demais localidades, apenas o serviço de cremação.

4.8.4. Será de responsabilidade da assistência a organização da cremação e as despesas diretamente ligadas a essa prestação, ficando as demais despesas que possam ocorrer sob responsabilidade do segurado.

4.8.4.1. Importante sobre a cremação: o serviço de cremação é sempre coletivo, caso o segurado queira a cremação individual, ele deverá assumir a diferença do valor.

4.8.4.2. O serviço de funeral do pet - Despesas com cremação permite até 1 (um) acionamento a cada ano de vigência, com limite de até R\$ 700,00 (setecentos reais).

4.9. Apoio psicológico familiar por telefone

4.9.1. No caso de morte do animal doméstico, colocamos a disposição o serviço de apoio psicológico por telefone, para auxiliar o segurado e seus familiares de primeiro grau (filhos, pais e cônjuge) a superar a perda.

4.9.2. O serviço de apoio psicológico familiar por telefone permite até 1 (um) acionamento a cada ano de vigência. O atendimento será realizado em até 4 (quatro) consultas telefônicas de até 30 minutos cada.

4.10. Consulta veterinária

4.10.1. A assistência pet ampliada arcará com os gastos referentes à consulta veterinária em casos de acidente ou doença súbita do animal doméstico.

4.10.2. Excluem-se desta assistência o serviço de vacinas consideradas obrigatórias.

4.10.3. O serviço de consulta veterinária permite até 1 (um) acionamento a cada ano de vigência, limitado a R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) por evento.

4.11. Limpeza do cálculos dentais

4.11.1. A pedido do segurado, a assistência pet ampliada agendará uma consulta para realização da limpeza dos dentes do animal doméstico.

4.11.2. Estão previstos a remoção do cálculo (tártaro) dos dentes do animal e o polimento dos dentes para minimizar a redeposição do tártaro.

4.11.3. Excluem da assistência limpeza do cálculos dentais exames complementares para diagnóstico de possíveis doenças.

4.11.4. Excluem da assistência limpeza do cálculos dentais qualquer outro tratamento dental, além dos serviços mencionados no item 4.11.2.

4.11.5. A assistência limpeza do cálculos dentais permite até 1 (um) acionamento a cada ano de vigência, limitada a R\$ 500,00 (quinhentos reais) por evento.

4.11.6. IMPORTANTE: fica estipulado o prazo de carência de 60 (sessenta) dias contados a partir do início de vigência do seguro, período em que a assistência não será prestada.

4.12. Fisioterapia e acupuntura

4.12.1. Se solicitado pelo médico veterinário responsável, a assistência pet ampliada arcará com os gastos referentes às sessões de fisioterapia e/ou acupuntura do animal doméstico até o limite contratado.

4.12.2. A assistência pet ampliada organizará o serviço mediante o envio do documento emitido pelo médico veterinário para encaminhamento do animal doméstico ao tratamento determinado.

4.12.3. A assistência fisioterapia e acupuntura permite até 1 (um) acionamento a cada ano de vigência, limitada a R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais) por sessão e até 3 (três) sessões.

4.12.4. Caso seja necessário um número maior de sessões para tratamento do animal, os custos serão de responsabilidade do cliente.

4.12.5. IMPORTANTE: fica estipulado o prazo de carência de 60 (sessenta) dias contados a partir do início de vigência do seguro, período em que a assistência não será prestada.

4.13. Castração

4.13.1. A pedido do usuário, a assistência pet ampliada arcará com os gastos referentes ao procedimento para castração do animal doméstico até o limite contratado.

4.13.2. Custos com medicações e tratamentos complementares não estão cobertos por esta assistência.

4.13.3. A assistência castração permite até 1 (um) acionamento a cada ano de vigência, limitada a R\$ 1.000,00 (mil reais).

4.13.4. IMPORTANTE: fica estipulado o prazo de carência de 60 (sessenta) dias contados a partir do início de vigência do seguro, período em que a assistência não será prestada.

4.14. Implantação de microchip

4.14.1. A pedido do usuário, a assistência pet ampliada arcará com os gastos referentes à implantação de um microchip de identificação do animal doméstico.

4.14.2. O serviço inclui cadastro dos dados do animal assistido no banco de dados universal (Sistema de Identificação e Registro de Animais da América Latina).

4.14.3. A assistência implantação de microchip permite até 1 (um) acionamento a cada ano de vigência, limitada a R\$ 200,00 (duzentos reais) por evento.

4.15. Check-up veterinário

4.15.1. A pedido do cliente, a assistência pet ampliada agendará uma consulta veterinária para uma avaliação de rotina (check-up) com veterinários credenciados à rede de prestadores da assistência.

4.15.2. Estão contemplados, neste plano, os seguintes exames e procedimentos:

- 01 (uma) consulta veterinária e 01 (uma) de retorno pós-exames;
- 01 (um) exame de hemograma;
- 01 (um) exame de urina;

- 01 (um) raio-x completo;
- 01 (um) eletrocardiograma;
- 01 (um) ecocardiograma;
- 01 (um) ultrassom abdominal.

4.15.3. Após o resultado dos exames, o usuário terá uma consulta de retorno para avaliação e diagnóstico veterinário.

4.15.4. Não estão cobertos qualquer tratamento e/ou exames complementares, além dos mencionados no item 4.15.2.

4.15.3. A assistência check-up veterinário permite até 1 (um) acionamento a cada ano de vigência.

4.15.4. O prazo para retorno da assistência ao cliente é de até 1 (um) dia útil.

4.16. Assistência remota

4.16.1. Através de atendimento telefônico, a assistência pet ampliada proporcionará ao usuário, serviços de orientações veterinárias ou informações para esclarecimento de dúvidas relacionadas aos seguintes assuntos:

- Alimentos recomendados para o pet;
- Vacinas obrigatórias e a periodicidade de aplicação;
- Locais e datas de aplicação de vacinação pública;
- Quantidade de banhos semanais indicados ao pet;
- Uso de sapatos, roupas e acessórios;
- Recomendação de transporte do pet em viagens (carro ou avião);

- Informações sobre as características das raças existentes no Brasil;
- Dúvidas veterinárias gerais, inclusive a necessidade de levar ou não o animal ao veterinário;
- Dúvidas comportamentais (Ex.: mudança de comportamento, urina em local inadequado, coprofagia, etc.);
- Vermifugação;
- Tratamento antipulgas;
- Dúvidas sobre doenças (Ex.: parvovirose, cinomose, leptospirose, leishmaniose, verminoses, zoonoses de modo geral);
- Principais problemas que podem ocorrer ao conviver com o animal.

4.16.2. Esse serviço refere-se somente a informações ou indicações, não se responsabilizando a assistência pet ampliada pelo pagamento de qualquer despesa relativa à execução de procedimentos solicitados pelo usuário.

4.16.3. O prazo para retorno da assistência ao cliente é de até 1 (um) dia útil.

4.16.4. Os serviços prestados têm caráter informativo e não podem ser considerados uma consulta ou teleatendimento.

4.16.5. Não serão providenciados a confecção de qualquer prescrição, exames e/ou tratamentos.

4.16.6. O serviço de assistência remota é ilimitado com relação ao acionamento.

4.17. Informações sobre vacinas

4.17.1. A pedido do segurado, a assistência prestará as informações necessárias sobre todas as vacinas e épocas de aplicação, além de locais e datas de vacinações públicas (postos de vacinação).

4.17.2. Esse serviço refere-se somente à indicação das vacinas, não se responsabilizando a assistência pet ampliada pelo pagamento das vacinas.

4.17.3. Depois de solicitadas as informações, o prazo para retorno da assistência ao segurado é de até 1 (um) dia útil.

4.17.4. O serviço de Informações sobre vacinas é ilimitado com relação ao acionamento.

4.18. Acionamento e/ou agendamento de leva e traz

4.18.1. A pedido do segurado, a assistência acionará e/ou agendará o serviço de leva e traz de animais domésticos para clínicas veterinárias, banho, tosa e hotéis. esse serviço deverá ser solicitado com um prazo mínimo de 24 (vinte e quatro) horas de antecedência.

4.18.2. Para esse serviço, a responsabilidade da assistência pet ampliada se limita à organização do serviço aqui estabelecido, não sendo, em qualquer hipótese, responsável por despesas financeiras decorrentes da solicitação do segurado, tais como, mas não se limitando aos custos do profissional encaminhado pela assistência, ou custos dos serviços utilizados na clínica veterinária.

