

São Paulo, 17 de Junho de 2025

AO

PROCON MARACANAÚ – CE

Ref.: AUD: 25.05.0564.001.00070-301

Consumidor: VANIA MARIA B DE MEDEIROS

CPF: 781.508.847-34

Endereço: Rua 8 - 1620 - Cágado - Maracanaú - CE - 61913-080

Audiência em 26/06/2025 às 11h15

SUL AMÉRICA SEGUROS DE PESSOAS E PREVIDÊNCIA S.A. vem respeitosamente, em atendimento à reclamação em epígrafe, acerca do cancelamento do contrato, expor o quanto segue:

Inicialmente informamos que o cancelamento do Certificado de Seguro nº 2932966 ocorreu em Cumprimento de Decisão Judicial Definitiva Processo 0006871-94.2006.8.06.0001, que tramita na 5ª Vara Cível da Comarca de Fortaleza, movida pelo Ministério Público Federal e outros (doravante denominados "MPF"),

No mérito esclarecemos que em meados de 2006, atendendo aos preceitos da nova regulamentação à época (Resolução CNSP nº 117/2004 e Circulares SUSEP nºs. 302/05 e 303/05), a SulAmérica implementou a readequação da carteira de seguros, que implicava na alteração de algumas coberturas e no consequente reajuste de prêmio de alguns segurados, com o objetivo de proporcionar o equilíbrio econômico-financeiro dos contratos vigentes.

No entanto, o Ministério Público Federal entendeu que a readequação proposta pela SulAmérica era abusiva e, portanto, em observância às suas atribuições, moveu Ação Civil Pública contra a seguradora a fim de impedir a readequação da carteira de seguros.

Na referida ação, o Poder Judiciário entendeu pela legalidade da cláusula de não renovação automática e da cláusula de reajuste dos prêmios mensais de acordo com a

faixa etária do segurado, declarando a legalidade do reenquadramento praticado pela SulAmérica.

Adicionalmente, informamos que a ASSOCIAÇÃO NACIONAL CENTRO DE CIDADANIA EM DEFESA DO CONSUMIDOR E TRABALHADOR- ACECONT- ACECONT, não concordou com essas mudanças propostas pela SulAmérica e entrou com um processo judicial (Ação Civil Pública) contra a SulAmérica, com o objetivo de impedir a readequação dessa carteira de seguros e mantê-los ativos sem alteração.

Ocorre que na ação, o Poder Judiciário considerou lícita **a não renovação dos contratos em grupo de seguro de vida**, declarando a legalidade da readequação contratual praticada pela SulAmérica na época.

Desta forma, em cumprimento de Decisão Judicial Definitiva, esta Seguradora prosseguiu com a rescisão do contrato, que se encerrou em 10/01/2025.

Acerca dos prêmios pagos, aclaramos que não são passíveis de estorno, uma vez que segurada teve cobertura durante todo período vigência.

Por oportuno, estamos anexando as cartas com os referidos processos.

Eram estes, portanto, os esclarecimentos que, respeitosamente, se queria prestar. A SulAmérica coloca-se à inteira disposição para mais esclarecimentos.

Cordialmente,

SUL AMÉRICA SEGUROS DE PESSOAS E PREVIDÊNCIA S.A.
OUVIDORIA

Rio de Janeiro, 20 de fevereiro de 2025.

Cumprimento de Decisão Judicial Definitiva

Ao Sr(a): VANIA MARIA B DE M DUNCAN AMAR

Certificado de Seguro nº 2932966

Assunto.: Seguro de Vida – Cumprimento de Decisão Judicial Definitiva em Ação Civil Pública

Apelação Cível nº **0031504-12.2006.8.19.0001**

Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro

Servimo-nos desta correspondência para, em atenção à decisão judicial definitiva proferida na Ação Civil Pública em referência, movida pela Associação Nacional Centro de Cidadania em Defesa do Consumidor e Trabalhador - ACECONT, esclarecer os termos da referida decisão e comunicar a não renovação do seu seguro atual, conforme exposto a seguir:

Em meados de 2006, atendendo aos preceitos da nova regulamentação à época (Resolução CNSP nº 117/2004 e Circulares SUSEP nºs. 302/05 e 303/05), a SulAmérica implementou a readequação da carteira de seguros, o que implicava a alteração de algumas coberturas e no consequente reajuste de prêmio de alguns segurados, com o objetivo de proporcionar o equilíbrio econômico-financeiro dos contratos então vigentes.

No entanto, a ACECONT entendeu que a readequação proposta pela SulAmérica era abusiva e, portanto, em observância às suas atribuições, moveu Ação Civil Pública acima identificada contra a seguradora, com o objetivo de impedir a readequação da carteira de seguros e mantê-los ativos sem alteração.

Na referida ação, o Poder Judiciário **considerou lícita a não renovação dos contratos em grupo de seguro de vida**, declarando a legalidade da readequação contratual praticada pela SulAmérica na época.

Ocorre que a decisão judicial que reconheceu a legalidade da readequação dos contratos foi confirmada pelo Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro e se tornou definitiva em julho de 2024, motivo pelo qual esta Seguradora vem, por meio desta correspondência, informar que prosseguirá com a rescisão do contrato firmado com V.Sª no passado.

Desta forma, a SulAmérica esclarece que a vigência do seu seguro de vida será finalizada após o transcurso do prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data de envio desta correspondência. Após este prazo, a vigência do contrato/apólice de seguro se encerrará para todos os fins de direito.

Caso V. Sª. tenha interesse em conhecer novos produtos comercializados por esta seguradora, permanecemos à disposição para eventuais esclarecimentos que se fizerem necessários por meio da nossa Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira (exceto feriados nacionais), das 08h00 às 18h30, pelos telefones 4004-4935 (capitais e regiões metropolitanas) e 0800 726 4935 (demais regiões).



Diretor de Vida e Previdência

Atenciosamente,

Sul América Seguros de Pessoas e Previdência S. A.

São Paulo, 07 de novembro de 2024.

Cumprimento de Decisão Judicial Definitiva
Processo nº 0006871-94.2006.8.06.0001

Ao Sr(a): VANIA MARIA B DE M DUNCAN AMAR

Certificado de Seguro nº 2932966

Ref.: Seguro de Vida – Cumprimento de Decisão Judicial Definitiva Processo 0006871-94.2006.8.06.0001

5ª Vara Cível da Comarca de Fortaleza

Servimo-nos desta correspondência para, em atenção à decisão judicial definitiva proferida na Ação Civil Pública em referência, movida pelo Ministério Público Federal e outros (doravante denominados “MPF”), esclarecer os termos da referida decisão e comunicar a não renovação do seu seguro atual, conforme exposto a seguir:

Em meados de 2006, atendendo aos preceitos da nova regulamentação à época (Resolução CNSP nº 117/2004 e Circulares SUSEP nºs. 302/05 e 303/05), a SulAmérica implementou a readequação da carteira de seguros, que implicava na alteração de algumas coberturas e no consequente reajuste de prêmio de alguns segurados, com o objetivo de proporcionar o equilíbrio econômico-financeiro dos contratos vigentes.

No entanto, o MPF entendeu que a readequação proposta pela SulAmérica era abusiva e, portanto, em observância às suas atribuições, moveu Ação Civil Pública contra a seguradora a fim de impedir a readequação da carteira de seguros.

Na referida ação, o Poder Judiciário **entendeu pela legalidade da cláusula de não renovação automática e da cláusula de reajuste dos prêmios mensais de acordo com a faixa etária do segurado**, declarando a legalidade do reenquadramento praticado pela SulAmérica.

