

「
SEGURO
PROTEÇÃO VIDA
CLUBE
」

**SEGURO PROTEÇÃO VIDA CLUBE
CONDIÇÕES GERAIS**

**SEGURO
PROTEÇÃO VIDA CLUBE**

Condições Gerais

Processo SUSEP: 15414.004121/2006-30
CNPJ: 06.136.920/0001-18

**SEGURO PROTEÇÃO VIDA CLUBE
CONDIÇÕES GERAIS**

ÍNDICE

1. OBJETIVO DO SEGURO.....	4
2. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA	4
3. COBERTURAS	4
4. RISCOS EXCLUÍDOS	18
5. CAPITAL SEGURADO	21
6. BENEFICIÁRIOS.....	22
7. VIGÊNCIA DA APÓLICE MESTRA	22
8. VIGÊNCIA DO SEGURO INDIVIDUAL	23
9. INCLUSÃO DE SEGURADOS	24
10. CANCELAMENTO DO SEGURO	25
11. CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL	25
12. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	26
13. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	27
14. CARÊNCIA.....	28
15. CUSTEIO DO SEGURO	28
16. PRÊMIO	28
17. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS.....	29
18. CERTIFICADO DE SEGURO INDIVIDUAL	29
19. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS	29
20. ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA.....	34
21. DISPOSIÇÕES GERAIS	34
22. PRESCRIÇÃO.....	34
23. FORO	35
24. GLOSSÁRIO DE TERMOS E DEFINIÇÕES DE SEGUROS	35

SEGURO PROTEÇÃO VIDA CLUBE CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

O presente seguro tem por objetivo garantir ao Segurado ou a seu(s) beneficiário(s), o pagamento de Indenização caso venha a ocorrer um dos Eventos Cobertos, previstos nas coberturas constantes do clausulado abaixo, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.**

2. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

O âmbito territorial de cobertura abrange os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, 24 horas por dia.

3. COBERTURAS

3.1. Morte – Cobertura Básica

Garante aos beneficiários o pagamento do capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de morte do segurado, seja natural, seja acidental, devidamente coberta, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.**

3.2. ADICIONAIS

3.2.1. Indenização Especial de Morte por Acidente

Desde que contratada, garante aos beneficiários o pagamento do capital segurado contratado para esta cobertura em caso de morte do segurado causada, **exclusivamente**, por acidente pessoal coberto pelo seguro, sem prejuízo do pagamento do capital referente a Cobertura Básica, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.**

3.2.2. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento de uma indenização, nas hipóteses e graus estabelecidos na **Tabela para o Cálculo de Indenização (item 3.2.2.11)**, proporcional ao valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, caso haja perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.**

3.2.2.1. A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A SEGURADORA reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o segurado a tanto se negue.

SEGURO PROTEÇÃO VIDA CLUBE CONDIÇÕES GERAIS

3.2.2.1.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

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

3.2.2.2. Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.

3.2.2.3. Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado nesta Cobertura.

3.2.2.4. 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.

3.2.2.5. Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez preexistente será percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.

3.2.2.6. A perda de dentes e os danos estéticos não darão direito a indenização por invalidez permanente por acidente.

3.2.2.7. As indenizações previstas para as coberturas de Indenização Especial de Morte por Acidente e Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam, em consequência de um mesmo acidente. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização pela Cobertura de Indenização Especial de Morte por Acidente será deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente.

3.2.2.8. A reintegração do capital segurado para a hipótese de invalidez permanente parcial por acidente será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo para invalidez permanente direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

**SEGURO PROTEÇÃO VIDA CLUBE
CONDIÇÕES GERAIS**

3.2.2.9. Tabela para o Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente:

TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE IMPORTÂNCIA SEGURADA
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.	

SEGURO PROTEÇÃO VIDA CLUBE CONDIÇÕES GERAIS

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, indenização equivalente ½, 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.	

3.2.3. Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.

3.2.3.1. Desde que contratada, garante ao próprio segurado o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a cobertura básica (morte), em caso de sua invalidez **funcional** total e permanente por doença, **exceto se decorrente dos riscos excluídos e observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.**

3.2.3.1.1. Para fins desta cobertura, entende-se por Invalidez Funcional Total e Permanente por Doença aquela que cause a Perda da Existência Independente do segurado.