4.18.3. Esse serviço estará disponível conforme estrutura e horário de funcionamento das clínicas credenciadas.

4.18.4. O serviço de acionamento e/ou agendamento de leva e traz é ilimitado com relação ao acionamento.

4.19. Indicação de clínicas veterinárias, pet shops e locais para banho e tosa

4.19.1. De acordo com a necessidade e localização do segurado, e a seu pedido, a assistência pet ampliada indicará clínicas veterinárias, locais de banho e tosa e pet shops próximos ao segurado. Como diferencial, a assistência se compromete em cotar e indicar os preços obtidos ao segurado.

4.19.2. Depois de solicitadas as informações, o prazo para retorno da assistência ao segurado é de até 1 (um) dia útil. Para indicação de clínicas veterinárias, o retorno é imediato.

4.19.3. Esse serviço refere-se somente à indicação da clínica, não se responsabilizando a assistência pet ampliada pelo pagamento de qualquer despesa, ou pelo serviço prestado pelos estabelecimentos e pelos profissionais indicados.

4.19.4. O serviço de Indicação de clínicas veterinárias, pet shops e locais para banho e tosa é ilimitado com relação ao acionamento.

4.20. Informação sobre venda de filhotes

4.20.1. A assistência pet ampliada, a pedido do segurado, indicará pontos de venda de filhotes de animais domésticos, de acordo com a raça desejada pelo segurado.

4.20.2. Depois de solicitadas as informações, o prazo para retorno da assistência ao segurado é de até 1 (um) dia útil.

4.20.3. O serviço de Informações sobre venda de filhotes é ilimitado com relação ao acionamento.

5. Âmbito geográfico

5.1. Os serviços serão prestados exclusivamente no Brasil.

5.2. O serviço será prestado exclusivamente nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro ou em localidades nas quais exista infraestrutura de profissionais adequada e disponível. Caso na cidade não exista a infraestrutura necessária para a prestação dos serviços, o segurado/solicitante será instruído pela Central de Assistência como proceder, observando em qualquer caso os limites previstos em cada modalidade de assistência.

6. Exclusões

6.1. Estão excluídos do escopo dos serviços de assistência pet ampliada:

a) Execução de qualquer serviço que não esteja relacionado ao escopo das assistências previstas nestas condições gerais;

b) Despesas de qualquer natureza que extrapolem aquelas definidas nestas condições gerais, sejam de responsabilidade da assistência pet, ou ainda serviços contratados diretamente pelo segurado, sem prévia autorização da Central de Assistência;

c) Eventos ou problemas ocorridos antes do início da vigência da assistência pet;

d) Reembolsos de despesas de serviços contratados pelo segurado sem prévia autorização da Central de Assistência;

e) Tratamento de doenças ou lesões decorrentes de doença crônica ou diagnosticada anteriormente à solicitação de atendimento;

f) Assistência a toda e qualquer consequência resultante de morte ou lesões causadas, direta ou indiretamente, por atividades criminosas ou dolosas do dono do animal doméstico;

g) Assistência derivada da morte por sacrifício induzido e/ou lesões e consequências decorrentes de tentativas do titular do seguro com o animal doméstico;

h) Assistência por doenças ou estados patológicos produzidos por consumo induzido de álcool, drogas, veneno, produtos tóxicos, narcóticos ou medicamentos proibidos e/ou adquiridos sem recomendação veterinária;

i) Despesas com aquisição de próteses, bem como despesas de assistência por gravidez ou parto do animal doméstico;

j) Assistência derivada de práticas desportivas em competição de caráter profissional/amador com a participação do animal doméstico;

k) Despesas extras da estadia como: refeições, bebidas e todas aquelas que não estejam inclusas no custo da diária do hotel;

l) Serviço de hospedagem em caso de acidente ou doença aguda do segurado para casos de doenças de base ou doença crônica, mesmo tendo o segurado que se ausentar de seu domicílio por longos períodos.

Esta parte não integra as condições gerais do seguro

Assistência cesta natalidade

1. Objetivo

Assistência cesta natalidade tem por objetivo auxiliar o segurado, quando da ocorrência de um dos eventos previstos neste documento, mediante o fornecimento de cesta natalidade, composta de kit natalidade de apoio à mãe e ao bebê, com conteúdo específico para atender às primeiras necessidades básicas da mãe e/ou do bebê, de acordo com os termos, condições e limites estabelecidos.

2. Beneficiário do serviço

O titular do seguro.

3. Prestação do serviço

3.1. A assistência cesta natalidade será realizada pela empresa Europ Assistance Brasil Serviços de Assistência S/A, CNPJ 01.020.029/0001-06, especializada em assistência, que colocará sua central de atendimento à disposição 24 (vinte e quatro) horas por dia, durante todo o ano, acionável através do telefone de Discagem Direta Gratuita (DDG).

3.2. A assistência cesta natalidade será sempre acionada por meio do telefone de Discagem Direta Gratuita (DDG) 0800 701 2704 para ligações no Brasil (a ligação poderá ser feita a cobrar), a qualquer momento, 24 (vinte e quatro) horas por dia.

3.3. Importante: para execução do serviço, é imprescindível que a empresa prestadora de serviços seja contatada.

3.4. O segurado deverá fornecer, a critério da assistência, todos os documentos que comprovem o evento coberto e o cumprimento das condições estabelecidas no presente instrumento, nos termos da legislação vigente, sob pena de não fazer jus à assistência.

4. Serviços disponíveis

4.1. Kit natalidade de apoio à mãe

4.1.1. Em caso de gravidez ou nascimento de um bebê, o segurado/solicitante poderá solicitar o fornecimento de um kit de itens de higiene e cuidados básicos destinados à progenitora.

4.1.2. O kit será composto pelos seguintes itens:

- a)** 1 (um) pacote de protetor de seios com 12 (doze) unidades;
- b)** 2 (dois) pacotes de absorventes descartáveis para seio com 10 (dez) unidades cada;
- c)** 2 (dois) pacotes de absorventes íntimos com 8 (oito) unidades cada;
- d)** 1 (um) hidratante para o corpo de 200ml;
- e)** 1 (um) sabonete líquido de 250 ml.

4.1.3. Caberá à assistência cesta natalidade, a seu exclusivo critério, a escolha das marcas dos produtos que comporão o kit a ser fornecido, que poderão ser diversificadas de um acionamento para o outro.

4.1.4. A solicitação deverá ocorrer entre o 8º (oitavo) mês de gestação e o 1º (primeiro) mês após o nascimento do bebê. Caso o acionamento seja feito fora do prazo descrito nesta cláusula, o segurado/solicitante não fará jus aos serviços da assistência cesta natalidade (kit natalidade de apoio à mãe).

4.1.5. O segurado deverá comprovar a gravidez ou o nascimento do bebê, conforme período descrito no item 4.1.4.

4.1.6. A assistência cesta natalidade não será, em qualquer hipótese e a qualquer tempo, responsável pela qualidade dos materiais/produtos fornecidos.

4.1.7. O serviço de assistência cesta natalidade - kit natalidade de apoio ao bebê está limitado a 1 (um) acionamento a cada ano de vigência e a 1 (um) kit por gestação (com exceção o item 4.2.).

4.2. Kit natalidade de apoio ao bebê

4.2.1. Em caso de gravidez ou nascimento de um bebê, o segurado/solicitante poderá solicitar o fornecimento de um kit de itens de higiene e cuidados básicos destinados ao bebê.

4.2.2. O kit será composto pelos seguintes itens:

- a)** 1 (um) pacote de 50 gramas de algodão em bolas;
- b)** 1 (uma) chupeta;
- c)** 1 (uma) embalagem de hastes flexíveis (cotonete) com 75 (setenta e cinco) unidades;
- d)** 1 (um) pacote de fralda descartável com 10 (dez) unidades tamanho P;
- e)** 2 (dois) pacotes de gaze esterilizada;
- f)** 1 (uma) embalagem com 70 (setenta) unidades de lenço umedecido;
- g)** 1 (uma) mamadeira de 240 ml;
- h)** 1 (um) vidro de 100 ml de óleo mineral natural;
- i)** 1 (uma) sabonete em barra de 80 gramas;
- j)** 1 (uma) embalagem de shampoo infantil de 350 ml;
- k)** 1 (um) termômetro clínico.

4.2.3. Caberá à assistência cesta natalidade, a seu exclusivo critério, a escolha das marcas dos produtos que comporão o kit a ser fornecido, que poderão ser diversificadas de um acionamento para o outro.