Ocorre que a decisão judicial que reconheceu a legalidade da readequação dos contratos foi confirmada pelo Tribunal de Justiça do Estado do Ceará e se tornou definitiva em maio de 2024, motivo pelo qual esta Seguradora vem, por meio desta correspondência, informar que prosseguirá com a rescisão do contrato existente para com V.Sª.

Desta forma, a SulAmérica esclarece que o seu seguro de vida terá a sua vigência findada após o transcurso do prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data de envio desta correspondência. Após este prazo, a vigência do contrato/apólice de seguro se encerrará para todos os fins de direito.

Sul América Seguros de Pessoas e Previdência S.A.
CNPJ nº 01.704.513/0001-46
Rua do Passeio | nº 42 | Centro |
Rio de Janeiro | RJ |
CEP 20021-290



Caso V. S^a. tenha interesse em conhecer novos produtos comercializados por esta seguradora, permanecemos à disposição para eventuais esclarecimentos que se fizerem necessários por meio da nossa Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira (exceto feriados nacionais), das 08h00 às 18h30, pelos telefones 4004-4935 (capitais e regiões metropolitanas) e 0800 726 4935 (demais regiões).

Atenciosamente,

Sul América Seguros de Pessoas e Previdência S. A.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "J. Schubert", is centered within a light gray rectangular box.

Diretor de Vida e Previdência

Condições Gerais do Seguro Vida em Grupo e Acidentes Pessoais Coletivo

Cláusula I – Grupo Segurável

1 - Denomina-se "Grupo Segurável", aquele constituído pela totalidade das pessoas que mantenham com o Estipulante vínculo associativo ou empregatício.

Cláusula II – Grupo Segurado

1 - Denomina-se Grupo Segurado o grupo constituído pelo total dos segurados incluídos nas apólices, isto é, o total dos participantes do grupo segurável que tenham preenchido todas as condições de admissão no seguro, e tenham sido efetivamente aceitos como segurados, pelas Seguradoras.

Cláusula III – Condições de Aceitação de Segurados

Poderão ser aceitos, através de: Declaração Pessoal de Saúde, Declaração da Empresa Contratante e/ou Exame Médico, todos os indivíduos em boas condições de saúde na data fixada na proposta, relação ou Contrato de Adesão, para o início do respectivo risco individual.

Cláusula IV – Estipulante e Segurados

1 - Denomina-se "Estipulante" a entidade que contrata os seguros com as Seguradoras, sobre a vida de seus Associados.

2 - Denomina-se "Segurados" os Associados do Estipulante, incluídos no seguro.

3 - O Estipulante, é o mandatário dos segurados, ficando pois, investido dos poderes de representação destes perante as seguradoras, e nesta qualidade fornecerá e receberá todas as comunicações ou avisos inerentes as apólices, inclusive alterações dos capitais segurados, bem como inclusão e exclusão de segurados. Fica ressalvado, entretanto, que o Estipulante não poderá cancelar o seguro sem o pleno consentimento do Segurado.

Cláusula V - Benefícios

São as indenizações pagáveis e os reembolso efetutáveis pelas Seguradoras, em caso de ocorrência de sinistros previstos nas apólices e/ou cláusulas acessórias e condições especiais.

Cláusula VI – Âmbito Territorial

O presente seguro abrange os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre

Cláusula VII – Início de Vigência do Risco Individual

O prazo para aceitação ou recusa da proposta individual pelas seguradoras é de até 7 (sete) dias, contados a partir da data do protocolo em uma das Unidades do Estipulante. Uma vez aceita a proposta, a vigência do seguro terá início a partir da 0 (zero) hora do dia determinado pelo proponente na mesma.

Se o prêmio do seguro individual for pago através de desconto em folha, a cobertura se inicia no primeiro dia do mês subsequente ao desconto.

Cláusula VIII – Término do Risco Individual

As garantias de qualquer Segurado terminarão:

- 19.1 Automaticamente na data do cancelamento da apólice de acordo com as normas oficiais para o seguro de vida em grupo e acidentes pessoais coletivos;
- 19.2 Na data do falecimento do Segurado Principal
- 19.3 Com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e/ou Empresa Contratante e o Estipulante;
- 19.4 Quando o Segurado e/ou Empresa Contratante deixar de efetuar o pagamento de no máximo 3 (três) prêmios individuais mensais consecutivos;
- 19.4.1 O Segurado e/ou Empresa Contratante não quitar o prêmio individual na data de seu vencimento, em caso de parcelas com pagamento de prêmio para período de cobertura superior a um mês;
- 19.5 Para os segurados que se aposentarem durante a vigência da apólice aplica-se o disposto no item 5.3 das Condições Especiais do Seguro Vida em Grupo.

Cláusula IX – Capitais Segurados**1 – Definição:**

É a importância máxima a ser paga ou reembolsada ao próprio Segurado ou beneficiários, em caso de ocorrência de sinistros com o Segurado.

2 - Reajuste Automático dos Capitais Segurados

Os capitais segurados e respectivos custos serão reajustados automaticamente de acordo com opção feita pelo Segurado, obedecidos os seguintes critérios:

- 19.1 Seguros com Reajuste Pós- Fixado
 - 19.1.1 Reajuste automático com base na variação do Título Oficial de Referência Monetária relativo ao período escolhido pelo Segurado.
 - 19.1.2 Os capitais segurados e os prêmios reajustados nas condições acima terão início de vigência de acordo com as opções descritas na Cláusula VII deste.
 - 19.1.3 Em caso de atraso de pagamento não superior a 90 (noventa) dias, este deverá ser feito tomando-se por base, para conversão em moeda corrente, o valor do Título do dia de quitação dos prêmios.
- 19.1 Seguro Contratados com Indexação Plena mensal
 - 19.1.1 Nos seguros com reajuste mensal, o capital e o prêmio terão a duração de 30 dias a partir do início de vigência.
 - 19.1.2 O capital Segurado e o prêmio inicial serão convertidos em quantidade de Título Oficial de Referência Monetária, tomando-se por base o valor deste em vigor na data de início de vigência do seguro, devendo os pagamentos serem efetuados em moeda corrente nacional, nas respectivas datas de vencimento, convertidos pelo valor do Título Oficial de Referência Monetária do 1º (primeiro) dia do mês de vencimento.
 - 19.1.3 Em caso de atraso de pagamento não superior a 90 (noventa) dias, este deverá ser feito tomando-se por base, para conversão em moeda corrente, o valor do Título do 1º (primeiro) dia do mês de quitação dos prêmios.

Seguros com Indexação Plena Diária e Pagamento de Prêmio Mensal

- 19.1.1 Nos seguros com indexação plena diária o capital e o prêmio serão convertidos em quantidade Título Oficial de Referência Monetária, tomando-se por base o valor do Título em vigor no dia da data de início da cobertura.
- 19.1.2 Os pagamento dos prêmios serão efetuados em moeda corrente nacional, convertidos pelo valor do Título Oficial de Referência Monetária do dia de pagamento.
- 19.1.3 Em caso de atraso de pagamento não superior a 90(noventa) dias, este deverá ser feito tomando por base, para conversão em moeda corrente, o valor do Título do dia de quitação dos prêmios.
- 19.1 Seguros com Pagamento antecipado de Prêmio para Período de Cobertura Superior a um mês.
- 19.1.1 Nos seguros com pagamento antecipado de prêmio para período de cobertura superior a um mês, o capital Segurado será reajustado automaticamente a cada 30(trinta) dias, contados da data de início de vigência do seguro.
- 19.1.2 Tratando-se de Indexação diária o capital Segurado será convertido em quantidade de Título Oficial de Referência Monetária, adotando-se a mesma regra estabelecida no item 2.3.
- 19.1 A indenização corresponderá ao valor do capital Segurado vigente na data do sinistro. A partir da data do sinistro às Seguradoras, a indenização será corrigida de acordo com a variação do Título Oficial de Referência Monetária, nos termos das normas oficiais vigentes.

