

Sorte Combinada – Seguro de Acidentes Pessoais

Condições Gerais nº 022010 - Apólice 789-0

Processo SUSEP: 15.414.002909/2006-10

GLOSSÁRIO

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

Alienação Mental

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

Apólice

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

Beneficiário

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

Capital Segurado

Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Sociedade Seguradora na ocorrência de sinistro.

Carregamento

Importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

Cartão-Proposta

Documento individual contendo os dados pessoais dos proponentes, valor do seguro e situação pessoal de atividades e saúde, que deve ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo segurado principal, quando for exigido pela Sociedade Seguradora para análise e aceitação dos componentes do grupo segurável.

Certificado Individual

Documento destinado ao segurado, emitido pela Sociedade Seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

Cobertura

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

Coberturas de Riscos

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

Componentes Principais

Aquelas pessoas que mantém vínculo com o estipulante.

Condições Contratuais

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

Condições Especiais

Conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratado dentro de um mesmo plano de seguro.

Condições Gerais

Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade seguradora, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante.

Condições Particulares

Instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a Sociedade Seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e as obrigações do estipulante, da Sociedade Seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.

Corretor

Pessoa física ou jurídica, legalmente autorizada a angariar e promover contratos de seguro entre as Sociedades Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de Direito Privado.

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

Declaração Pessoal de Saúde e Atividade

Declaração legal e formal, na qual o proponente presta as informações e declarações sobre o seu estado de saúde e de atividade profissional exercida, sob a responsabilidade e sob as penas previstas no artigo 766 do Código Civil Brasileiro, para avaliação do risco pela Sociedade Seguradora.

Deficiência Visual

Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

Doenças ou Lesões Preexistentes e suas Conseqüências

São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado, anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento na data da contratação de seguro e não declaradas na proposta de contratação ou de adesão ao seguro. Caracteriza-se, ainda, quando o segurado omite realização na contratação do seguro.

Doença Profissional

É toda e qualquer deficiência e/ou enfraquecimento da saúde humana, causada opor uma exposição contínua a condição inerente à ocupação de uma pessoa.

Dolo

É toda espécie de artifício, engano ou manejo astucioso promovido por uma pessoa com a intenção de induzir outrem a prática de um ato jurídico, em prejuízo deste e proveito próprio ou de outrem, ou seja, é um ato de má-fé, fraudulento, visando a prejuízo preconcebido, quer físico ou financeiro

Estipulante

Pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante-averbador quando não participar do custeio.

Evento Coberto

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

Evento Preexistente

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

Fatura

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

Foro

Âmbito geográfico ou local de disputas judiciais, relativas à responsabilidade do segurado e do segurador, decorrentes ou de descumprimento do contrato ou danos pessoais e/ou materiais causados a terceiros em conseqüência do uso de seus produtos.

Garantias Contratadas

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

Hipossuficiência

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

Hospital

É o estabelecimento legalmente constituído e licenciado, no Brasil e no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico e/ou cirúrgico a seus pacientes. A escolha do Hospital caberá exclusivamente ao segurado, sendo devida a Diária ao Segurado por internação em estabelecimento que se insira na categoria Hospital conforme a presente definição e desde que não se enquadre nas situações constantes dos Riscos Excluídos destas Condições Gerais.

Importância Segurada

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

Inadimplência

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

Indenização

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

Início de Vigência

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

Início de Vigência da cobertura Individual

É a data a partir da qual a Sociedade Seguradora assume a cobertura dos eventos previstos nestas condições gerais para cada segurado.

Internação Hospitalar

São as decorrentes de eventos que exijam ou não atos cirúrgicos. O segurado, para ter direito à indenização, deverá permanecer no Hospital no mínimo por 12 (doze) horas, o equivalente a uma diária hospitalar, sendo limitado a 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias por evento.

Laudo Médico

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

Limites de Diárias

É a quantidade máxima de diárias a que o segurado fará jus, a contar do último dia da franquia após o afastamento de suas atividades profissionais.

Médico Assistente

- É o profissional devidamente habilitado para a prática da medicina, de escolha do segurado, responsável pelo acompanhamento clínico e pelo diagnóstico e conduta realizados.
- **Não serão aceitos como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge, companheiro (a), dependentes, parentes consangüíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da Sociedade Seguradora.**

Migração de Apólice

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

Nota Técnica Atuarial

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

Nulidade

Defeito ou vício próprio do ato nulo, do ato que é natimorto e, por isso, não tem qualquer valia jurídica. É portanto, o ato, que pode produzir qualquer espécie de efeito jurídico.

Parâmetros Técnicos

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

Período de Cobertura

Aquele durante o qual o segurado ou o (s) beneficiário (s), quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

Plano de Seguro

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

Prazo de Carência

Período contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou o (s) beneficiário (s) não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

Não haverá carência para os sinistros decorrentes de acidentes pessoais, ressalvada a hipótese de suicídio (desde que não ocorrido nos primeiros dois anos de contratação ou de sua recondução, depois de suspenso).