4.2.4. A solicitação deverá ocorrer entre o 8º (oitavo) mês de gestação e o 1º (primeiro) mês após o nascimento do bebê. Caso o acionamento seja feito fora do prazo descrito nesta cláusula, o segurado/solicitante não fará jus aos serviços da assistência cesta natalidade (kit natalidade de apoio ao bebê).

4.2.5. O segurado/solicitante deverá comprovar a gravidez ou o nascimento do bebê, conforme período descrito no item 4.2.4. Além dos filhos naturais, a assistência cesta natalidade se estende para filho(s) adotivo(s) se ele(s) tiver(em) menos de 1 (um) ano de idade.

4.2.6. O prazo para a solicitação do benefício em caso de filho(s) adotivo(s) deverá ocorrer antes antes de a criança completar 1 (um) ano de idade. Caso o acionamento seja feito fora do prazo descrito nesta cláusula, o segurado/solicitante não fará jus aos serviços da assistência cesta natalidade (kit natalidade de apoio ao bebê).

4.2.7. Para a solicitação de benefício em caso de filho(s) adotivo(s), o segurado/solicitante terá direito mediante a confirmação da data de adoção ou da guarda para fins de adoção. E deverá apresentar o Termo de Guarda ou a nova Certidão de Nascimento do bebê.

4.2.8. A assistência cesta natalidade não será, em qualquer hipótese e a qualquer tempo, responsável pela qualidade dos materiais/produtos fornecidos.

4.2.9. Em caso de nascimento de múltiplos, para o benefício do kit natalidade, será entregue um kit a mais a partir do segundo bebê. Assim, o segurado/solicitante terá direito a 2 (dois) kits.

4.2.10. O serviço de assistência cesta natalidade - kit natalidade de apoio ao bebê está limitado a 1 (um) acionamento a cada ano de vigência e a 1 (um) kit por gestação (com exceção o item 4.2.9.).

5. Âmbito geográfico

Os serviços serão prestados exclusivamente em território nacional.

6. Exclusões

6.1. Estão excluídos do escopo dos serviços de assistência cesta natalidade:

a) Execução de qualquer serviço que não esteja relacionado ao escopo das assistências previstas neste documento;

b) Execução de qualquer serviço previsto neste documento para gestantes que não sejam o segurado ou cônjuge;

c) Entrega dos serviços em qualquer outra localidade que não seja o endereço de domicílio do segurado indicado quando do envio do cadastro pela contratante ou fora do território de abrangência mencionado no item 6;

d) Despesas de qualquer natureza não previstas nestas condições gerais ou superiores aos limites de responsabilidade da assistência cesta natalidade, ou ainda itens adicionais aos kits natalidade que extrapolem aqueles definidos neste documento;

e) Serviços que não sejam solicitados direta e comprovadamente pelo segurado ou solicitante, cumprindo os requisitos mínimos exigidos por este documento, bem como fora do período definido nas cláusulas 4.2.4 e 4.2.5.;

f) Procedimentos que caracterizem má-fé ou fraude do segurado ou solicitante na utilização dos serviços da assistência cesta natalidade ou, se por qualquer meio, ele procurar obter benefícios ilícitos dos serviços; e

g) Atos ilícitos decorrentes da ação ou omissão, seja por dolo ou culpa, praticados pelo segurado ou, se for o caso, pelo solicitante.

Esta parte não integra as condições gerais do seguro

A assistência telemedicina - Palavra de Médico individual

1. Objetivo

A assistência Palavra de Médico individual tem por objetivo auxiliar o segurado, com informações em saúde por telefone, chat ou videochamada, por meio da equipe médica especializada, para orientá-lo sobre a melhor conduta a ser tomada em relação aos sintomas relatados, esclarecendo dúvidas sobre a saúde, fornecendo orientações educativas e de autocuidado, de acordo com os termos, condições e limites estabelecidos.

2. Beneficiário do serviço de assistência

O titular do seguro.

3. Prestação do serviço

A assistência Palavra de Médico individual será realizada pela empresa Europ Assistance Brasil Serviços de Assistência S/A, CNPJ 01.020.029/0001-06, especializada em assistência, que colocará sua central de atendimento à disposição 24 (vinte e quatro) horas por dia, durante todo o ano, acionável através do telefone de Discagem Direta Gratuita (DDG).

4. Serviços disponíveis

4.1. O segurado terá direito à assistência Palavra de Médico individual, nos termos, condições e prazos estabelecidos neste documento e desde que o seguro seja aceito pela seguradora.

4.2. A orientação médica por vídeo permite ao segurado se conectar à equipe médica por meio do app Saúde 24h, pelo chat, pela central 0800 701 2407, ou por videochamada para se consultar com ou sem hora marcada.

4.3. A utilização da consulta médica por vídeo é indicada para condições médicas de baixa complexidade em atenção primária, não sendo indicada para atendimento de emergências médicas.

4.4. Nesse atendimento será feita uma triagem, com questionamentos ao segurado para entendimento das condições clínicas.

4.5. No caso de a triagem identificar a necessidade da consulta médica por vídeo, será oferecida ao segurado a possibilidade de videoconsulta, que pode ser feita na hora do atendimento telefônico ou agendada para o horário mais apropriado.

4.6. O acesso à consulta médica por vídeo é liberado por link web enviado para o e-mail cadastrado do segurado. Caberá a ele acessar o e-mail e clicar no link enviado para que a videoconsulta seja iniciada, contanto que esteja já no horário pré-agendado.

4.7. Os médicos que realizarão o atendimento via consulta médica por vídeo utilizam certificação digital, emitida por Autoridades Certificadoras, de acordo com o padrão ICP-Brasil e Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, com a finalidade de assinar eletronicamente, de forma segura, os documentos emitidos após uma consulta.

4.8. Ao final do atendimento, se necessário, o segurado receberá por e-mail a sua via de:

1. Atestado médico

2. Guia de encaminhamento para realização de exames; ou

3. Guia de prescrição de medicamentos, tudo de acordo com a avaliação feita durante o atendimento.

4.9. Os serviços previstos serão executados por profissionais devidamente habilitados e, desde que não haja impedimentos legais, devendo a central de atendimento, contratante e o segurado observar a legislação aplicável no Brasil, o que inclui todas as normas regulamentadoras da atividade médica.

4.10. Importante: a assistência Palavra de Médico individual é prestada apenas como promoção à saúde, prevenção de doenças e orientação/esclarecimento clínico, com o intuito de otimizar a assistência médica com orientações aos segurados, não substituindo, sob nenhuma hipótese, qualquer consulta médica, diagnóstico médico ou pronto atendimento, ou qualquer outro profissional especializado.

4.11. Em razão do caráter preventivo da prestação dos serviços, o prestador credenciado é isento de qualquer responsabilidade caso o segurado opte por não procurar serviço de profissional especializado, médico, hospitalar ou de pronto atendimento.

5. Informações de utilização

5.1. Para utilização dos serviços, o segurado titular deverá contatar a central 0800 701 2704, fornecer todas as informações cadastrais, de forma clara e exata para sua perfeita identificação e atendimento, ou por meio do app Saúde 24h;

5.2. Realizar download do app (Saúde 24h) nas lojas Google Play ou Apple Store, utilizando um smartphone com sistema IOS ou Android com acesso à internet;

5.3. Após instalar o app Saúde 24h, o usuário deve entrar com o login e senha. O login será composto pelo CPF do usuário e, após isso, é necessário validar o número de telefone através de um código de verificação que será enviado via SMS;

5.4. Após validar o código, o usuário deve criar sua senha contendo no mínimo 8 (oito) dígitos, combinando letras maiúsculas e minúsculas, números e caracteres especiais;

5.5. Finalizadas as etapas anteriores, o usuário pode acessar o aplicativo, estando pronto para utilizar as funcionalidades do app Saúde 24h e também usufruir dos serviços quando quiser e precisar.

5.6. As assistências poderão ser acionadas após 15 dias contados da data de início de vigência do seguro.

5.7. Importante: para execução do serviço, é imprescindível que seja feito o contato com a central 0800 701 2704, ou pelo app Saúde 24h.

6. Limite e duração da assistência

6.1. O prazo de vigência do serviço corresponde ao prazo de vigência do seguro, salvo se este for cancelado, conforme disposto nas condições gerais do seguro e observadas as disposições complementares abaixo:

6.2. A assistência será considerada cancelada de pleno direito, independente de notificação prévia ao segurado:

a) Na data em que cessar, independentemente do motivo a vigência do seguro e/ou o vínculo entre o segurado e a seguradora;

b) Quando o beneficiário prestar informações inconsistentes, falhas, falsas ou inverídicas e/ou provenientes de má-fé;

c) Praticar atos ilícitos e contrários à lei.