Cláusula X – Dos Prêmios

- 19 pagamento do Prêmio.
- 19.1 Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado pelo Segurado ou Empresa Contratante, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista no respectivo documento de cobrança.
- 19.1.1 Se o sinistro ocorrer dentro do prazo para pagamento do prêmio, o direito a indenização não fica prejudicado se o mesmo for realizado ainda naquele prazo.
- 19.2 O pagamento do prêmio deverá ocorrer até a data limite constante do documento de cobrança.
- 19.3 Quando a data limite cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.
- 19.4 Decorridos os prazos referidos nos itens anteriores sem que tenha sido quitado o respectivo documento de cobrança, o contrato ou aditamento a ele referente será automaticamente suspenso, pelo prazo de 90(noventa) dias contados à partir da vigência do documento que deu origem a suspensão. Vencido o período de suspensão sem que os prêmios tenham sido pagos nas formas previstas nas cláusulas IX, destas condições, o seguro será automaticamente e de pleno direito cancelado, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela do prêmio já paga.
- 19.4.1 Caso o Estipulante deixe de recolher às Seguradoras no prazo devido os prêmios recebidos dos segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do seguro, respondendo as Seguradoras, até o cancelamento das apólices, pelo pagamento das indenizações devidas, ficando o Estipulante sujeito às cominações legais.
- 19.4.2 Nos seguros coletivos contributários, se a Empresa Contratante deixar de recolher ao Estipulante, no prazo devido, os prêmios recebidos dos Segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do seguro, respondendo as Seguradoras, até o cancelamento dos respectivos seguros, pelo pagamento das indenizações devidas, ficando a Empresa Contratante sujeita às cominações legais.

- 19.1 No caso da cobrança do prêmio se efetuar através de desconto ou consignação em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento das apólices, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante pedido formal do Segurado.
- 19.1 Na cobrança de prêmio mediante carnê, o Estipulante providenciará para que o Segurado receba o novo carnê de pagamento até 30(trinta) dias antes do vencimento de sua primeira parcela.
- 19.1.1 Caso o Segurado não receba o novo carnê até o prazo estabelecido e desde que não tenha havido cancelamento das apólices é seu direito efetuar o pagamento do prêmio, mediante depósito bancário na conta indicada no carnê anterior, o que deve ser feito antes do início do novo período de cobertura.
- 19.1 1.7 É vedado ao Estipulante recolher dos segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além do fixado pelas Seguradoras e a elas devido; caso o Estipulante receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizando na cobrança o valor do prêmio de cada Segurado.
- 19.1.1 Fica vedada a cobrança ao Segurado de taxa de inscrição ou de intermediação.
- 19.1 A presente Cláusula prevalece sobre quaisquer outras condições que dispuserem em contrário.
- 19.1 Suspensão automática das Coberturas

Sempre que o Segurado deixar de pagar o prêmio na data de seu vencimento, as coberturas do seguro contratado estarão automática e imediatamente suspensas. As coberturas poderão ser revalidadas a partir do dia seguinte ao do pagamento da(s) parcela(s) em atraso(s), desde que o Segurado ainda não tenha sido excluído das apólices

19.1 Cancelamento por falta de pagamento.

O Segurado que deixar de efetuar o pagamento conforme Cláusula VIII – Itens 1.4 e 1.4.1 terá o seu seguro automaticamente cancelado, por falta de pagamento, independente de notificação por escrito das Seguradoras ou do Estipulante. Qualquer pagamento recebido pela rede bancária após este prazo será restituído ao Segurado, não acarretando responsabilidade alguma às Seguradoras ou ao Estipulante.

19.1 Reabilitação do Seguro

Admite-se a reabilitação do seguro, mediante preenchimento de nova proposta sujeita à aprovação e aceitação pelas Seguradoras. Neste caso, o início de vigência se dará a partir do primeiro dia de cobertura a que se referir o prêmio recebido, respondendo sempre por todos os sinistros ocorridos a partir daquela data.

Cláusula XII - Idade

As Seguradoras reservam-se o direito de exigir, em qualquer tempo, provas satisfatória da idade do Segurado. Verificada a inexatidão na idade informada proceder-se-á à revisão do prêmio, cobrado ou devolvendo a diferença.

Cláusula XIII - Beneficiários

19 Para os seguros com preenchimento de proposta:

O Segurado indicará na Proposta Individual o(s) beneficiário(s), a quem deverá ser pago o capital segurado, em caso de morte.

19.1 Não havendo beneficiário(s) designado(s), o capital devido por morte do Segurado será pago na forma da lei;

19.2 O Segurado poderá indicar pessoa jurídica quando:

- os componentes convencionam, através de contrato, pagar prestações à pessoa jurídica para amortizar dívida contraída ou para atender a compromisso assumido, o primeiro beneficiário é a pessoa jurídica pelo valor da dívida ou do compromisso. A diferença que ultrapassar o saldo será paga a um segundo beneficiário, indicado pelo Segurado;
- a pessoa jurídica assumir o custeio da formação, aperfeiçoamento ou especialização profissional do Segurado.

19.1 No caso de Invalidez por doença ou Acidente, o pagamento será efetuado ao próprio segurado.

19 Para os seguros coletivos sem preenchimento de Proposta, será adotada a seguinte ordem sucessória:

- Cônjuge sobrevivente ou na inexistência deste,
 - Os filhos do Segurado em partes iguais ou, na inexistência destes,
 - Os pais do Segurado em partes iguais ou, na inexistência destes,
 - Outros herdeiros legais.
 - O(a) Companheiro(a) será equivalente ao cônjuge nos casos em que a previdência permitir.
- 19 Ao Segurado é lícito, em qualquer época, substituir seu(s) beneficiário(s), mediante comunicação por escrito às Seguradoras, por meio do Estipulante. Qualquer mudança de beneficiário(s) desde que preenchidas as formalidades anteriores, só terá validade após a data de protocolo por uma das unidades do Estipulante ou, através de documentos legais.
- 19.1 Nenhuma alteração de beneficiário terá validade se não constar da declaração escrita do Segurado

Cláusula XIV - Pagamento do Capital Segurado

19 O correndo a morte, Invalidez por Doença ou Acidente do Segurado após o início da cobertura do risco, dentro do período de vigência da apólice, as Seguradoras pagarão o valor do capital Segurado ao(s) beneficiário(s) instituído(s), conforme estabelecido na cláusula XIII.

20 O pagamento somente será efetuado após a apresentação às Seguradoras, da prova de morte ou invalidez em forma legal, juntando formulário próprio fornecido pelo Estipulante, devidamente preenchido, assinado e ainda, se for com a habilitação do(s) beneficiário(s).

21 O valor da indenização será adiantado ao(s) beneficiário(s) ou ao próprio Segurado através de cheque normativo emitido pelo Estipulante ou ordem de pagamento pagável no domicílio ou praça do(s) mesmo(s), no prazo de cinco dias úteis contados a partir da complementação da documentação comprobatória exigida pelas Seguradoras.

19.1 Transformação de Indenização em Renda

As indenizações por morte ou invalidez total por acidente poderão ser pagas integral ou parcialmente, sob a forma de renda certa, desde que tenha havido opção expressa do Segurado neste sentido, devendo as partes estabelecerem, em contrato, o valor da renda mínima inicial.

Cláusula XV- Perda da Indenização

19 As Seguradoras não pagarão qualquer indenização com base no presente seguro, caso haja por parte do Estipulante, do Segurado, seus prepostos ou seus beneficiários:

19.1 inexistência ou omissão nas declarações da proposta ou do cartão proposta do seguro;

19.2 inobservância das obrigações convencionadas neste seguro e;

19.3 fraude ou tentativa de fraude simulando acidente ou agravando as consequências do acidente.