Prêmio

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

Prêmio Comercial

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

Prêmio Puro

Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento e os impostos.

Prescrição

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

Proponente

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

Proposta de Adesão

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

Proposta de Contratação

Documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

Provas do Evento

Documentos que comprovam a ocorrência de evento coberto contratado.

Regime Financeiro de Repartição Simples

A estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse período.

Regulação de Sinistro

É o exame, das suas causas e circunstâncias a fim de se caracterizar o risco ocorrido e, em face dessas verificações, se concluir sobre a sua cobertura, bem como se o segurado cumprir todas as suas obrigações legais e contratuais..

Renda Diária

Corresponde ao valor expresso na Proposta de Seguro. No caso de internações em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), por períodos superiores a 12 (doze) horas, a Renda Diária atribuída ao Segurado será devida em dobro.

Riscos Cobertos

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

Riscos Excluídos

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

Segurado

Pessoa física, com interesse segurável, sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

Segurado Principal

É o segurado vinculado por qualquer forma ao estipulante.

Segurado Dependente

É o cônjuge ou companheira (o) do segurado principal, de acordo com a legislação do Imposto de Renda e/ou da Previdência Social, desde que não sejam seguráveis como segurados principais, bem como seus filhos, enteados e menores, de acordo com a legislação do Imposto de Renda e/ou da Previdência Social.

Seguradora

É a companhia HSBC Seguros (Brasil) S.A, doravante designada Sociedade Seguradora, que se responsabiliza pela cobertura do seguro, mediante recebimento de prêmio, conforme estabelecido nestas condições.

Seguro

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

Seguro Contributário

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

Sinistro

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

Susep

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

Termo de Adesão

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

Vigência do Seguro

É o período de tempo fixado para validade do seguro (ou cobertura).

Vigência Individual

Período em que, na apólice em vigor, o segurado tem direito à (s) cobertura (s) do seguro.

1- OBJETIVO DO SEGURO

O presente seguro de pessoas tem por objetivo garantir o pagamento de uma importância monetária ao Segurado ou seus beneficiários, caso venha a ocorrer um dos Eventos Cobertos previstos nas garantias constantes do clausulado abaixo, respeitando-se os riscos expressamente excluídos da apólice.

2- ÂMBITO GEOGRÁFICO

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

3- ESTIPULANTE

É a pessoa física ou jurídica que contratou o presente seguro, a qual fica investida dos poderes de representação dos segurados perante a Sociedade Seguradora. Ao estipulante deverão ser encaminhadas as comunicações ou avisos inerentes ao seguro, inclusive alteração dos capitais segurados, bem como inclusão e exclusão de segurados.

4- OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

- a) Fornecer à Sociedade Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
- b) Manter a Sociedade Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- c) Fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, na forma estabelecida pelo art. 7º da Resolução n.º 107, editada pelo Conselho Nacional de Seguros, quando este for de sua responsabilidade;
- e) Repassar os prêmios à Sociedade Seguradora nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Sociedade Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e nas comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
- h) Comunicar, de imediato, à Sociedade Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- i) Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- j) Comunicar, de imediato, à Susep, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) Fornecer à Susep quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
- l) Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Sociedade Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do Estipulante.

4.1 É Vedado ao Estipulante e ao Sub – Estipulante:

- a) Rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado;
- b) Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da Sociedade Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

5- CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL

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

5.1 - Inclui-se nesse conceito:

- a) O suicídio, ou a sua tentativa, ocorrido após dois anos do início de vigência do seguro, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal. No caso de solicitação de aumento de capital segurado, aplica-se o mesmo prazo mencionado acima a contar da data de alteração pela Sociedade Seguradora e no valor relativo ao aumento solicitado;
- b) Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) Os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros;
- e) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

5.2 - Excluem-se deste conceito:

- a) **As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) **As intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) **As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo (LCT) ou similares que venham a ser aceitas pela**

classe médico-científica, bem como suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

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

6- DA ACEITAÇÃO E RECUSA DO SEGURO

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

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

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

A ACEITAÇÃO DO SEGURO ESTARÁ SUJEITO À ANALISE DO RISCO

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

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

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

Além da atualização acima prevista, aplicar-se-ão juros moratórios, sobre o prêmio atualizado pelo IPCA/IBGE, de 0,25% ao mês “Pró-Rata-Temporis”, do 1º dia útil posterior ao fim do prazo de 10 (dez) dias corridos para devolução até a data do efetivo pagamento.

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

É vedada a Contratação do seguro através de procuração.

7- GARANTIAS DO SEGURO

7.1. Morte Acidental

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado para esta cobertura em caso de falecimento do segurado, ocorrido exclusivamente em decorrência de acidente pessoal coberto, durante a vigência deste seguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.**

7.2 Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPTP)

Garante ao próprio segurado o pagamento de uma indenização relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente pessoal coberto, conforme **TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE**, constante no subitem 7.2.4, desta cláusula e desde que não se trate de risco expressamente excluído.