6.3. A assistência Palavra de Médico individual poderá cancelar, imediata e independentemente de notificação prévia, o direito de o segurado utilizar os serviços, quando ele:

a) Omitir ou fornecer intencionalmente informações falsas e/ou inverídicas;

b) Não atender aos pedidos de informações solicitadas pela Central de Assistência para atendimento;

c) Praticar atos ilícitos e contrários à lei.

7. Âmbito geográfico

Os serviços serão prestados exclusivamente em território nacional.

8. Exclusões

8.1. Estão excluídos do escopo dos serviços de assistência Palavra de Médico individual:

a) Qualquer dano decorrente de informações falsas, adulteradas ou que, por qualquer meio, possam induzir a erro a equipe médica responsável pela elaboração do laudo respectivo.

b) Reembolso de despesas referentes a qualquer dos serviços descritos neste documento em nome do segurado ou seguradora.

c) Indicação de clínicas ou médicos especialistas para realização dos exames e/ou consultas bem como os respectivos custos.

d) Custos com medicamentos, exames e/ou tratamentos, internações, procedimentos clínicos ou estéticos, consultas com médicos especialistas ou cirurgias.

Esta parte não integra as condições gerais do seguro

Assistência telemedicina - Palavra de Médico familiar

1. Objetivo

A assistência Palavra de Médico familiar tem por objetivo auxiliar o segurado e até 3 dependentes indicados pelo segurado titular, devidamente cadastrados, com informações em saúde por telefone, chat ou videochamada, por meio da equipe médica especializada, para orientar o segurado sobre a melhor conduta a tomar em relação aos sintomas relatados, esclarecendo dúvidas sobre a saúde, fornecendo orientações educativas e de autocuidado, de acordo com os termos, condições e limites estabelecidos.

2. Beneficiários do serviço de assistência

O titular do seguro mais 3 dependentes de sua livre escolha, sem obrigatoriedade de vínculo familiar.

3. Prestação do serviço

A assistência Palavra de Médico familiar será realizada pela empresa Europ Assistance Brasil Serviços de Assistência S/A, CNPJ 01.020.029/0001-06, especializada em assistência, que colocará sua central de atendimento à disposição 24 (vinte e quatro) horas por dia, durante todo o ano, acionável através do telefone de Discagem Direta Gratuita (DDG).

4. Serviços disponíveis

4.1. O segurado e seus dependentes terão direito à assistência Palavra de Médico familiar, nos termos e condições e prazos estabelecidos neste documento e desde que o seguro seja aceito pela seguradora.

4.2. A orientação médica por vídeo permite ao segurado se conectar à equipe médica por meio do app Saúde 24h, pelo chat, pela central 0800 701 2704, ou por videochamada para se consultar com ou sem hora marcada.

4.3. A utilização da consulta médica por vídeo é indicada para condições médicas de baixa complexidade em atenção primária, não estando indicada para atendimento de emergências médicas.

4.4. Nesse atendimento, será feita uma triagem, com questionamentos ao segurado ou dependentes para entendimento das condições clínicas.

4.5. No caso de a triagem identificar a necessidade da consulta médica por vídeo, será oferecida ao segurado a possibilidade de videoconsulta, que poderá ser feita na hora do atendimento telefônico ou agendada para o horário mais apropriado.

4.6. O acesso à consulta médica por vídeo é liberado por link web enviado para o e-mail cadastrado do segurado ou dos dependentes. Caberá a ele(s) acessar o e-mail, clicar no link enviado para que a videoconsulta seja iniciada, desde que ele(s) esteja(m) presente(s) no horário pré-agendado.

4.7. Os médicos que farão o atendimento via consulta médica por vídeo utilizam certificação digital, emitida por Autoridades Certificadoras, de acordo com o padrão ICP-Brasil e Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, com a finalidade de assinar eletronicamente, de forma segura, os documentos emitidos após uma consulta.

4.8. Ao final do atendimento, se necessário, o segurado receberá por e-mail a sua via de:

- Atestado Médico;
- Guia de encaminhamento para realização de exames; ou
- Guia de prescrição de medicamentos, tudo de acordo com a avaliação feita durante o atendimento.

4.9. Os serviços previstos serão executados por profissionais devidamente habilitados e, desde que não haja impedimentos legais, devendo a central de atendimento, contratante e o segurado observar a legislação aplicável no Brasil, o que inclui todas as normas regulamentadoras da atividade médica.

4.10. Importante: a assistência Palavra de Médico familiar é prestada apenas como promoção à saúde, prevenção de doenças e orientação/esclarecimento clínico, com o intuito de otimizar a assistência médica com orientações aos segurados, não substituindo, sob nenhuma hipótese, qualquer consulta médica, diagnóstico médico ou pronto atendimento, ou qualquer outro profissional especializado.

4.11. Em razão do caráter preventivo da prestação dos serviços, o prestador credenciado é isento de qualquer responsabilidade caso o segurado opte por não procurar serviço de profissional especializado, médico, hospitalar ou de pronto atendimento.

5. Informações de utilização

5.1. Para utilização dos serviços o segurado titular deverá contatar a central 0800 701 2704 e fornecer todas as informações cadastrais, de forma clara e exata para sua perfeita identificação e atendimento, ou por meio do app Saúde 24h;

5.2. Realizar download do app (Saúde 24h) nas lojas Google Play ou Apple Store, utilizando um smartphone com sistema IOS ou Android com acesso à internet;

5.3. Após instalar o app Saúde 24h, o usuário deve entrar com o login e senha. O login deve ser composto pelo CPF do usuário e, após isso, é necessário validar o número de telefone através de um código de verificação que será enviado via SMS;

5.4. Após validar o código, o usuário deve criar sua senha contendo no mínimo 8 (oito) dígitos, combinando letras maiúsculas e minúsculas, números e caracteres especiais;

5.5. Finalizadas as etapas anteriores, ele pode acessar o aplicativo, estando pronto para utilizar as funcionalidades do app Saúde 24h e também usufruir dos serviços quando quiser e precisar.

5.6. Para cadastro dos dependentes

Acessar o Ícone “DEPENDENTES” e preencher os campos com NOME, DATA DE NASCIMENTO, SEXO, CPF, E-MAIL, TELEFONE CELULAR, TELEFONE RESIDENCIAL E TELEFONE CELULAR, TELEFONE COMERCIAL e clicar em “SALVAR”.

IMPORTANTE: o dependente terá acesso após 24 (vinte e quatro) horas do cadastramento.

5.7. Regras da Exclusão

Será permitida a troca ou substituição dos dependentes, sempre de acordo com os critérios a seguir:

5.7.1. Primeira troca após 02 (dois) meses a partir do início de vigência do seguro;

5.7.2. Segunda troca após 06 (seis) meses a partir do início de vigência do seguro.

5.7.3. Importante: serão permitidas até 02 (duas) trocas de dependentes por titular do seguro, por ano.

5.7.4. A solicitação para inativação e alteração de dependente(s) deverá ser feita, sempre, através da central de atendimento 0800 701 2704, funcionamento 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias da semana.

5.7.5. As assistências poderão ser acionadas após 15 dias contados da data de início de vigência do seguro.

5.7.6. Importante: para execução do serviço, é imprescindível que seja feito o contato com a central 0800 701 2704, ou pelo app Saúde 24h.

6. Limite e duração da assistência

6.1. O prazo de vigência do serviço corresponde ao prazo de vigência do seguro, salvo, se este for cancelado, conforme disposto nas condições gerais do seguro e observadas as disposições complementares abaixo:

6.2. A assistência será considerada cancelada de pleno direito, independentemente de notificação prévia ao segurado e/ou dependentes:

- a) Na data em que cessar, independentemente do motivo, a vigência do seguro e/ou vínculo entre o segurado e a seguradora;**
- b) Quando o beneficiário prestar informações inconsistentes, falhas, falsas ou inverídicas e/ou provenientes de má-fé;**
- c) Praticar atos ilícitos e contrários à lei.**

6.3. A assistência Palavra de Médico familiar poderá cancelar, imediata e independentemente de notificação prévia, o direito do segurado e/ou dependentes utilizarem os serviços, quando ele(s):

- a) Omitir(em) ou fornecer(em) intencionalmente informações falsas inverídicas;**
- b) Não atender(em) aos pedidos de informações solicitadas pela Central de Assistência para atendimento;**
- c) Praticar(em) atos ilícitos e contrários à lei.**

7. Âmbito geográfico

Os serviços serão prestados exclusivamente em território nacional.