Cláusula XVI- Junta Médica

19 As divergências sobre a causa, a natureza e extensão de lesões, bem como a avaliação de incapacidade em decorrência de acidente, doença, ou doença em fase terminal, serão dirimidas por uma junta médica constituída de três membros, sendo um nomeado pelas Seguradoras, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois membros nomeados.

20 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado, os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pelas Seguradoras.

Cláusula XVII- Demonstrativo de Coberturas

19 O Estipulante fornecerá a cada Segurado, um Demonstrativo-Certificado das coberturas que servirá como prova de sua inclusão no grupo Segurado.

20 Este Demonstrativo-Certificado conterá, além do nome do Segurado, e do Estipulante as seguintes características: número do certificado, demonstrativo de coberturas, capital Segurado, data do início do seguro.

21 As alterações das condições do seguro, bem como as do capital Segurado serão informadas através de novo Demonstrativo-Certificado.

Cláusula XVIII- Existência de Outros Seguros

19.1 O Segurado se obriga:

a) a declarar, na proposta do seguro a existência de quaisquer outros seguros; e

b) a comunicar imediatamente às Seguradoras, através do Clube dos Executivos por escrito, a efetivação posterior de outros seguros.

Cláusula XIX- Renovações das Apólices

As apólices serão automaticamente renovadas no fim de cada ano de vigência, salvo se as Seguradoras ou Estipulante, mediante aviso prévio de no mínimo 30(trinta) dias antes do aniversário, solicitarem o cancelamento das mesmas.

Cláusula XX- Cancelamento

As apólices serão canceladas, obrigatoriamente, mediante aviso prévio de no mínimo 30 (trinta) dias, se a composição do grupo ou a natureza dos riscos vier a sofrer alterações, tais que a tornem incompatível com as condições mínimas de manutenção previstas nas Normas para o Seguro de Vida em Grupo e Acidentes Pessoais Coletivo.

Cláusula XXI- Coberturas Adicionais

As Cláusulas previstas pelas normas oficiais em vigor, com coberturas ou benefícios adicionais e/ou condições especiais ou particulares que venham a ser inseridas nas presentes apólices, serão consideradas como parte integrante deste contrato.

4.a - Clausula Suplementar de Inclusão Automática de Cônjuges

4.a.1 - Conceito

4.a.1.1 Pela presente cláusula suplementar, farão também parte do grupo segurável compulsoriamente todos os cônjuges dos componentes principais para uma mesma Empresa Contratante.

4.a.1.1.1 A inclusão da cláusula só será permitida para os Planos Coletivos que tenham cláusula suplementar de cônjuge na forma automática.

4.a.1.2 Equiparam-se aos cônjuges os (as) companheiros(as) dos segurados, desde que haja concordância com a anotação feita na carteira profissional do Segurado Principal ou que haja concordância com a declaração do Imposto de Renda em conformidade com o disposto nas leis brasileiras sobre a matéria.

4.a.1.3 Os segurados pertencentes as categorias profissionais para as quais não são expedidas carteiras profissionais terão incluídas no seguro os(as) companheiros(as), quando estes estiverem registrados devidamente de acordo com a regulamentação própria.

4.a.1.4 Não poderão participar da cláusula suplementar os cônjuges e companheiros(as) que façam parte do grupo segurável Principal.

4.1.2 Garantias

As garantias desta cláusula suplementar são as declaradas no Contrato de Adesão ao Seguro, Assinado pela Empresa Contratante, junto ao Estipulante.

4.a.3 Capital Segurado

O Capital Segurado da garantia básica do cônjuge não poderá ser superior a 100% (cem por Cento) do capital do Segurado Principal.

4.a.4 Início da Cobertura

4.a.4.1 A cobertura dos riscos individuais previstos no item 4.a.2 vigorará a partir:

4.a.4.1.1 da data do início da cobertura do risco individual do Segurado Principal, para os cônjuges admitidos no grupo simultaneamente com o mesmo;

4.a.4.1.2 da data da inclusão da cláusula no seguro coletivo apólice, se esta for incluída após o início de vigência da apólice.

4.a.5 Início da Cobertura

A indenização por morte devida por esta cláusula suplementar será paga ao Segurado Principal.

4.a.6 Cancelamento do Seguro

O seguro do cônjuge será obrigatoriamente cancelado:

- quando forem canceladas as apólices;
- quando cancelado o Seguro Coletivo;
- quando for cancelada esta cláusula suplementar;
- no caso de o Segurado Principal sair do grupo Segurado;
- no caso de morte do Segurado Principal;
- no caso de separação judicial ou divórcio;
- no caso de cancelamento de seu registro quando se tratar de companheiro(a);
- a pedido do Segurado Principal.

4.a.7 Cancelamento a Cláusula

4.a.7.1 Esta cláusula suplementar será cancelada facultativamente por iniciativa das Seguradoras ou Estipulante, mediante aviso prévio de 30 dias.

4.a.8 Disposições Gerais

Aplicam-se nesta cláusula suplementar todas as disposições contidas nas "Condições Gerais" Das apólices, desde que sejam pertinentes e não contrariem os dispositivos expressos nesta cláusula.



4.b – Clausula Suplementar de Inclusão Automática de Filhos**4.b.1 Objeto**

4.b.1.1 Pela presente clausula suplementar farão também parte do grupo segurável, todos os filhos do Segurado Principal.

4.b.1.2 Para fins desta clausula são seguráveis os filhos, enteados e menores considerados dependentes do Segurado Principal, de acordo com regulamento do Imposto de Renda.

4.b.1.3 A inclusão da clausula só seria permitida nos Planos Coletivos que tenham clausula suplementar de cônjuge na forme automática.

4.b.2 Inclusão de Filhos

4.b.2.1 A Inclusão só poderá ser feita automaticamente abrange todas as pessoas seguráveis enquadradas nas condições do subitem 4.b.1.2.

4.b.2.2 Quando ambos os cônjuges forem componentes do grupo Segurado, os filhos serão segurados apenas uma vez, considerando-se dependente do cônjuge de maior capital Segurado, sendo este denominado Segurado Principal para efeito desta clausula,

4.b.3 Garantias

4.b.3.1 As garantias desta clausula suplementar são as declaradas no Contrato de Adesão ao Seguro, assinado este denominado Segurado Principal para efeito desta clausula.

4.b.3.2 A garantia de morte, nos seguros de menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério das Seguradoras, por outros comprovantes satisfatórios.

Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado.

Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

4.b.4 Capital Segurado

O capital segurado da garantia dos Filhos não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do capital do Segurado Principal, de acordo com critério estabelecido no subitem 4.b.2.2.

4.b.5 Beneficiário

Qualquer reembolso devido por esta clausula suplementar será feito ao Segurado Principal.

4.b.6 Cancelamento do Seguro do Filho

- no caso de o Segurado Principal sair do grupo Segurado;
- quando for cancelada a clausula suplementar de inclusão de cônjuge;
- no caso de morte do Segurado Principal;
- no caso da cessação da condição de dependente, conforme previsto na regulamentação do Imposto de Renda.

4.b.7 Disposições gerais

Aplicam-se nesta cláusula complementar todas as disposições contidas nas "Condições Gerais" das apólices, desde que sejam pertinentes e não contrariem os dispositivos expressos nesta cláusula

Handwritten signature

5 – Condições Especiais do Seguro de Vida em Grupo

5.1 – Riscos Cobertos

O risco de morte do Segurado, qualquer que seja a causa, observadas as restrições legais sobre o seguro de vida.

Os riscos previstos nas cláusulas adicionais e/ou suplementares e condições especiais, nos termos dos contratos de adesão ao seguro.