7.2.1 Para fins deste seguro, considera-se Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis na oportunidade e determine a perda total ou parcial do uso de um membro ou órgão.

7.2.2 No caso de Invalidez Permanente decorrente de Acidente Pessoal coberto, 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 sociedade seguradora pagará ao próprio segurado, de uma só vez, uma indenização, de acordo com a **TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE**, descrita no subitem 7.2.4.

- a) 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 a sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução **e, sendo informado apenas o grau de redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%;**
- b) Em todos os casos de Invalidez Permanente Parcial não especificados na citada tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independente da sua profissão;
- c) Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado individual. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total;
- d) A perda ou maior redução funcional de membro ou órgão já defeituoso antes do acidente será invalidez preexistente;

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

7.2.3 As indenizações pelas coberturas de Morte e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPTP) não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por IPTP, verificar-se a morte do segurado em decorrência do mesmo acidente, a sociedade Seguradora pagará a indenização relativa a Morte Acidental, deduzindo o valor já pago pela IPTP.

7.2.4 TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

Caracterizada a Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, conforme previsto nestas condições gerais, a indenização será efetuada conforme tabela abaixo discriminada:

Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente		
Invalidez Permanente	Discriminação	% Sobre o Capital Segurado
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total de uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25

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

Perda do uso de membros sem perda anatômica

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

LOCAL	Discriminação	% Sobre o Capital Segurado
MANDÍBULA	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	Em grau mínimo	5
	Em grau médio	10
	Em grau máximo	20
NARIZ	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda total do olfato	7
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	Diplopia	15
APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	Lesões das vias lacrimais	
	Unilateral	7
	Unilateral com fístulas	15
	Bilateral	14
	Bilateral com fístulas	25
	Lesões da pálpebra	
	Ectrópio unilateral	3
	Ectrópio bilateral	6
	Entrópio unilateral	7
	Entrópio bilateral	14
	Má oclusão palpebral unilateral	3
	Má oclusão palpebral bilateral	6
	Ptose palpebral unilateral	5
	Ptose palpebral bilateral	10
APARELHO DA FONÇAÇÃO	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	20
SISTEMA AUDITIVO	Amputação total de uma orelha	8
	Amputação total das duas orelhas	12
BAÇO	Perda do baço	15
APARELHO URINÁRIO	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência urinária permanente	30
	Perda de um rim, com rim remanescente	
	Com função renal preservada	25
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Redução da função renal (dialítica)	75
	Perda de rim único	75

APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	Perda de um testículo	6
	Perda de dois testículos	12
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda de um ovário	6
	Perda de dois ovários	12
	Perda do útero antes da menopausa	30
	Perda do útero depois da menopausa	10
PESCOÇO	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	18
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	17
	Traqueostomia definitiva	40
APARELHO RESPIRATÓRIO	Seqüelas pós-traumáticas pleurais	10
	Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total)	
APARELHO RESPIRATÓRIO	Com função respiratória preservada	12
	Com redução em grau mínimo da função respiratória	25
	Com redução em grau médio da função respiratória	50
	Com insuficiência respiratória	75
MAMAS (FEMININAS)	Mastectomia total unilateral	10
	Mastectomia total bilateral	20
ABDÔMEM (ORGÃO E VÍSCERAS)	Gastrectomia subtotal	20
	Gastrectomia total	40
INTESTINO DELGADO	Ressecção parcial	20
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva.	40
INTESTINO GROSSO	Colectomia parcial	20
	Colectomia total	40
	Colostomia definitiva	40
RETO E ÂNUS	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Incontinência fecal com prolapso	40
FÍGADO	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	Lobectomia com insuficiência hepática	75
SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	Epilepsia pós-traumática	20
	Derivação ventrículo-peritoneal (por hidrocefalia pós-traumática)	20
	Síndrome pós-concussional	5

7.3 Diária por Internação Hospitalar

Garante ao segurado o pagamento de Diária(s) referente(s) a cada dia de hospitalização do segurado, decorrente(s) exclusivamente de acidente coberto.

O segurado, para ter direito à indenização, deverá permanecer no hospital no mínimo por 12 (doze) horas, o equivalente a uma diária hospitalar, sendo limitado a 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias por evento. No caso de internações em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), por

períodos superiores a 12 (doze) horas, a Renda Diária atribuída ao Segurado será devida em dobro.

As reinternações serão consideradas continuação de um mesmo evento, ou seja, ocorrendo reinternação do segurado dentro do prazo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias de sua última internação, resultante de uma mesma causa ou diretamente relacionada com a referida causa, será computado o período de reinternação com o período da primeira internação, observando-se que o somatório não poderá ultrapassar o limite de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias.