8. Exclusões

8.1. Estão excluídos do escopo do serviço de assistência Palavra de Médico familiar:

- a) Qualquer dano decorrente de informações falsas, adulteradas ou que, por qualquer meio, possam induzir a erro a equipe médica responsável pela elaboração do laudo respectivo.
- b) Reembolso de despesas referentes a qualquer dos serviços descritos neste documento em nome do segurado ou seguradora.
- c) Indicação de clínicas ou médicos especialistas para realização dos exames e/ou consultas bem como os respectivos custos.
- d) Custos com medicamentos, exames e/ou tratamentos, internações, procedimentos clínicos ou estéticos, consultas com médicos especialistas ou cirurgias.

Esta parte não integra as condições gerais do seguro

Assistência nutricional individual

1. Objetivo

A assistência nutricional individual tem por objetivo auxiliar o segurado com orientações nutricionais por meio de contato telefônico.

2. Beneficiário do serviço de assistência

O titular do seguro.

3. Prestação do serviço

A assistência nutricional individual será realizada pela empresa Europ Assistance Brasil Serviços de Assistência S/A, CNPJ 01.020.029/0001-06, especializada em assistência, que colocará sua central de atendimento à disposição 24 (vinte e quatro) horas por dia, durante todo o ano, acionável através do telefone de Discagem Direta Gratuita (DDG).

4. Serviços disponíveis

4.1. A assistência nutricional individual presta serviço de orientação nutricional por telefone, apenas como promoção a saúde, prevenção de doenças e orientação/esclarecimento nutricional.

4.2. O objetivo do serviço não é substituir a consulta médica, nutricional ou de qualquer outro profissional especializado e tampouco fornecer diagnóstico, mas sim orientar o paciente sobre questões nutricionais que favoreçam a sua saúde, qualidade de vida e longevidade.

4.3. A assistência nutricional individual consiste em:

a) Abordagem individualizada para conhecer antecedentes nutricionais, patológicos e culturais.

b) Coleta de informações sobre os dados antropométricos é apenas para registro e não para nortear protocolos específicos. É feita uma anamnese para identificar o perfil do segurado.

c) Orientação alimentar de acordo com a anamnese, baseada nos questionamentos do segurado, com orientações sobre refeições, alimentos, combinações de alimentos, receitas, explicações sobre nutrientes (conceito, função, modo de ação), conceitos de alimentação consciente (mindful eating), não somente atrelado ao valor do IMC coletado.

d) Orientação sobre compras de alimentos, organização, armazenamento, higienização, saúde e bem-estar nas diferentes fases da vida:

- Gestação;
- Amamentação;
- Primeira infância;
- Terceira idade;
- Nutrição e controle de peso.

e) Orientação sobre alimentos para condições especiais e/ou alimentos para patologias específicas:

- Alergias e intoxicações alimentares;
- Saúde do coração;
- Saúde da pessoa diabética;
- Saúde da mulher;
- Cardápios festivos (Páscoa, Natal, datas religiosas);
- Alimentação saudável;
- Informação sobre as necessidades específicas de cada faixa etária.

f) Nutrição preventiva:

- Como prevenir doenças mudando a alimentação: macro e micronutrientes, combinações, nível de processamento dos alimentos, etc.

g) Estética e beleza:

- Dicas para utilização de alimentos em prol da beleza e aparência. Incentivo à hidratação, explicação sobre o processamento de alimentos, importância das práticas de autocuidado corporal e mental, sobre os antioxidantes, etc.

h) Atendimento escolar:

- Orientação nutricional para a fase escolar com receitas para lanches, combinações de alimentos, etc.

4.4. Importante: o serviço de assistência nutricional individual é prestado apenas como promoção a saúde, prevenção de doenças e orientação/esclarecimento nutricional.

4.5. O objetivo do serviço não é substituir a consulta médica, nutricional ou de qualquer outro profissional especializado e tampouco fornecer diagnóstico, mas sim orientar o paciente sobre questões nutricionais que favoreçam a sua saúde, qualidade de vida e longevidade.

4.6. Os atendimentos nutricionais são pontuais não abrangendo acompanhamento desses serviços.

5. Informações de utilização

5.1. Para utilização dos serviços, o segurado titular deve contatar a central 0800 701 2704 e fornecer todas as informações cadastrais, de forma clara e exata para sua perfeita identificação e atendimento, ou por meio do app Saúde 24h;

5.2. Realizar download do app Saúde 24h nas lojas Google Play ou Apple Store, utilizando um smartphone com sistema IOS ou Android com acesso à internet;

5.3. Após instalar o app Saúde 24h, o usuário deve entrar com o login e senha. O login deve ser composto pelo CPF do usuário e, após isso, é necessário validar o número de telefone através de um código de verificação que será enviado via SMS;

5.4. Após validar o código, ele deve criar sua senha contendo no mínimo 8 (oito) dígitos, combinando

letras maiúsculas e minúsculas, números e caracteres especiais;

5.5. Finalizadas as etapas anteriores, ele pode acessar o aplicativo, estando pronto para utilizar as funcionalidades do app Saúde 24h e também usufruir dos serviços quando quiser e precisar.

5.6. As assistências poderão ser acionadas após 15 dias contados da data de início de vigência do seguro.

5.7. Importante: para execução do serviço, é imprescindível que seja feito o contato com a central 0800 701 2704 ou pelo app Saúde 24h.

6. Limite e duração da assistência

6.1. O prazo de vigência do serviço corresponde ao prazo de vigência do seguro, salvo se este for cancelado, conforme disposto nas condições gerais do seguro e observadas as disposições complementares abaixo:

6.2. A assistência será considerada cancelada de pleno direito, independente de notificação prévia ao segurado:

a) Na data em que cessar, independentemente do motivo, a vigência do seguro e/ou vínculo entre o segurado e a seguradora.

b) Quando o segurado prestar informações inconsistentes, falhas, falsas ou inverídicas ou provenientes de má-fé;

c) Praticar atos ilícitos e contrários à lei.

6.3. A assistência nutricional individual poderá cancelar, imediata e independentemente de notificação prévia, o direito de o segurado e/ou dependentes de utilizarem os serviços, quando este(s):

a) Omitir(em) ou fornecer(em) intencionalmente informações falsas inverídicas;

b) Não atender(em) aos pedidos de informações solicitadas pela Central de Assistência para atendimento;

c) Praticar(em) atos ilícitos e contrários à lei.

7. Âmbito geográfico

Os serviços serão prestados exclusivamente em território nacional.

8. Exclusões

8.1. Estão excluídos do escopo do serviço de assistência nutricional individual:

- a) Qualquer dano decorrente de informações falsas, adulteradas ou que, por qualquer meio, possam induzir a erro a equipe médica responsável pela elaboração do laudo respectivo.**
- b) Reembolso de despesas referentes a qualquer dos serviços descritos neste documento em nome do segurado ou seguradora.**
- c) Indicação de clínicas ou médicos especialistas para realização dos exames e/ou consultas bem como os respectivos custos.**
- d) Custos com medicamentos, exames e/ou tratamentos, internações, procedimentos clínicos ou estéticos, consultas com médicos especialistas ou cirurgias.**

8.2. Adicionalmente ao item 8.1, também estão excluídos, atendimento a problemas nutricionais mais complexos como:

- a) Insuficiência renal;**
- b) Tratamento oncológico;**
- c) Acamados;**
- d) Dieta enteral;**
- e) Pré-bariátrico (laudo e acompanhamento);**
- f) Pós-bariátrico de até 1 ano;**
- g) Ressecções gastrointestinais (estômago, intestino e pâncreas);**
- h) Transplantes;**

- i) Queimados;**
- j) Desnutrição grave;**
- k) Atletas de alta performance;**
- l) Metodologia de contagem de carboidratos;**
- m) Anorexia;**
- n) Bulimia;**
- o) Casos que necessitem de avaliação fonoaudiológica: grandes cirurgias cardíacas, traqueostomia;**
- p) Acompanhamento nutricional contínuo;**
- q) Realização de diagnósticos;**
- r) Prescrição de dietas;**
- s) Serviço de APH (Atendimento Pré-Hospitalar);**
- t) Consulta domiciliar;**
- u) Rede credenciada.**

Esta parte não integra as condições gerais do seguro

Assistência nutricional familiar

1. Objetivo

A assistência nutricional familiar tem por objetivo auxiliar o segurado e/ou dependentes, devidamente indicados pelo segurado titular e cadastrados, com orientações nutricionais por meio de contato telefônico.