5.2 – Riscos Excluídos

Para fins do seguro de Vida em Grupo, estão excluídos da cobertura individual do seguro os eventos ocorridos em consequência:

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

de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;

de doenças preexistentes à contratação do seguro.

5.3 – Aposentados

5.3.1 – Os aposentados poderão participar do seguro, pagando eles próprios, seus respectivos prêmios, desde que não tenham sido aposentados por invalidez.

5.3.2 – Os segurados que se aposentarem durante a vigência da apólice serão mantidos no seguro, sem redução de seu capital Segurado, se assim desejarem, ficando vedada a formação de planos coletivos destinado exclusivamente aos segurados aposentados.

5.3.3 – Os segurados aposentados terão o reajuste das importâncias seguradas na conformidade dos critérios previstos nas condições do seguro firmado.

5.4 – Carência

Nos termos dos contratos de adesão dos segurados poderão ser adotados período de carência para as garantias básica e adicional de Invalidez Permanente Total por Doença.

Caso adotado período de carência, fica assegurada a prorrogação automática das coberturas por período no mínimo correspondente à carência fixada, respeitada a prerrogativa de seu cancelamento pelas Seguradoras por impossibilidade de manutenção do grupo Segurado.

5.a Cláusula de Invalidez Permanente Total por Doença

5.a.1 – Objeto

A presente cláusula garante ao Segurado o pagamento de uma indenização calculada na forma prevista no subitem 5.a.5, caso ele venha a se tornar total e permanentemente inválido, em consequência de doença.

5.a.2 – Conceito

“Consideram-se invalidez permanente total por doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.”

Considera-se também como total e permanente inválidos os Segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

5.a.3 – Cessaçã da Garantia

Além – A garantia prevista nesta cláusula cessará quando:
Ocorrer a invalidez permanente e total do Segurado;
O Segurado for excluído do grupo;
Houver o cancelamento do Sub-Grupo, ressalvados casos de invalidez ocorridos antes desse cancelamento;
For cancelado o seguro em decorrência de atraso no pagamento dos prêmios.

5. a.4 – Limite de Idade

5.a.4.1 – Somente serão aceitas pessoas com idade inferior a 60(sessenta) anos, na data da contratação para seguros individuais;

5.a.5 – Indenização

5.a.5.1 – Sendo reconhecida a invalidez pela Seguradoras, o capital relativo a esta Cláusula será pago de uma só vez.

5.a.5.2 – Após o pagamento do capital Segurado na forma prevista no item 5.º5.1 desta cláusula, o Segurado será automaticamente excluído da apólice de seguro de Vida em Grupo.

5.a.6 – Prova de Invalidez

5.a.6.1 – Considerar-se-á como prova e início da invalidez, a data da concessão da aposentadoria por invalidez de Instituição de Previdência Oficial.

5.a.6.2 – Quando o Segurado não tiver direito ao benefício de aposentadoria junto a instituição de previdência oficial, a invalidez será comprovada através de laudo médico, emitido por perito indicado pelas seguradoras, onde deverá constar o diagnóstico e data do início da invalidez.

5.a.6.3 – Em ambos os casos o Segurado deverá enviar às seguradoras, através do Estipulante, formulário de próprio preenchido pelo médico assistente prestando informações sobre a doença.

5.a.6.4 – A critério do médico das seguradoras, e sempre que necessário o Segurado fornecerá cópia do Laudo e/ou exames complementares que comprovem a invalidez total e permanente por doença.

5.a.7 – Acumulação da Indenização

5.a.7.1 – A indenização prevista nesta cláusula especial, não se acumula com a indenização para garantia básica – Morte por Qualquer Causa.

5.a.8 – Prêmio

5.a.8.1 – O prêmio adicional da presente Cláusula será incluído na taxa normal do seguro, de acordo com as normas oficiais vigentes.

5.a.8.2 – Fica entendido que qualquer prêmio adicional pago, após quaisquer das ocorrências mencionadas no Item 5.a.3, não dará direito aos benefícios previstos nesta cláusula e será devolvido pelas seguradoras ao Segurado.

5.a.9 – Disposições Gerais

Aplicam-se a esta cláusula as “Condições Gerais” deste seguro aqui reiteradas e que não contrariem dispositivos expressos nestas condições especiais.



5.b – Condição Especial de Auxílio Funeral

5.b.1 – Garantia

A presente condição garante ao beneficiário, na forma estabelecida nesta condição, uma indenização à título de auxílio funeral, em caso de morte, qualquer que seja a causa.

5.b.2 – Limite de Garanta

A presente garantia fica limitada à 10% (dez por cento) do capital individual segurado, não podendo ultrapassar, em nenhuma hipótese, ao valor correspondente em moeda corrente nacional a 100.000 FTRD (cem mil de fator de taxa referencial diária), ou outro índice que venha substituí-lo, na data de ocorrência do evento coberto.

5.b.3 – Concessão da Cobertura

Esta condição especial não poderá ser incluída na apólice, isolada da cobertura básica.

5.b.4 – Pagamento da Indenização

5.b.4.1 – O pagamento do auxílio funeral será efetuado a pessoa física ou jurídica que tenha realizado as suas dispensas o funeral do segurado, mediante a apresentação dos comprovantes de despesas expedidos em seu nome.

5.b.5 – Carência

5.b.5.1 – Terá início a Zero hora do primeiro dia do mês subsequente ao do pagamento da primeira parcela pela Empresa Contratante.

5.b.5.2 – Para empregados incluídos no seguro após o início de vigência do Contrato de Seguro de Capital Global, a vigência do risco individual terá no dia seguinte aquele em que completar 90(noventa) dias de registro na Empresa Contratante, desde que estejam em plena atividade profissional. O benefício previsto nesta condição está sujeito a carência de 90(noventa) dias contados a partir da data de inclusão no seguro.

5.b.6 – Cessação da Cobertura:

A cobertura desta condição especial cessará:
com o desaparecimento do vínculo empregatício entre o empregado e a Empresa Contratante.

Em caso de aposentadoria por invalidez do empregado.

5.b.7 – Disposições Gerais

Aplicam-se a esta condição especial as "Condições Gerais" deste seguro aqui reiteradas e que não contrariem os dispositivos expressos nesta condição especial.

6 – Condições Especiais do Seguro Coletivo de Acidentes Pessoais

6.1 – Objeto

O presente seguro tem por objetivo garantir, dentro dos limites e sob as condições especiais expressamente convencionadas, o pagamento de uma indenização ao Segurado ou a seus beneficiários, caso aquele venha a sofrer um acidente pessoal.

6.2 – Conceitos

6.2.1 – Para os fins deste seguro, considera-se acidente pessoal o evento com data caracterizada, exclusiva e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou invalidez permanente total ou parcial do Segurado ou tome necessário tratamento médico.

6.2.1.1 – Incluem-se, ainda, no conceito de acidente pessoal as lesões decorrentes de:

Ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;

Escapamento acidental de gases e vapores;

Sequestros e tentativas de sequestros; e

Alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

6.2.2 – Para fins deste seguro, não se incluem no conceito de acidente pessoal:

as doenças (incluindo 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;

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

6.3 – Riscos Excluídos

6.3.1 – Estão excluídos da cobertura individual do seguro eventos ocorridos em consequência:

Dos itens a e b, descritos na cláusula 5.b das condições especiais do seguro de Vida em Grupo;

De competições em veículos, inclusive treinos preparatórios;

De furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrário à lei;

Direta ou indireta de quaisquer alterações mentais consequentes do uso do álcool, de drogas, de entorpecentes ou substâncias tóxicas.

6.3.2.1 – Qualquer tipo de hérnia e suas consequências, mesmo quando provocados por acidentes.