Para a garantia de Diárias por Internação Hospitalar, evento é o período de internação do segurado em Hospital, em virtude de acidente. O evento tem início com a comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do segurado, observados os limites estabelecidos nestas Condições Gerais.

7.3.1 Riscos Excluídos da Garantia de Diária por Internação Hospitalar

Além dos riscos excluídos citados no item 8, estão expressamente excluídos os eventos decorrentes de:

- a) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou antiético;**
- b) Tratamentos experimentais e medicamentosos, ainda não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;**
- c) Estabelecimentos não considerados Hospitais tais como:**
 - **Instituição para atendimento de deficientes mentais, instituição primordialmente dedicada ao tratamento de enfermidades psiquiátricas, incluindo subnormalidades ou departamento psiquiátrico de um hospital;**
 - **Local para idosos, casa de descanso, asilos e assemelhados;**
 - **Local para recuperação de viciados em álcool e drogas;**
 - **Instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais, casa de saúde para convalescentes, unidade especial de hospital usada primordialmente como lugar para viciados em drogas ou álcool, ou como uma instituição de saúde para convalescentes ou para reabilitação, clínicas de emagrecimento e Spa.**

8- RISCOS EXCLUÍDOS

ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS, DESTE SEGURO OS EVENTOS RELACIONADOS A OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DE:

- a) Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha ou de revolução, exceto os eventos decorrentes da prestação de serviço militar pelo segurado ou de atos de humanidade do segurado em auxílio de outrem;**
- b) Danos e perdas causadas direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Sociedade Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu**

propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentório à ordem pública pela autoridade pública competente;

- c) **Atos de agitação, motins, revolta, sedição, sublevação, rebelião, insurreição, confisco, tumultos ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes. Estas exclusões não se aplicam aos segurados que fazem parte das Forças Armadas, Polícia ou Corpo de Bombeiros, quando no exercício de suas funções;**
- d) **Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- e) **Prática, por parte do segurado, do seu beneficiário ou representante de um ou de outro, de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei, incluindo nesta a direção de veículos terrestres, aquáticos e aéreos sem a devida habilitação, bem como a morte perpetrada pelo (s) beneficiário(s) do seguro ou com sua cumplicidade;**
- f) **Danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelo estipulante, seus sócios controladores, dirigentes e administradores;**
- g) **Doenças ou eventos preexistentes não declarados pelo segurado no ato da contratação;**
- h) **Epidemias oficialmente declaradas;**
- i) **Furações, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- j) **Da participação voluntária em atentados ou rixas (exceto em caso de legítima defesa ou de assistência a pessoa em perigo), duelo, crime ou delitos;**
- k) **Tratamento e operações cirúrgicas de caráter estético não consecutivos a acidente;**
- l) **Mutilação voluntária ou premeditada;**
- m) **Da tentativa ou consumação de suicídio e suas conseqüências, ocorridos antes de completados dois anos ininterruptos do início da respectiva cobertura individual de cada segurado, ou da sua recondução depois de suspensão;**
- n) **Qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências;**

9- JUNTA MÉDICA

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

A junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela Sociedade 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 Sociedade Seguradora.

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

10- INÍCIO DO RISCO INDIVIDUAL

O início de vigência do risco individual será a 24 (vinte e quatro) horas da data de quitação da primeira parcela do seguro, ou data constante do Certificado Individual, desde que o risco seja aceito pela Sociedade Seguradora.

11- CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

A cobertura de qualquer segurado cessa:

a) No final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitada as respectivas vigências mensais em curso dos seguros individuais, cujos prêmios tenham sido integralmente pagos;

b) Em caso de cancelamento da apólice, segundo as regras estabelecidas nestas condições gerais;

c) com a exclusão do segurado da apólice;

- Pelo pagamento da indenização de Morte Acidental;
- Por falta de pagamento da parcela do seguro, observadas as condições previstas no item 15 destas condições gerais;
- Na data em que for protocolado na Sociedade Seguradora o pedido de cancelamento feito pelo segurado, desde que por escrito; e
- Com o esgotamento dos limites máximos de indenização.

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

12- VIGÊNCIA / RENOVAÇÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO

O período de vigência do seguro é de 60 (sessenta) meses, podendo ser renovado por um novo período de vigência, desde que, o estipulante manifeste seu interesse de forma expressa, podendo a Sociedade Seguradora, a seu critério e com antecedência ao vencimento, sugerir ao Estipulante uma proposta de renovação.

A renovação expressa da apólice que não implicar em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos poderá ser feito pelo Estipulante, **caso haja alteração nas condições que implique em ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de Segurados que representem pelo menos três quartos do grupo Segurado Principal.**

Este seguro é por prazo determinado tendo a Sociedade Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data do vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice, desde que comunique o segurado sobre a não renovação mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias.

Este seguro só poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes contratantes, devendo ter anuência prévia e expressa dos segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

13- MODIFICAÇÃO DA APÓLICE

Qualquer alteração da apólice em vigor que implique em ônus ou dever aos segurados ou redução de seus direitos, dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado principal.