2. Beneficiários do serviço de assistência

O titular do seguro mais 3 dependentes de livre escolha do segurado titular, sem obrigatoriedade de vínculo familiar.

3. Prestação do serviço

A assistência nutricional familiar será realizada pela empresa Europ Assistance Brasil Serviços de Assistência S/A, CNPJ 01.020.029/0001-06, especializada em assistência, que colocará sua central de atendimento à disposição 24 (vinte e quatro) horas por dia, durante todo o ano, acionável através do telefone de Discagem Direta Gratuita (DDG).

4. Serviços disponíveis

4.1. A assistência nutricional familiar presta serviço de orientação nutricional por telefone, apenas como promoção a saúde, prevenção de doenças e orientação/esclarecimento nutricional.

4.2. O objetivo do serviço não é substituir a consulta médica, nutricional ou de qualquer outro profissional especializado e tampouco fornecer diagnóstico, mas sim orientar o paciente sobre questões nutricionais que favoreçam a sua saúde, qualidade de vida e longevidade.

4.3. O assistência nutricional familiar contempla:

- a)** Abordagem individualizada para conhecer antecedentes nutricionais, patológicos e culturais.
- b)** Coleta de informações sobre os dados antropométricos apenas para registro e não para

nortear protocolos específicos. É feita uma anamnese para identificar o perfil do segurado.

c) Orientação alimentar de acordo com a anamnese baseada nos questionamentos do segurado com orientações sobre refeições, alimentos, combinações de alimentos, receitas, explicações sobre nutrientes (conceito, função, modo de ação), conceitos de alimentação consciente (mindful eating), não somente atrelado ao valor do IMC coletado.

d) Orientação sobre compras de alimentos, organização, armazenamento, higienização, saúde e bem-estar nas diferentes fases da vida:

- Gestação;
- Amamentação;
- Primeira infância;
- Terceira idade;
- Nutrição e controle de peso.

e) Orientação sobre alimentos para condições especiais e/ou alimentos para patologias específicas como:

- Alergias e intoxicações alimentares;
- Saúde do coração;
- Saúde da pessoa diabética;
- Saúde da mulher;
- Cardápios festivos (Páscoa, Natal, datas religiosas).

f) Alimentação saudável

- Informação sobre as necessidades específicas de cada faixa etária.

g) Nutrição preventiva:

- Como prevenir doenças mudando a alimentação: macro e micronutrientes, combinações, nível de processamento dos alimentos, etc.

h) Estética e beleza:

- Dicas para utilização de alimentos em prol da beleza e aparência. Incentivo à hidratação, explicação sobre o processamento de alimentos, importância das práticas de autocuidado corporal e mental, sobre os antioxidantes, etc.

i) Atendimento escolar:

- Orientação nutricional para a fase escolar, com receitas para lanches, combinações de alimentos, etc.

4.3. Importante: o serviço de assistência nutricional familiar é prestado apenas como promoção a saúde, prevenção de doenças e orientação/esclarecimento nutricional.

4.4. O objetivo do serviço não é substituir a consulta médica, nutricional ou de qualquer outro profissional especializado e tampouco fornecer diagnóstico, mas sim orientar o paciente sobre questões nutricionais que favoreçam a sua saúde, qualidade de vida e longevidade.

4.5. Os atendimentos nutricionais são pontuais não abrangendo acompanhamento desses serviços.

5. Informações de utilização

5.1. Para utilização dos serviços, o segurado titular deve contatar a central 0800 701 2704 e fornecer todas as informações cadastrais, de forma clara e exata para sua perfeita identificação e atendimento, ou por meio do app Saúde 24h;

5.2. Realizar download do app (Saúde 24h) nas lojas Google Play ou Apple Store, utilizando um smartphone com sistema IOS ou Android com acesso à internet;

5.3. Após instalar o app Saúde 24h, o usuário deve entrar com o login e senha. O login deve ser composto pelo CPF do usuário e, após isso, é necessário validar o número de telefone através de um código de verificação que será enviado via SMS;

5.4. Após validar o código, ele deve criar sua senha contendo no mínimo 8 (oito) dígitos, combinando letras maiúsculas e minúsculas, números e caracteres especiais;

5.5. Finalizadas as etapas anteriores, ele pode acessar o aplicativo, estando pronto para utilizar as funcionalidades do app Saúde 24h e também usufruir dos serviços quando quiser e precisar.

5.6. Para cadastro dos dependentes

Acessar o ícone “DEPENDENTES” e preencher os campos com NOME, DATA DE NASCIMENTO, SEXO, CPF, E-MAIL, TELEFONE CELULAR, TELEFONE RESIDENCIAL E TELEFONE COMERCIAL, TELEFONE COMERCIAL e clicar em “SALVAR”.

5.7. Importante: o dependente terá acesso após 24 (vinte e quatro) horas do cadastramento.

6. Regras da exclusão

6.1. Será permitida a troca ou substituição dos dependentes, sempre de acordo com os critérios a seguir:

6.1.1. Primeira troca após 02 (dois) meses a partir do início de vigência do seguro;

6.1.2. Segunda troca após 06 (seis) meses a partir do início de vigência do seguro;

6.1.3. IMPORTANTE: SERÃO PERMITIDAS ATÉ 02 (DUAS) TROCAS DE DEPENDENTES POR TITULAR DO SEGURO, POR ANO.

6.2. As assistências poderão ser acionadas após 15 dias contados da data de início de vigência do seguro.

6.2.1. Importante: para prestação do serviço, é imprescindível que seja feito o contato com a central 0800 701 2704, ou pelo app Saúde 24h.

6.3. A solicitação para inativação e alteração de dependente(s) deverá ser feita, sempre, através da central de atendimento 0800 701 2704, funcionamento 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias da semana.

7. Limite e duração da assistência

7.1. O prazo de vigência do serviço corresponde ao prazo de vigência do seguro, salvo se este for cancelado, conforme disposto nas condições gerais do seguro observadas as disposições complementares abaixo:

7.2. A assistência será considerada cancelada de pleno direito, independentemente de notificação prévia ao segurado:

- a) Na data em que cessar, independentemente do motivo, a vigência do seguro e/ou vínculo entre o segurado e a seguradora;**
- b) Quando o beneficiário prestar informações inconsistentes, falhas, falsas ou inverídicas e/ou provenientes de má-fé;**
- c) Praticar atos ilícitos e contrários à lei.**

7.3. A assistência nutricional familiar poderá cancelar, imediata e independentemente de notificação prévia, o direito de o segurado e/ou dependentes utilizarem os serviços, quando ele(s):

- a) Omitir(em) ou fornecer(em) intencionalmente informações falsas inverídicas;**
- b) Não atender(em) aos pedidos de informações solicitadas pela Central de Assistência para atendimento;**
- c) Praticar(em) atos ilícitos e contrários à lei.**

8. Âmbito geográfico

8.1. Os serviços serão prestados exclusivamente em território nacional.

9. Exclusões

9.1. Estão excluídos do escopo do serviço de assistência nutricional familiar:

- a) Qualquer dano decorrente de informações falsas, adulteradas ou que, por qualquer meio, possam induzir a erro a equipe médica responsável pela elaboração do laudo respectivo;**
- b) Reembolso de despesas referentes a qualquer dos serviços descritos neste documento em nome do segurado ou seguradora;**
- c) Indicação de clínicas ou médicos especialistas para realização dos exames e/ou consultas bem como os respectivos custos;**
- d) Custos com medicamentos, exames e/ou tratamentos, internações, procedimentos clínicos ou estéticos, consultas com médicos especialistas ou cirurgias;**
- e) Atendimento a problemas nutricionais mais complexos;**
- f) Insuficiência renal;**
- g) Tratamento oncológico;**
- h) Acamados;**
- i) Dieta enteral;**
- j) Pré-bariátrico (laudo e acompanhamento);**
- k) Pós-bariátrico de até 1 ano;**
- l) Ressecções gastrointestinais (estômago, intestino e pâncreas);**
- m) Transplantes;**
- n) Queimados;**
- o) Desnutrição grave;**
- p) Atletas de alta performance;**
- q) Metodologia de contagem de carboidratos;**

r) Anorexia;

s) Bulimia;

t) Casos que necessitem de avaliação fonoaudiológica: grandes cirurgias cardíacas, traqueostomia;

u) Acompanhamento nutricional contínuo;

v) Realização de diagnósticos;

w) Prescrição de dietas;

x) Serviço de APH (Atendimento Pré-Hospitalar);

y) Consulta domiciliar;

z) Rede credenciada.