6.3.2.2 – O parto ou aborto e suas consequências, mesmo quando provocados por acidentes.

6.3.2.3 – As perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.

6.3.2.4 – O suicídio ou a tentativa de suicídio.

6.3.2.5 – O choque anafilático e suas consequências.

6.3.2.6 – Despesas de acompanhantes, dietas especiais e estados de convalescença.

6.4 – Garantias do Seguro

6.4.1 – No caso de Morte ocorrida por acidente, as Seguradoras pagarão aos beneficiários do seguro a importância correspondente, respeitando o que dispõe o subitem 6.5.1, destas Condições.

6.4.1.1 – a indenização por morte do dependente, no caso de inclusão automática do Segurado dependente, é devida ao Segurado principal.

6.5 – Ocorrências do Acidente

6.5.1 – Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade das Seguradoras, deverá ser ele comunicado pelo Segurado, seu Representante ou pelo Beneficiários, dentro dos 30(trinta) primeiros dias da data do acidente, no formulário Aviso de Acidente, ou em carta registrada ou telegrama dirigido ao Estipulante.

6.5.2 – Da comunicação por carta ou telegrama deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

A comunicação na forma do subitem 6.5.2 não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Acidente dentro do prazo de 30(trinta) dias a contar da data do acidente.

6.5.3 – O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

6.6 – Comprovação do Acidente

6.6.1 – O Segurado ou Beneficiário, para recebimento da indenização, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando às Seguradoras quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

6.6.2 – As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou de seus beneficiários, salvo as diretamente realizadas pelas Seguradoras.

6.6.3 – As Seguradoras poderão exigir, também, do Segurado ou de seus Beneficiários documentos médicos, atestados de autoridades administrativas e policiais, e certidões de inquérito ou processos relacionados com o acidente.

6.6.4 – As providências ou atos que as Seguradoras praticarem após o acidente não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

6.7 – Ação de Ressarcimento Contra Terceiro Civilmente Responsável Pelo Acidente.

As Seguradoras abre mão, em favor do Segurado e de seus beneficiários, do direito de promover a ação de ressarcimento contra terceiro civilmente responsável pelo acidente.

6.a – Garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente**6.a.1 – Conceito**

Como Invalidez Permanente, entende-se a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão.

6.a.2 – Indenização

6.a.2.1 – Após conclusão do tratamento (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente avaliada quando da alta médica definitiva, as Seguradoras pagarão uma indenização de acordo, com a seguinte Tabela:

Tabela Para Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente

Invalidez Permanente Total	% sobre a Importância Segurada
----------------------------	--------------------------------

Discriminação

Perda total da visão de ambos os olhos.....	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores.....	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores.....	100
Perda total do uso de ambas as mãos.....	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior.....	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés.....	100
Perda total do uso de ambos os pés.....	100
Alienação mental total e incurável.....	100

Invalidez Permanente Parcial Diversas	% sobre a Importância Segurada
---------------------------------------	--------------------------------

Discriminação

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

	% sobre a
Invalidez Permanente Parcial Membros Superior	Importância Segurada

Discriminação

Perda total 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.....	09
Perda total do uso de um dos dedos indicadores.....	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios.....	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares.....	09
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.	

	% sobre a
Invalidez Permanente Parcial Membros Inferiores	Importância Segurada

Discriminação

Perda total 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 tibio-peroneiros.....	25
Fratura não consolidada de rótula.....	20
Fratura não consolidada de um pé.....	20
Anquilose total de um dos joelhos.....	20
Anquilose total de um dos tornozelos.....	26
Anquilose total de um quadril.....	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e uma parte do mesmo pé	
Amputação do 1º (primeiro) dedo.....	10
Amputação de qualquer outro dedo.....	03
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	

Encurtamento de um dos membros inferiores	
de 5 (cinco) centímetros ou mais.....	15
de 4 (quatro) centímetros.....	10
de 3 (três) centímetros.....	06
menos de 3 (três) centímetros: sem indenização.	

6.a.2.2 – Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à porcentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da porcentagem de redução e, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das porcentagens de 75%, 50% e 25%.

6.a.2.3 – Nos casos especificados na Tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

6.a.2.4 – Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as porcentagens 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 porcentagens correspondentes não pode exceder a indenização prevista para sua perda total.

6.a.2.5 – Para efeito da indenização, a perda ou maior redução de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser reduzida do grau de invalidez definitiva.

6.a.2.6 – A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito a indenização por invalidez permanente.

6.a.2.7 – A Invalidez Permanente deve ser comprovada com a apresentação às Seguradoras de declaração médica.

6.a.2.8 – No caso de menores de idade, a indenização por Invalidez Permanente será paga conforme a seguir:

Pessoas de idade inferior a 16(dezesseis) anos – a indenização será paga mediante alvará judicial.

Pessoas de idade de 16(dezesseis) a 21(vinte e um) anos exclusive, a indenização será paga ao menor Segurado, devidamente assistido por seu pai, sua mãe(quando tiver o pátrio poder), ou, finalmente por seu tutor.

6.a.3 – Acumulação de Indenizações

As indenizações por Morte e Invalidez Permanente não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente verificar-se a morte do Segurado dentro de 1(um) ano a contar da data do acidente e em consequência do mesmo, as Seguradoras pagarão a indenização devida pelo caso de Morte, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente, não exigindo entretanto a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de Morte.

6.b – Cláusula Acessória de Majoração de Porcentagens de Invalidez Permanente por Acidente

Plano – Talento

6.b.1 – Mediante o pagamento do prêmio adicional correspondente, a(s) porcentagem(ens) para o cálculo da indenização prevista(s) na tabela constante, do item 6.a.2.1 destas condições especiais para perda parcial, será(ão) elevada(s) para 100%(cem por cento) no caso de acidente coberto, para os seguintes órgãos:

Perda total do uso de um dos dedos indicadores; perda total do uso de um dos polegares; perda total do uso de um olho; perda total do uso de uma das mãos.

No caso de lesões múltiplas previstas ou não nesta cláusula, a indenização não poderá exceder a 100%(cem por cento) da importância segurada na garantia de invalidez permanente. O Segurado se obriga, em caso de acidente coberto por estas apólices e sob pena de perder o direito a qualquer indenização, a submeter-se a exame médico por profissional indicado pelas Seguradoras, desde que tal medida seja considerada necessária.

6.b.2 – As garantias previstas nesta cláusula somente serão aplicadas aos seguintes profissionais: médicos, dentistas, advogados, músicos, artistas plásticos, escritores, fisioterapeutas, arquitetos, desenhistas técnicos e comerciais, e engenheiros. No caso de não comprovação do exercício de tais profissões esta cláusula será considerada sem efeito, prevalecendo os percentuais originais da tabela para cálculo de indenização permanente parcial.

6.c – Cláusula Acessória de Despesas Médico – Hospitalares (D.M.H.)**Produto – Integrado**

6.C.1 – As Seguradoras, através da inclusão desta cobertura acessória, reembolsarão, até o limite da importância segurada, as despesas médicas e dentárias, bem como diárias hospitalares efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciando nos trinta primeiros dias contados da data do acidente, realizadas em consequência de acidente coberto, observados os critérios dos subitens a seguir:

- Não estão abrangidas as despesas decorrentes de:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais

6.c.2 – Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

6.c.3 – A comprovação das despesas médico-hospitalares deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente.

6.c.4 – As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizados monetariamente pelas Seguradoras, quando da liquidação do sinistro.

6.c.5 – Desde que preservada a livre escolha, podem as Seguradoras, através do Estipulante estabelecerem acordos ou convênios com prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos para facilitar a prestação de assistência ao Segurado.