14- CUSTEIO DO SEGURO

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

15- PAGAMENTO DOS PRÊMIOS E REABILITAÇÃO DA COBERTURA

A primeira parcela do seguro poderá ser quitada no dia do vencimento indicado na ficha de compensação anexa ao Certificado Individual ou através do Extrato de Conta dos Cartões Carrefour, mediante lançamento individualizado.

As demais parcelas serão pagas através de lançamento individualizado no Extrato de Conta dos Cartões Carrefour.

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

A cobertura individual do Segurado será cancelada com o término do contrato de utilização do seu cartão de crédito, respeitando, no entanto, o período de vigência correspondente ao prêmio pago.

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

As coberturas poderão ser reabilitadas durante o prazo de suspensão, sem retroatividade, se o segurado efetuar o pagamento do Extrato de Conta dos Cartões Carrefour em até 90 (noventa) dias do vencimento.

Se decorridos 90 (noventa) dias após o vencimento, o segurado não tiver efetuado o pagamento da parcela do prêmio através da quitação do lançamento individualizado no Extrato de Conta dos Cartões Carrefour, o seguro ficará automaticamente cancelado, não tendo produzido efeitos, direitos ou obrigações desde a data do cancelamento, não cabendo qualquer restituição de parcelas anteriormente pagas, independentemente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

Na hipótese prevista neste subitem, será formalizada notificação ao segurado, pelo menos 10 (dez) dias antes do término do prazo avençado para a reabilitação da cobertura, informando-o inclusive sobre o cancelamento automático do seguro.

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

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

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

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

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

16- CAPITAL SEGURADO

- a) O capital segurado corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitando os limites estabelecidos.
- b) É permitido ao proponente contratar mais de um seguro complementar ao primeiro, desde que a soma dos capitais segurados de todos os seguros contratados junto à sociedade seguradora, não exceda o limite máximo determinado pela Sociedade Seguradora.
- c) A reintegração do Capital segurado relativo à cobertura de INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE é automática após cada acidente.
- d) Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros:
 - Para a cobertura de Morte Acidental: a data do acidente;
 - Para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente: a data do acidente;
 - Para a cobertura de Diárias por Internação Hospitalar: A data da hospitalização.

17- ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

- a) Os capitais segurados e os prêmio de cada segurado serão atualizados anualmente, com base na variação do IGP-M/FGV – Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas, acumulado dos últimos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao aniversário do seguro ou outro índice admitido oficialmente, que venha a substituí-lo,

- b) No caso de extinção do índice acima pactuado, o índice a ser utilizado será o IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ou outro índice admitido oficialmente, que venha a substituí-lo.

18- CERTIFICADO DO SEGURO

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

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

Os certificados individuais e outros documentos individuais fornecidos pela Sociedade Seguradora não poderão ser transferidos, cedidos ou onerados por qualquer forma.

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

19- BENEFICIÁRIOS

- a) No caso de ocorrência do evento de Morte Acidental, a indenização correspondente à cobertura de Morte Acidental, será paga de uma só vez e será devida aos beneficiários indicados pelo segurado, ou na falta de indicação de beneficiários, metade ao cônjuge não separado judicialmente ou à (o) companheira (o) reconhecida (o) como tal e o restante aos herdeiros legais, obedecida a ordem de vocação hereditária, conforme disposto no Código Civil Brasileiro, instituído pela Lei 10.406 de 10/01/2002..
- b) No caso de óbito do beneficiário indicado na proposta pelo segurado, ocorrido em data anterior ao óbito do segurado, será aplicado o disposto no artigo 792 do Código Civil.
- c) Todo segurado tem o direito de indicar a qualquer momento o beneficiário do seguro.
- d) O segurado pode, a qualquer tempo, substituir o beneficiário, mediante encaminhamento de correspondência nomeando os novos beneficiários.
- e) Qualquer alteração de beneficiário, somente terá validade 24 horas da data de protocolo na Sociedade Seguradora da correspondência efetivamente assinada pelo segurado.
- f) Em caso de não recebimento da formalização de alteração de beneficiário, devidamente assinada pelo segurado a Sociedade Seguradora aplicará a distribuição do capital segurado conforme a indicação imediatamente anterior.
- g) Em caso de indicação de beneficiário impedido por lei, ou que tenha provocado a morte do segurado, a indenização será paga conforme o disposto do artigo 792 do código civil.
- h) No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, o próprio segurado.