Esta parte não integra as condições gerais do seguro

Assistência psicológica individual

1. Objetivo

A assistência psicológica individual tem por objetivo auxiliar o segurado com orientações de caráter psicológico preliminar, básico e preventivo, por meio de contato telefônico receptivo, feito por psicólogos, com observância de protocolos científicos e conhecimentos clínicos.

2. Beneficiário do serviço de assistência

O titular do seguro.

3. Prestação do serviço

A assistência psicológica individual será realizada pela empresa Europ Assistance Brasil Serviços de Assistência S/A, CNPJ 01.020.029/0001-06, especializada em assistência, que colocará sua central de atendimento à disposição 24 (vinte e quatro) horas por dia, durante todo o ano, acionável através do telefone de Discagem Direta Gratuita (DDG).

4. Serviços disponíveis

4.1. O assistência psicológica individual é um serviço de orientação psicológica por telefone, tendo como objetivos específicos:

- a)** Oferecer melhoria na qualidade de vida;
- b)** Acolher o segurado que esteja necessitando de uma escuta íntegra;
- c)** Auxiliar na identificação do que está causando o sintoma;
- d)** Estimular o segurado a estar mais consciente dos seus pensamentos e de si;
- e)** Prestar orientação especializada quando o segurado necessitar de atenção e/ou avaliação de uma questão pontual do seu dia a dia ou do ciclo de vida;

f) Auxiliar o segurado na diminuição dos sintomas que geram ansiedade, medo e estresse;

g) Orientar o segurado, quando necessário, na busca do especialista mais indicado para o seu caso/quadro.

4.2. Para correta interpretação dos serviços, a orientação psicológica por telefone terá as seguintes características:

4.3. Importante: o objetivo do serviço assistência psicológica não é substituir a consulta médica ou psicológica nem fornecer diagnóstico, mas orientar o paciente sobre questões que favoreçam a sua saúde e longevidade.

5. Informações de utilização

5.1. Para utilização dos serviços, o segurado titular deverá contatar a central 0800 701 2704 e fornecer todas as informações cadastrais, de forma clara e exata para sua perfeita identificação e atendimento, ou por meio do app Saúde 24h;

5.2. Realizar download do app Saúde 24h nas lojas Google Play ou Apple Store, utilizando um smartphone com sistema IOS ou Android com acesso à internet;

5.3. Após instalar o app Saúde 24h, o usuário deve entrar com o login e senha. O login deve ser composto pelo CPF do usuário e, após isso, é necessário validar o número de telefone através de um código de verificação que será enviado via SMS;

5.4. Após validar o código, ele deve criar sua senha, contendo no mínimo 8 (oito) dígitos, combinando letras maiúsculas e minúsculas, números e caracteres especiais;

5.5. Finalizadas as etapas anteriores, ele pode acessar o aplicativo, estando pronto para utilizar as funcionalidades do app Saúde 24h e também usufruir dos serviços quando quiser e precisar.

As assistências poderão ser acionadas após 15 dias contados da data de início de vigência do seguro.

5.6. Importante: para execução do serviço, é imprescindível que seja feito o contato com a central 0800 701 2704, ou pelo app Saúde 24h.

6. Limite e duração da assistência

6.1. O prazo de vigência do serviço corresponde ao prazo de vigência do seguro, salvo se este for cancelado, conforme disposto nas condições gerais do seguro e observadas as disposições complementares abaixo:

A assistência será considerada cancelada de pleno direito, independentemente de notificação prévia ao segurado:

- a)** Na data em que cessar, independentemente do motivo, a vigência do seguro e/ou vínculo entre o segurado e a seguradora.
- b)** Quando o beneficiário prestar informações inconsistentes, falhas, falsas ou inverídicas provenientes de má-fé;
- c)** Praticar atos ilícitos e contrários à lei.

6.2. A assistência psicológica individual poderá cancelar, imediata e independentemente de notificação prévia, o direito de o segurado e/ou dependentes utilizarem os serviços, quando ele(s):

- a)** Omitir(em) ou fornecer(em) intencionalmente informações falsas inverídicas;
- b)** Não atender(em) ao pedidos de informações solicitadas pela Central de Assistência para atendimento;
- c)** Praticar(em) atos ilícitos e contrários à lei.

6.3. Levando-se em consideração os serviços prestados, esta assistência não envolve obrigação direta de resultado, pois ela é prestada com o intuito de oferecer orientação/esclarecimento psicológico, não havendo nenhuma garantia ou promessa de resultado em oferecer ou garantir melhora no estado de saúde.

7. Âmbito geográfico

Os serviços serão prestados exclusivamente em território nacional.

8. Exclusões

8.1. Estão excluídos do escopo do serviço de assistência psicológica individual:

- a) Qualquer dano decorrente de informações falsas, adulteradas ou que, por qualquer meio, possam induzir a erro a equipe médica responsável pela elaboração do laudo respectivo;**
- b) Reembolso de despesas referentes a qualquer dos serviços descritos neste documento em nome do segurado ou seguradora;**
- c) Indicação de clínicas ou médicos especialistas para realização dos exames e/ou consultas bem como os respectivos custos;**
- d) Custos com medicamentos, exames e/ou tratamentos, internações, procedimentos clínicos, pronto atendimento, consultas com médicos especialistas;**
- e) Qualquer responsabilidade sobre a opção do segurado em não procurar serviço de profissional especializado, psicológico, médico, hospitalar ou de pronto atendimento;**
- f) Problemas psicológicos mais complexos;**
- g) Atendimento a transtornos mentais graves;**
- h) Atendimento em momentos de crises;**
- i) Urgência e emergência;**
- j) Acompanhamento contínuo do atendimento;**
- k) Psicoterapia;**
- l) Realização de diagnósticos;**
- m) Prescrição de medicamentos;**
- n) Atendimento pré-hospitalar;**
- o) Remoção;**
- p) Consulta domiciliar;**
- q) Rede credenciada.**

Esta parte não integra as condições gerais do seguro

Assistência psicológica familiar

1. Objetivo

A assistência psicológica familiar tem por objetivo auxiliar o segurado e seus dependentes devidamente indicados por ele e cadastrados, com orientações de caráter psicológico preliminar, básico e preventivo, por meio de contato telefônico receptivo feito por psicólogos, com observância de protocolos científicos e conhecimentos clínicos.

2. Beneficiários do serviço de assistência

O titular do seguro e até 3 dependentes de sua livre escolha, sem obrigatoriedade de vínculo familiar.

3. Prestação do serviço

A assistência psicológica familiar será realizada pela empresa Europ Assistance Brasil Serviços de Assistência S/A, CNPJ 01.020.029/0001-06, especializada em assistência, que colocará sua central de atendimento à disposição 24 (vinte e quatro) horas por dia, durante todo o ano, acionável através do telefone de Discagem Direta Gratuita (DDG).

4. Serviços disponíveis

4.1. O assistência psicológica familiar é um serviço de orientação psicológica por telefone, tendo como objetivos específicos:

- a)** Oferecer melhoria na qualidade de vida;
- b)** Acolher o segurado que esteja necessitando de uma escuta íntegra;
- c)** Auxiliar na identificação do que está causando o sintoma;
- d)** Estimular o segurado a estar mais consciente dos seus pensamentos e de si;
- e)** Prestar orientação especializada quando o segurado necessitar de atenção e/ou avaliação de uma questão pontual do seu dia a dia ou de seu ciclo de vida;

f) Auxiliar o segurado na diminuição dos sintomas que geram ansiedade, medo e estresse;

g) Orientar o segurado, quando necessário, na busca do especialista mais indicado para o seu caso/quadro.

Para correta interpretação dos serviços, a orientação psicológica por telefone terá as seguintes características.

4.2. Importante: o objetivo do serviço assistência psicológica familiar não é substituir a consulta médica ou psicológica nem fornecer diagnóstico, mas orientar o paciente sobre questões que favoreçam a sua saúde e longevidade.