6.c.6 – Contribuição Proporcional

Possuindo o Segurado mais de uma apólice, nestas ou em outra Sociedade Seguradora, garantindo Despesas Médico-Hospitalares, a responsabilidade destas Seguradoras por este seguro será igual, em cada garantia, à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados proporcionalmente aos limites segurados para cada garantia em todas as apólices em vigor na data do sinistro.

6.c.7 – Franquia

A garantia de Despesas Médico-Hospitalares está sujeita a aplicação de franquia, conforme declaração constante no contrato de adesão.

6.c.8 – Acumulação de Indenizações

As indenizações por Despesas Médico-Hospitalares, são cumulativas com qualquer outra garantia do presente seguro.

6.c.9 – Reintegração

As Seguradoras procederão a reintegração automática da garantia de Despesas Médico- Hospitalares, sempre que ocorrer indenização ocorrida por esta cláusula.

[Handwritten signature]

Folha anexa à:	Nº	Emitida em	Cláusula n.º
Apólice (2ª VIA)	20501	13/05/2005	02
Estipulante :			
CLUBE DOS EXECUTIVOS			

Cláusula 1 - Objeto do seguro

1.1 O seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao segurado ou a seus beneficiários, caso aquele venha a sofrer um acidente pessoal, observadas as condições contratuais.

Cláusula 2 - Conceito

2.1 Considera-se acidente pessoal o evento com data caracterizada, exclusiva e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta, a morte ou invalidez permanente total ou parcial do segurado, ou torne necessário tratamento médico.

2.2 Incluem-se, ainda, no conceito de acidente pessoal, as lesões decorrentes de:

- a) ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas, o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- b) escapamento acidental de gases e vapores;
- c) seqüestros e tentativas de seqüestros; e
- d) alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas, exclusivamente, por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

2.3 Não se incluem no conceito de acidente pessoal:

- a) as doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;
- b) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

Cláusula 3 - Riscos Excluídos

3.1 Estão excluídas da cobertura do seguro:

3.1.1 Os acidentes ocorridos em consequência:

- a) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;
- c) de competições em veículos, inclusive treinos preparatórios;

d) direta ou indireta de qualquer alterações mentais, conseqüentes do uso de álcool, de drogas, de entorpecentes ou de substâncias tóxica;

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

f) de ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei,

3.1.2 Qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências;

3.1.3 O parto ou aborto e suas conseqüências;

3.1.4 As perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

3.1.5 O suicídio ou a tentativa de o suicídio; e

3.1.6 O choque anafilático e suas conseqüências.

Cláusula 4 - Âmbito territorial da cobertura

4.1 O presente seguro abrange os acidentes ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

4.2 Quando for incluído nesta apólice a garantia adicional de DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA, não prevalecerá o disposto no subitem anterior, para esta garantia.

Cláusula 5 - Garantias básicas do Seguro

5.1 No caso de Morte e Sequestro, a Seguradora pagará aos Beneficiários do seguro a importância correspondente, respeitado o que dispõe o subitem 8.1, destas Condições.

5.1.1 A indenização por morte do dependente no caso de inclusão automática do Componente dependente, é devida ao Componente principal.

5.1.2 A garantia de morte, nos seguros de menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas, mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios.

5.1.2.1 Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado.

5.1.2.2 Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

5.2 No caso de Invalidez Permanente, após a conclusão do tratamento (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente, avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará ao próprio Segurado, uma indenização, de acordo com a seguinte tabela mínima:

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

Invalide z Permane nte	Discriminação	% s/imp · Segur.
T O T A L	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
P A R T I C I P A N T	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a ou- tra 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
	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
P A R T I C I P A N T	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 do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar; inde- Nização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
	Perda do uso total de um dos membros inferiores	70
	Perda do uso total de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
P A R T I C I P A N T	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20

I	R	I	Anquilose total de um dos tornozelos	20
A	O	O	Anquilose total de um quadril	20
L	S	R	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma	
	E		Parte do mesmo pé	25
	S		Amputação do 1o. (primeiro) dedo	10
			Amputação de qualquer outro dedo	3
			Perda total do uso de uma falange do 1o. dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos: equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
			Encurtamento de um dos membros inferiores:	
			- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
			- de 4 (quatro) centímetros	10
			- de 3 (três) centímetros	6
			- menos de 3 (três) centímetros, sem indenização	

5.2.1 Como "Invalidez Permanente", entende-se a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão.

5.2.2 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 apresentada. Na falta de indicação da percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base da percentagens de 75%, 50% e 25%.

5.2.3 Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida, tomando-se por base, a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

5.2.4 Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não poderá 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 poderá exceder a da indenização prevista para sua perda total.

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

5.2.6 A perda de dentes e os danos estéticos, não dão direito a indenização por invalidez permanente.

5.2.7 A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica.

5.2.8 Divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, devem ser submetidas a uma junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado, os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

Cláusula 6 - Inclusão dos dependentes

6.1 A inclusão de dependentes far-se das seguintes formas, conforme declaração constate deste seguro:

- a) automática** – quando o seguro abranger exclusivamente e compulsoriamente todos os cônjuges e/ou filhos dos Componentes principais considerados dependentes pela legislação do Imposto de Renda;
- b) facultativa** – quando, somente por autorização do Componente principal o seguro abranger quaisquer dos seguintes dependentes: cônjuge, filhos, os pais, e os demais assim considerados pela legislação do Imposto de Renda e /ou Previdência social, desde que não sejam seguráveis como Componentes principais.

6.1.1 Para fins deste seguro, equiparam-se aos cônjuges as companheiras (os) dos componentes principais desde que haja concordância com a anotação feita na carteira profissional.

6.1.1.1 os componentes pertencentes a categoria profissional, para as quais não são expedidas Carteiras Profissionais podem incluir no seguro as companheiras (os), quando estas (es) estiverem registradas (os) de acordo com a regulamentação própria.

6.1.2 Aquando os componentes principais tiverem dependentes comuns, estes somente podem ser incluídos uma única vez, considerando-se, na forma da inclusão automática, como dependente daquele de maior capital segurado na soma das garantias principais.

Cláusula 7 - Início da cobertura de cada Segurado

7.1 De acordo com a declaração constante deste seguro, a vigência do risco individual tem início no dia seguinte ao do pagamento do prêmio ou de sua primeira prestação, ou no 1º do mês subsequente.

7.1.1 Se o prêmio do seguro foi pago através de desconto em folha, a cobertura se inicia no primeiro dia do mês subsequente a que corresponder o salário do componente principal.

Cláusula 8 - Acumulação das indenizações

8.1 as indenizações por morte e invalidez permanente não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por invalidez permanente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte, será deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

Cláusula 9 - contribuição Proporcional

9.1 Possuindo o segurado mais de uma apólice, nesta ou em outra seguradora, garantindo DESPESAS MÉDICO HOSPITALARES, a responsabilidade desta seguradora, por este seguro, será igual, na garantia, a importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados proporcionalmente ao limite segurado, na garantia em todas as apólices em vigor na data do sinistro.

Cláusula 10 - Ocorrência do sinistro

10.1 Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Sociedade Seguradora, deverá ser ele comunicado pelo Segurado, seu Representante seu, dentro dos 30 (trinta) primeiros dias da data do acidente, no formulário AVISO DE ACIDENTE, ou em carta registrada ou telegrama, dirigido a Seguradora.

10.2 Da comunicação por carta ou telegrama, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

10.2.1 A comunicação na forma do item 10.2, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário AVISO DE ACIDENTE, dentro do prazo de 30 (trinta) dias a contar do acidente.

10.3 O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

Cláusula 11 - Comprovação do acidente

11.1 O Segurado, ou beneficiário, para recebimento da indenização devida, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando a Sociedade Seguradora quaisquer medidas tendentes a elucidação do sinistro.