20- PERDA DE DIREITO

a) A sociedade Seguradora não pagará qualquer indenização referente ao presente seguro, nem restituirá os prêmios do seguro ao Estipulante, caso haja por parte do estipulante, seus prepostos, seus beneficiários, seu corretor ou seus representantes legais:

- Fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido;
- Agravar intencionalmente o risco;
- Faltar com o cumprimento das obrigações ajustadas pelo contrato deste seguro;
- No caso de fraude consumada ou tentativa de fraude simulando acidente ou agravando as suas conseqüências.

b) Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do estipulante, do segurado, seus prepostos, seus beneficiários, seu corretor de seguros ou representantes legais, a sociedade seguradora poderá:

I. NA HIPÓTESE DE SINISTRO:

- Cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
-
- Mediante acordo entre as partes, permitindo a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

II. NA HIPÓTESE DE SINISTRO COM PAGAMENTO PARCIAL DO CAPITAL SEGURADO.

- Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros

III. NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO INTEGRAL DO CAPITAL SEGURADO, CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, DEDUZINDO, DO VALOR A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL.

c) O segurado está obrigado a comunicar à Sociedade Seguradora, logo que saiba, de tido e qualquer incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à garantia, se provado que silenciou de má-fé, conforme artigo 769 do Código Civil Brasileiro;

- **Comunicada a respeito de qualquer incidente, a Sociedade Seguradora poderá cancelar o seguro, mediante comunicação por escrito ao segurado, desde que o faça no prazo máximo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso da agravação do risco.**
- **Entende-se como alteração de risco ocorrências como: Das informações prestadas na proposta de adesão e na declaração pessoal de saúde ou mudança de atividade do segurado.**
- **O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.**

21- PROCEDIMENTOS E DOCUMENTAÇÃO PARA PAGAMENTO DE SINISTROS

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

A comunicação do evento deverá ser encaminhada à Seguradora através do formulário apropriado ou em carta registrada, telegrama, fax ou e-mail, dirigido à mesma ou a seu representante legal. Da comunicação por carta, telegrama, fax ou e-mail deverá constar: data, hora, local e causa. A comunicação nesta forma não dispensa a obrigação de apresentar o formulário apropriado, devidamente preenchido.

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

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

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

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

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

Morte Acidental	Invalidez por Acidente	Despesas Médico-Hospitalares Por Acidente
1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8	1, 4, 5, 6, 8 e 11	1, 4, 5, 6, 8, 9, e 10

- 1) Formulário aviso de Sinistro Vida, totalmente preenchido, com carimbo, CRM e assinatura do médico;
- 2) Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- 3) Certidão de Casamento com data atualizada, e, se for o caso, com averbação do desquite, divórcio ou separação, com data atualizada ou Nascimento do segurado (cópia autenticada);
- 4) RG e CPF do segurado (cópia autenticada);
- 5) Boletim de Ocorrência Policial ou Comunicação de Acidente de Trabalho (cópia autenticada);
- 6) Cópia do CNH - (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente automobilístico e desde que o segurado figure como condutor do veículo. Este documento é dispensável desde que conste no Boletim de Ocorrência Policial a identificação do condutor e os dados da CNH;
- 7) Laudo de Exame Cadavérico e de dosagem alcoólica (cópia autenticada);
- 8) Certificado Individual de Seguro de Vida/Acidentes Pessoais (caso possuir);
- 9) Relatório médico constando a data do evento, diagnóstico, tratamento realizado e tempo previsto da internação;
- 10) Tratando-se de acidente do trabalho, juntar cópia do formulário de Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT);
- 11) Relatórios médicos, cópias de exame e radiografias com laudos que comprovem a invalidez do segurado.

Documentação dos Beneficiários:

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

- a) Certidão de Casamento com data atualizada e, se for o caso, com averbação do desquite, divórcio ou separação, com data atualizada ou Nascimento do segurado (cópia autenticada);
- b) RG e CPF dos beneficiários do seguro (cópia autenticada), ou de seu representante legal;
- c) Comprovante de Endereço do(s) beneficiário(s), ou de seu representante legal (cópia autenticada ou original);
- d) **Escritura Pública de Declaração de únicos herdeiros legais, ou certidão de Rol de Herdeiros Legais extraída dos autos do processo de inventário do segurado, quando não houver designação de beneficiários estipulada em contrato. Obs.: Para valores até R\$ 10.000 poderá ser enviada declaração particular reconhecida em cartório;**
- e) Termo de Tutela, para o(s) beneficiário(s) órfãos menores de 16 anos (original ou cópia autenticada);

- f) Termo de Curatela, somente para a garantia de Invalidez e se o segurado encontrar-se totalmente incapaz para responder por seus atos civis (original ou cópia autenticada). Deverá ser enviado também RG, CPF e comprovante de residência do curador;
- g) Autorização para crédito da indenização em conta corrente para cada beneficiário (somente contas em nome do favorecido ou menor representado, com dados completos da conta-corrente para crédito, CPF ou CNPJ);

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

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

Nota:

Solicitação de Documentos Adicionais:

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

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

Para a garantia de Diárias de Internação Hospitalar, serão adotados os seguintes procedimentos:

Com base na comunicação e nos comprovantes que caracterizem devidamente a Internação Hospitalar nos termos destas Condições Gerais, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias conforme abaixo indicado:

Para o cálculo das diárias serão contados os dias de Internação Hospitalar até a alta médica, acrescidos de 1 (um) dia para cada 10 (dez) dias de Internação, com o mínimo de 1 (um) dia, ou a utilização do limite máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias.