3.2.3.1.2. Está coberta a ocorrência comprovada - segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada - de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes **exclusivamente de doença**:

- a.** doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b.** doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;

SEGURO PROTEÇÃO VIDA CLUBE CONDIÇÕES GERAIS

- c. doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;
- d. alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
- e. doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f. doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g. deficiência visual, decorrente de doença:
 - cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
 - ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores
- h. doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado.
- i. estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

3.2.3.1.3. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

**SEGURO PROTEÇÃO VIDA CLUBE
CONDIÇÕES GERAIS**

3.2.3.1.4. A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por documentos médicos que apenas caracterizem incapacidade parcial e ou de natureza profissional.

3.2.3.1.5. Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF (Abaixo) atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

3.2.3.1.5.1. O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

3.2.3.1.5.2. O 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.

3.2.3.1.5.3. Para a classificação no 2º ou no 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

3.2.3.1.5.4. Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

DOCUMENTO 1**TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS**

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20

**SEGURO PROTEÇÃO VIDA CLUBE
CONDIÇÕES GERAIS**

CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.	20

CONECTIVIDADE E DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).	10
	3º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.	20

SEGURO PROTEÇÃO VIDA CLUBE CONDIÇÕES GERAIS

O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.

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

DOCUMENTO 2 TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40.	02
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	02
HÁ OU HOUVE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	04
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	04
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIVÊNCIA E OU REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA.	08

3.2.3.2. Ocorrendo a invalidez funcional total e permanente por doença, poderá o segurado requerer o pagamento do capital contratado. Por ser essa cobertura uma antecipação da cobertura básica (morte), o seu requerimento, desde que fique efetivamente comprovada a invalidez funcional total e permanente por doença devidamente coberta, **imediate e automaticamente extingue a cobertura para o caso de morte, bem como o Seguro Individual**. Nesta hipótese, os prêmios pagos a partir da data do requerimento serão devolvidos, atualizados monetariamente, juntamente com o pagamento do capital segurado.

3.2.3.2.1. Na hipótese do item anterior, não ficando comprovada a Invalidez Funcional Total e Permanente por Doença, o seguro continuará em vigor, **observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais, sem qualquer devolução de prêmios**.

3.2.3.2.2. Inexistindo o requerimento, o capital contratado, quando da morte do segurado devidamente coberta, será regularmente pago ao(s) beneficiário(s).

3.2.3.3. A cobertura de Invalidez Funcional Total e Permanente por Doença não se acumula com a cobertura de Morte, Indenização Especial de Morte por Acidente e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

SEGURO PROTEÇÃO VIDA CLUBE CONDIÇÕES GERAIS

3.2.4. Enfermidades Graves

Garante ao Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura, em caso de diagnóstico comprovado por Médico Habilitado e exames complementares, de uma das doenças cobertas por este Seguro, ocorrida e diagnosticada durante a vigência do Seguro, observando as condições aqui estabelecidas.

Estão cobertas as doenças abaixo relacionadas e caracterizadas, sendo necessário que os seus diagnósticos sigam os critérios estabelecidos na literatura médica mundial e aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

I – INFARTO DO MIOCÁRDIO

Definição:

Necrose de parte do músculo cardíaco em consequência de um fluxo inadequado na área respectiva.

Risco Coberto:

O infarto será caracterizado por diagnóstico de médico cardiologista e exames que demonstrem alterações das enzimas cardíacas, alterações eletrocardiográficas, ecocardiograma, e outros exames específicos como contilografia do miocárdio e cateterismo cardíaco, sendo de fundamental importância a conclusão diagnóstica através desses exames, com evidências dos percentuais indicativos para a cirurgia cardíaca aberta.

II – DERRAME OU HEMORRAGIA E INFARTOS CEREBRAIS

Definição:

São os transtornos vasculares cerebrais agudos que levam ao comprometimento do Sistema Nervoso Central com sequelas motoras e/ou cognitivas em caráter permanente.

Risco Coberto:

O transtorno vascular cerebral será caracterizado por diagnóstico de médico neurologista e exames complementares (Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética e outros exames específicos) para seu diagnóstico.

SEGURO PROTEÇÃO VIDA CLUBE CONDIÇÕES GERAIS

III – CÂNCER (DOENÇA NEOPLÁSICA MALÍGNA)

Definição:

É o resultado do acúmulo de alterações genéticas ou adquiridas que transforma a célula normal em outra estrutura diferente, promovendo o crescimento progressivo e descontrolado de células malignas, com potencial para invadir tecidos ou órgãos vizinhos e disseminar-se a lugares distantes (metástases).