11.2 As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou de seus beneficiários, salvo as diretamente realizadas pela Sociedade Seguradora.

11.3 A Seguradora poderá exigir, também, do Segurado ou de seus beneficiários, documentos médicos, atestados de autoridades administrativas e policiais e certidões de inquérito ou processos relacionados com o acidente.

11.4 As providências ou atos que a Sociedade Seguradora praticar após o acidente não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

Cláusula 12 - Franquia

12.1 A garantia de Despesas Médico-Hospitalares está sujeita a aplicação de franquia, conforme declaração constante desta apólice.

Cláusula 13 - Pagamento do prêmio

13.1 Qualquer indenização somente passa a ser devida, depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado pelo Estipulante, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista no respectivo documento de cobrança.

13.1.1 Entretanto, se o sinistro ocorrer dentro do prazo para pagamento do prêmio, o direito a indenização não fica prejudicado, se o mesmo for realizado ainda naquele prazo.

13.2 O não pagamento do prêmio, por parte do Estipulante, nos prazos estipulados no contrato, enseja o cancelamento da apólice, a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura a que se refere a cobrança.

13.2.1 Entretanto, nos seguros coletivos contributários, se o Estipulante deixar de recolher a Seguradora, no prazo devido, os prêmios recebidos do Segurado, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do seguro, respondendo a Seguradora, pelo pagamento das indenizações devidas.

13.3 É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora e a ela devido; caso o Estipulante receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança, o valor do prêmio de cada Segurado.

13.3.1 Fica vedada a cobrança ao Segurado da taxa de inscrição ou de intermediação.

13.4 Quando a forma de cobrança do prêmio for o desconto ou consignação em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da apólice, somente pode interromper o recolhimento em caso de perda de vínculo empregatício ou mediante pedido formal do Segurado.

13.5 Se o prêmio do seguro for pago através de folha, a cobertura se inicia no primeiro dia do mês subsequente a que corresponder o salário do componente principal.

Cláusula 14 – Cancelamento e reabilitação do seguro

14.1 O não pagamento do prêmio mensal, por parte do Estipulante, nos prazos estipulados no contrato, enseja o cancelamento da apólice, a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura a que se referir a cobrança.

14.1 No caso de pagamento de prêmio fora dos prazos estipulados no contrato, qualquer indenização dependerá de prova de que antes da ocorrência do sinistro, o mesmo foi efetuado.

14.1.2 Quando houver parcelamento de prêmio, a Seguradora pode admitir cláusula contratual, permitindo reabilitação da apólice, o que se dará a partir do primeiro dia de cobertura a que se referir o prêmio recebido, respondendo sempre por todos os sinistros ocorridos a partir daquela data.

14.1.3 O pagamento dos prêmios vencidos nestas circunstâncias, deve ser efetuado com atualização monetária e juros legais, sendo facultado a Seguradora, estabelecer multa contratual.

14.1.4 Entretanto, nos seguros coletivos contributários, se o Estipulante deixar de recolher a Seguradora, no prazo devido, os prêmios recolhidos dos Segurados, estes não podem ser prejudicados no direito a cobertura do seguro, respondendo a Seguradora pelo pagamento das indenizações devidas.

14.2 O seguro pode ser rescindido a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes.

Cláusula 15 - Cessação da cobertura de cada segurado

15.1 A cobertura de cada segurado cessa no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, observando-se, em qualquer caso, que dar-se automaticamente a caducidade do seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade, se o Segurado, seus prepostos ou seus beneficiários, agirem com dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação do seguro ou ainda, para obter ou majorar a indenização.

15.2 respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do Componente principal cessa, ainda:

a) com o desaparecimento do vínculo entre o componente e o Estipulante; e
Pessoais; e

- c) quando o componente solicitar sua exclusão da apólice ou quando deixar de contribuir com a sua parte no prêmio.

15.2.1 No caso da letra "a", do subitem 15.2, o componente pode optar por continuar com as mesmas coberturas e garantias assumindo os custos do risco e de cobrança.

15.3 Além das situações mencionadas anteriormente, a cobertura de cada componente dependente cessa:

- a) se o componente principal deixar o Grupo Segurado;
- b) com a morte do componente principal;
- c) no caso de cessação da condição de dependente;
- d) a pedido do componente principal;
- e) com a inclusão do dependente do grupo segurável principal.

Cláusula 16 - Renovação da apólice

16.1 É feita automaticamente ao fim de cada período de vigência do contrato, salvo se a Seguradora ou o Estipulante, comunicar o desinteresse pela mesma, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias.

16.1.1 A automaticidade não se aplica aos seguros de prazos inferiores a 1 (um) ano, caso em que a renovação é feita mediante apresentação de nova proposta.

Cláusula 17 - Transformação de indenização em renda

17.1 As indenizações por morte ou invalidez total, podem ser pagas integral e parcialmente, sob a forma de renda certa, desde que tenha havido opção expressa do segurado neste sentido, devendo as partes estabelecerem em contrato o valor de renda mínima inicial.

17.1.1 O valor de cada parcela deve ser calculado utilizando-se juros reais de 6% (seis por cento) ao ano na forma da Tabela Price, e atualizado monetariamente, de acordo com as normas em vigor.

Cláusula 18 - Material de divulgação

18.1 A propaganda e a promoção do seguro, por parte do Estipulante e/ou corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições da apólice e as normas do seguro, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

GARANTIAS ADICIONAIS

Despesas Médico-Hospitalares

1. Desde que tenha sido pago o prêmio respectivo, considera-se incluída nesta apólice, a garantia adicional de Despesas Médico-Hospitalares, pela qual, a Seguradora reembolsará, até o limite da garantia segurada, as despesas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos trinta primeiros dias contados da data do acidente.

2. Estão cobertas as despesas médicas e dentárias, bem como diárias hospitalares, incorridas a critério médico, que o Segurado efetuar para seu restabelecimento, observados os subitens abaixo:

2.1 Não estão abrangidas as despesas decorrentes de:

- a) Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b) Aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as prótese pela perda de dentes naturais,

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

2.3 A comprovação das despesas médico-hospitalares deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente.

2.4 As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento, realizado pelo Segurado (respeitando-se o limite de cobertura estabelecido), atualizadas monetariamente pela Seguradora, quando da liquidação do sinistro.

2.5 Desde que preservada a livre escolha, pode a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, para facilitar a prestação da assistência ao Segurado.

3 O capital segurado pela garantia adicional de despesas médico-hospitalares, representa o limite máximo de reembolso pelo mesmo evento e não pode ser superior ao maior capital estabelecido para as garantias básicas.

Diárias de incapacidade temporária

1. Desde que tenha sido pago o prêmio respectivo, considera-se incluída nesta apólice, a garantia de Diárias de Incapacidade Temporária, para garantir ao Segurado o pagamento diárias a que tiver direito, pela impossibilidade continua e ininterrupta de exercer qualquer atividade relativa a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

2. Observado o limite contratual máximo de 360 (trezentos e sessenta), as diárias de incapacidade temporária são devidas a partir de 16º (décimo sexto) dia da caracterização da incapacidade.

2.1 Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não pode ser superior a quantidade contratada.

3 O capital segurado de cada diária de incapacidade temporária, não pode ser superior a 1/360 (um trezentos e sessenta avos), do maior capital estabelecido pelas garantias básicas.

4. Não obstante o disposto no subitem 4.1 das Condições Gerais, só darão direito a indenização por esta garantia adicional, os acidentes ocorridos no Brasil e durante a permanência do Segurado no País.

Data de Vigência 01/10/1997	Pela Seguradora
Local e data de emissão São Paulo, 13 de maio de 2005	 Jamil S. da Silva Assessor Técnico Vido