As diárias serão pagas de uma só vez após a alta médica, ou semanalmente, se o período previsto para internação for superior a 10 (dez) dias.

A cessação da contagem do período aquisitivo das Diárias por Internação Hospitalar se dará com a alta do segurado ou a utilização do limite de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, devendo o segurado, no primeiro caso, apresentar o comprovante médico da alta médica.

Todas as despesas efetuadas para a comprovação da Internação Hospitalar correrão por conta do segurado ou de seu representante legal.

Poderá a Seguradora, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos para regulação do sinistro, ficando suspenso o prazo de liquidação mencionado acima, reiniciando sua contagem a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

22- ALTERAÇÃO DE PLANO

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

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

23- MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a promoção do seguro, por parte do estipulante e ou corretor, somente poderão ser feitas com autorização expressa da Sociedade Seguradora, respeitadas rigorosamente as condições da apólice e as normas do seguro. Fica a Sociedade Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas respectivas divulgações **por ela expressamente autorizadas**.

24- PREVALÊNCIA DE CLÁUSULAS

Prevalecem sobre as cláusulas destas Condições Gerais as previstas de comum acordo entre a Seguradora o estipulante e as constantes nas Condições Particulares do Seguro.

25- PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

26- INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- I. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco;**
- II. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização;**
- III. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.**

27- FORO.

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

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

Sociedade Seguradora:
HSBC Seguros (Brasil) S.A.
CNPJ 76.538.446/0001-36
Processo Susep: 15.414.002909/2006-10

Corretora:
Marsh Corretora de Seguros Ltda
SUSEP 028926.1.006549-8
CNPJ 61.038.592/0001-25

Estipulante:
Carrefour Comércio e Indústria Ltda
CNPJ 45.543.915/0001-81

Esta parte não integra às Condições Gerais do seguro

SORTEIO

Desde que o segurado esteja com o pagamento das parcelas do seguro rigorosamente em dia, terá o direito a concorrer semanalmente a sorteio conforme discriminado abaixo .

O segurado concorrerá a quatro sorteios mensais no valor bruto de R\$ 7.142,86, **desde que esteja com o pagamento da parcela do seguro em dia.**

Do valor do Sorteio será descontado o Imposto de Renda e outros tributos que venham a incidir, de acordo com as regras em vigor na data do sorteio.

O segurado terá direito ao sorteio a partir do mês subsequente ao pagamento da primeira parcela do seguro e vigorará (ão) pelo período de doze meses. Anualmente o número para concorrer ao sorteio será alterado e comunicado ao segurado mediante envio de novo “Caderno de Condições Gerais”.

Havendo cancelamento do Seguro, inadimplência, ou ainda, descumprimento do Regulamento, o segurado não terá direito ao(s) sorteio(s).

O segurado receberá o número para sorteio com 5 algarismos, que estará informado no 'Certificado de Seguro' e concorrerá semanalmente a sorteios através dos resultados da Loteria Federal do Brasil, pelas extrações realizadas nos últimos quatro sábados de cada mês. Caso o mês tenha cinco sábados, não será realizado sorteio no primeiro.

Será contemplado em sorteio o segurado cujo número de sorteio constante do certificado coincida, na mesma ordem, com as unidades simples do 1º ao 5º prêmio da Loteria Federal do Brasil, conforme exemplo abaixo:

- Sorteio será lido verticalmente de **cima para baixo**, da direita para a esquerda, conforme exemplo:

Resultado da Loteria	Contemplado em Sorteio
1º- 64.126	
2º- 13.020	Combinação Sorteada semanalmente 60.169
3º- 40.591	
4º- 23.086	
5º- 12.379	

Não havendo extração da Loteria Federal do Brasil nos sábados previstos, nem no Domingo imediato que o substitua, o sorteio será realizado pela extração da Quarta-feira subsequente.

A Seguradora avisará o contemplado após a confirmação dos resultados e poderá divulgar a imagem do ganhador desde que mediante prévia autorização.

A cada 12 (doze) meses de vigência do seguro, o(s) número(s) para concorrer ao(s) sorteio(s) será (ão) alterado(s) e comunicado(s) ao segurado através da emissão de um novo “Caderno de Condições Gerais”.

Esta parte não integra às Condições Gerais do seguro

Da Garantia do Sorteio

Os Sorteios estão garantidos através de título de capitalização da HSBC Empresa de Capitalização (Brasil) S.A., CNPJ nº. 33.425.075/0001-73, conforme condições gerais aprovadas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP conforme processos abaixo, que regem e esclarecem qualquer dúvida que venham a ocorrer sobre os sorteios. Processo(s) SUSEP nº 15414.004540/2008-33.