5. Informações de utilização

5.1. Para acionar os serviços, o segurado titular deverá contatar a central 0800 701 2704 e fornecer todas as informações cadastrais, de forma clara e exata para sua perfeita identificação e atendimento, ou por meio do app Saúde 24h;

5.2. Realizar download do app Saúde 24h nas lojas Google Play ou Apple Store, utilizando um smartphone com sistema IOS ou Android com acesso à internet;

5.3. Após instalar o app Saúde 24h, o usuário deve entrar com o login e senha. O login deve ser composto pelo CPF do usuário e, após isso, é necessário validar o número de telefone através de um código de verificação que será enviado via SMS;

5.4. Após validar o código, ele deve criar sua senha contendo no mínimo 8 (oito) dígitos, combinando letras maiúsculas e minúsculas, números e caracteres especiais;

5.5. Finalizadas as etapas anteriores, ele pode acessar o aplicativo, estando pronto para utilizar as funcionalidades do app Saúde 24h e também usufruir dos serviços quando quiser e precisar.

5.6. Para cadastro dos dependentes

Acessar o Ícone “DEPENDENTES” e preencher os campos com NOME, DATA DE NASCIMENTO, SEXO, CPF, E-MAIL, TELEFONE CELULAR, TELEFONE RESIDENCIAL E TELEFONE CELULAR, TELEFONE COMERCIAL e clicar em “SALVAR”.

5.7. Importante: o dependente terá acesso após 24 (vinte e quatro) horas do cadastramento.

5.8. Regras da exclusão de dependentes

Será permitida a troca ou substituição dos dependentes, sempre de acordo com os critérios a seguir:

- **Primeira troca após 02 (dois) meses a partir do início de vigência do seguro;**
- **Segunda troca após 06 (seis) meses a partir do início de vigência do seguro;**

5.8.1. IMPORTANTE: serão permitidas até 02 (duas) trocas de dependentes por titular do seguro, por ano.

5.9. As assistências poderão ser acionadas após 15 dias contados da data de início de vigência do seguro.

5.9.1. Importante: para execução do serviço, é imprescindível que seja feito o contato com a central 0800 701 2704, ou pelo app Saúde 24h.

6. Limite e duração da assistência

6.1. O prazo de vigência do serviço corresponde ao prazo de vigência do seguro, salvo se este for cancelado, conforme disposto nas condições gerais do seguro e observadas as disposições complementares abaixo:

6.2. A assistência será considerada cancelada de pleno direito, independentemente de notificação prévia ao segurado e/ou dependente:

- a)** Na data em que cessar, independentemente do motivo, a vigência do seguro e/ou vínculo entre o segurado e seguradora.
- b)** Quando o beneficiário prestar informações inconsistentes, falhas, falsas ou inverídicas provenientes de má-fé;
- c)** Praticar atos ilícitos e contrários à lei.

6.3. A assistência psicológica familiar poderá cancelar, imediata e independentemente de notificação prévia, o direito de o segurado e/ou dependentes utilizarem os serviços, quando ele(s):

- a) Omitir(em) ou fornecer(em) intencionalmente informações falsas inverídicas;
- b) Não atender(em) aos pedidos de informações solicitadas pela Central de Assistência para atendimento;
- c) Praticar(em) atos ilícitos e contrários à lei.

6.4. Levando-se em consideração os serviços prestados, este não envolve obrigação direta de resultado, pois o mesmo é exercido com o intuito de orientação/esclarecimento psicológico, não havendo nenhuma garantia ou promessa de resultados em obter a melhora do estado de saúde.

7. Âmbito geográfico

Os serviços serão prestados exclusivamente em território nacional.

8. Exclusões

8.1. Estão excluídos do escopo do serviço de assistência psicológica familiar:

- a) Qualquer dano decorrente de informações falsas, adulteradas ou que, por qualquer meio, possam induzir a erro a equipe médica responsável pela elaboração do laudo respectivo;
- b) Reembolso de despesas referentes a qualquer dos serviços descritos neste documento em nome do segurado ou seguradora;
- c) Indicação de clínicas ou médicos especialistas para realização dos exames e/ou consultas bem como os respectivos custos;
- d) Custos com medicamentos, exames e/ou tratamentos, internações, procedimentos clínicos, pronto atendimento, consultas com médicos especialistas;
- e) Qualquer responsabilidade sobre a opção do segurado em não procurar serviço de profissional especializado, psicológico, médico, hospitalar ou de pronto atendimento;
- f) Problemas psicológicos mais complexos;
- g) Atendimento a transtornos mentais graves;
- h) Atendimento em momentos de crises;

- i) Urgência e emergência;**
- j) Acompanhamento contínuo do atendimento;**
- k) Psicoterapia;**
- l) Realização de diagnósticos;**
- m) Prescrição de medicamentos;**
- n) Atendimento Pré-Hospitalar;**
- o) Remoção;**
- p) Consulta domiciliar;**
- q) Rede credenciada.**

Esta parte não integra as condições gerais do seguro

Capitalização

Valor do prêmio líquido: R\$ 75.000,00*

A Bradesco Vida e Previdência S.A. é a proprietária dos títulos de capitalização (modalidade incentivo) emitidos pela Bradesco Capitalização S.A. – CNPJ 33.010.851/0001-74, processo Susep nº 15414.900172/2019-17. Um desses títulos está identificado neste certificado. Tais títulos de capitalização dão direito a concorrer a sorteios, direito esse que é cedido ao Cessionário, na parte relativa ao valor do prêmio, conforme a seguir.

Cessão de Direito

1. A Bradesco Vida e Previdência S.A., na qualidade de titular do título de capitalização identificado neste certificado, cede e transfere ao Cessionário seu direito, expresso no referido título, de concorrer a sorteios, de modo que, sendo sorteada a combinação correspondente ao “número da sorte” do qual é titular o Cessionário, o respectivo prêmio, deduzidos os impostos, taxas e quaisquer tributos que incidam ou venham a incidir o mesmo, seja pago ao Cessionário, permanecendo, entretanto, a Bradesco Vida e Previdência S.A., como titular de todos os demais direitos e obrigações decorrentes do referido título.
2. O Cessionário participará de 01 (um) sorteio mensal, integrante do Programa de Relacionamento da Bradesco Vida e Previdência, e estará elegível à participação em sorteios desde que esteja em dia com o pagamento do(s) prêmio(s) do seguro.
3. Para seguros com frequência de pagamento mensal, o Cessionário participará dos sorteios a partir da data da baixa do pagamento da segunda parcela.
4. Para seguros com frequência de pagamento anual, o Cessionário participará dos sorteios, 60 dias após a emissão do seguro pela seguradora.
5. O cliente receberá, anualmente, a cada término de vigência do título de capitalização, um novo certificado e um novo “número da sorte”. A promoção é válida em todo o território nacional.

- 6.** A divulgação dos contemplados ocorrerá via telefone, pela Bradesco Vida e Previdência. O participante poderá acompanhar os sorteios conforme orientações contidas neste “Certificado de Cessão de Direito a Participação em Sorteios”, encaminhado após aquisição do seguro.
- 7.** Todos os direitos e obrigações decorrentes deste título, incluindo, resgate e sorteio, cessam, automaticamente e de pleno direito, no prazo estabelecido na legislação em vigor.
- 8.** Os títulos serão ordenados em série de 1.000.000. A cada título será atribuído 1 (um) número composto de 6 (seis) algarismos, numerados de 000.000 a 999.999 distintos entre si e dos demais, denominados números para sorteio.

Extração Loteria Federal do Brasil

1º prêmio	5	3	4	2	1
2º prêmio	2	5	6	5	0
3º prêmio	4	2	3	2	1
4º prêmio	6	5	7	3	9
5º prêmio	0	1	9	3	8

Exemplo de combinação sorteada:

210.198

- 9.** Se por qualquer motivo não houver extração da Loteria Federal do Brasil em qualquer dos sábados previstos neste item, será considerada como sorteio substitutivo a primeira extração subsequente da Loteria Federal do Brasil.

10. Se a Loteria Federal suspender, temporária ou definitivamente, a realização dos seus sorteios ou modificá-los de tal forma que não mais coincidam com as premissas fixadas no corpo deste item, a Bradesco Capitalização terá 90 (noventa) dias, contados da data do primeiro sorteio não efetuado, para promover os sorteios não realizados, com aparelhos próprios, em sessão aberta ao público, precedidos de ampla divulgação e com a presença de um representante de firma de auditoria independente.

11. Ocorrendo o cancelamento do seguro, o Cessionário perderá o direito de participação nos sorteios, ficando sem efeito, para todos os fins, o disposto no presente certificado.

Todos os direitos e obrigações decorrentes deste título, incluindo, resgate e sorteio, cessam, automaticamente e de pleno direito, no prazo estabelecido na legislação em vigor.

***Os valores das premiações estão sujeitos à retenção do Imposto de Renda na Fonte de 30% (trinta por cento).**



bradesco
vida e previdência

Com Você. Sempre.