Esta parte não integra às Condições Gerais do seguro

SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL (Plano SEMI-LUXO)

Consiste na prestação de Assistência Funeral à família do segurado falecido (morte qualquer que seja a causa). Este serviço, quando contratado plano com Assistência Funeral Familiar, é extensivo a cônjuge e filhos.

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

Serão considerados os filhos legítimos, enteados, adotados ou legalmente reconhecidos como dependentes, menores de 21 (vinte e um) anos e solteiros ou de qualquer idade quando incapacitados física ou mentalmente para o trabalho, e que sejam dependentes do segurado, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda.

Estão previstos os seguintes itens e serviços:

- a) Assessoria nas formalidades e obtenção de documentos, incluindo o registro do atestado de óbito em cartório e pagamento de taxas requeridas;
- b) Preparação do Corpo: higienização e desodorização;
- c) Divulgação do óbito em jornal, rádio;
- d) Câmara Ardente;
- e) Ônibus Especial para locomoção da família (100 Km);
- f) Traslado do corpo do local do óbito até o velório e depois até o local de sepultamento no Brasil, *na cidade de domicílio do Segurado*. Se houver necessidade da presença de um membro da família para liberação do corpo, serão fornecidas passagens de ida e volta e hospedagem para um familiar;
- g) Urna de categoria standard com ornamentação de luxo;
- h) Ornamentação de acordo com a preferência da família do segurado, como: jogo de paramentos, véu, duas coroas médias de flores, 1 arranjo floral, livro de presença, manta mortuária e velas;
- i) Velório em sala ou capela de acordo com as disponibilidades locais;
- j) Sepultamento no local em que a família determinar. Caso a família não possua jazigo será providenciada, pelo período máximo de 03 (três) anos e de acordo com a disponibilidade local, sua locação em cemitério público na cidade domiciliar da família, desde que em território nacional. A seguradora não assumirá qualquer responsabilidade referente ao ato de exumação e destino dos ossos, dado o término do prazo de locação;
- k) Havendo opção por cremação, esta será realizada no local do óbito ou, se não houver na região este serviço, na cidade mais próxima em que seja possível fazê-lo. As cinzas serão encaminhadas à família. Ao optar pelo crematório, a Seguradora se responsabiliza pela realização do velório apenas no próprio crematório.

EXCLUSÕES DA ASSISTÊNCIA FUNERAL

ITENS EXCLUSOS NO ATENDIMENTO DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

- ✓ Roupas em geral;
- ✓ Exumação dos ossos;
- ✓ Missa de 7º dia ou contratação de religioso para conduzir o culto;
- ✓ Xerox da documentação;
- ✓ Café;
- ✓ Bebidas;
- ✓ Refeições em geral;
- ✓ Compra de Jazigo;
- ✓ Confecção de gaveta em túmulo de terceiro;
- ✓ Lápides e/ou gravações;
- ✓ Cruzes;
- ✓ Reforma em geral no jazigo;
- ✓ Exumação de corpo em jazigo da família;
- ✓ Custo de capela e sepultamento superior aos praticados pelo Município;
- ✓ Despesas de qualquer natureza que não estejam relacionadas diretamente com o funeral, sem autorização da MONDIAL, não previstas nestas Condições;
- ✓ Quaisquer reembolsos de despesas providenciadas diretamente pela família e não autorizadas pela MONDIAL, mesmo que cobertas pela presente assistência. A MONDIAL não efetuará nenhuma espécie de reembolso, caso não seja acionada;
- ✓ Necromaquiagem (as técnicas de preservação – tanatopraxia e embalsamamento – terão seus custos cobertos apenas em caso de traslado aéreo do corpo, considerando esta despesa como parte dos valores de plano Semi-Luxo)
- ✓ O meio de traslado do corpo será decidido pela MONDIAL. Havendo discordância do meio escolhido, a MONDIAL arcará com o valor que gastaria pelo meio escolhido por ela.

Notas

- a) A prestação de Assistência Funeral é exclusiva para segurados residentes e domiciliados no Brasil.
- b) Serão considerados para todos os fins como prioritários em relação aos demais, os serviços descritos nos itens “g” e “j”, salvo solicitação formal em contrário do responsável no momento do atendimento.
- c) Os serviços aqui previstos não são suscetíveis de reembolso ou de pagamento em espécie pela seguradora e nem tem qualquer caráter indenitário.
- d) A utilização dos serviços oferecidos é exclusivamente por meio de contato prévio com a Central de Assistência Funeral 24 Horas, portanto, não haverá reembolso de despesas incorridas por serviços providenciados por conta própria, exceto quando autorizados previamente pela Central.

Garantia do Serviço

Este serviço é garantido pelo **Mercosul Assistance Participações Ltda. (Mondial)** inscrita no CNPJ sob nr 52.910.023/0001-37