Risco Coberto:

Estão cobertos os portadores de neoplasia maligna diagnosticados por Médico Habilitado em oncologia e demonstrado através dos laudos de exames citológicos e histológicos apropriados para cada caso.

IV – CIRUGIAS DAS ARTÉRIAS CORONÁRIAS

Definição:

Cirurgia de 2 (duas) ou mais artérias coronárias (ponte de safena ou mamária) com o objetivo de reestabelecer o fluxo sanguíneo adequado ao músculo cardíaco, com comprovação por cateterismo cardíaco.

Risco Coberto:

Cirurgias realizadas a céu aberto.

3.2.4.3. Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada ou cirurgia realizada, desde que comunicados à Seguradora, não havendo, em hipótese alguma acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.

3.2.4.4. O pagamento de qualquer Indenização decorrente da cobertura de Enfermidades Graves significa o cancelamento imediato desta cobertura, não havendo reintegração do Capital Segurado ou renovação da cobertura.

3.2.5. Doenças em Fase Terminal

Garante ao Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura, em caso de diagnóstico comprovado por Médico Habilitado e exames complementares, de uma das doenças cobertas por este Seguro, ocorrida e diagnosticada durante a vigência do Seguro, observando as condições aqui estabelecidas.

Estão cobertas as doenças abaixo relacionadas e caracterizadas, sendo necessário que os seus diagnósticos sigam os critérios estabelecidos na literatura médica mundial e aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

SEGURO PROTEÇÃO VIDA CLUBE CONDIÇÕES GERAIS

I – CÂNCER OU TUMOR MALÍGNO (DOENÇA NEOPLÁSICA MALÍGNA)

Definição:

É o resultado do acúmulo de alterações genéticas ou adquiridas que transforma a célula normal em outra estrutura diferente, promovendo o crescimento progressivo e descontrolado de células malignas, com potencial para invadir tecidos ou órgãos vizinhos e disseminar-se a lugares distantes (metástases).

Risco Coberto:

Estão cobertos os portadores de câncer invasor ou câncer com metástases à distância, devidamente comprovado através de exames complementares especializados. Estarão cobertos, também, os tumores malignos cerebrais, de fígado, leucemias agudas (mielóide e linfóide) e os linfomas estágio III e IV com envolvimento de gânglios acima e abaixo do diafragma ou órgãos como pulmão, fígado e medula óssea.

II – AIDS (SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA)

Definição:

A AIDS é um conjunto de sinais e sintomas de imunodeficiência secundária, resultante da infecção pelo vírus HIV, sendo caracterizada por infecções oportunistas, neoplasias malignas, disfunções neurológicas e várias outras síndromes.

Risco Coberto:

Estará coberto o Segurado portador do vírus HIV em estágio avançado (estado grave) acometidos de afecções oportunistas recorrentes (Infecções frequentes, diarreias crônicas, complicações neurológicas ou neoplasias malignas) e com comprometimento do estado geral e resistente a tratamentos convencionais e que tenham os exames laboratoriais recentes com o seguinte perfil:

- Linfócitos CD4 – abaixo de 200 células por mm³.
- Linfócitos CD8 – abaixo de 600 células por mm³.
- Relação CD4/CD8 – abaixo de 0,8
- Carga Viral- acima de 50.000

3.2.5.4. Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada, desde que comunicada à Seguradora, não havendo, em hipótese alguma acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.

SEGURO PROTEÇÃO VIDA CLUBE CONDIÇÕES GERAIS

3.2.5.5. O pagamento de qualquer Indenização decorrente da cobertura de Doenças em Fase Terminal significa o cancelamento imediato desta cobertura, não havendo reintegração do Capital Segurado ou renovação da cobertura.

3.2.6. Renda Diária por Internação Hospitalar

3.2.6.1. Desde que contratada, garante ao próprio Segurado, o pagamento de uma indenização correspondente ao número de diárias utilizadas pelo Segurado em cada período de internação, deduzida a franquia, no caso da sua internação hospitalar decorrente de acidente ou doença em caráter estritamente emergencial, **entendo-se como tal todas as internações que não sejam eletivas**, e exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.**

3.2.6.2. No caso de internação em UTI ou CTI, é pago o dobro da renda diária.

3.2.6.3. O período coberto, por ocasião da Hospitalização prevista para esta cobertura, está limitado em 90 dias de Internação(ões), consecutivas ou não, decorrente(s) de um mesmo evento coberto, considerando o período de 12 (doze) meses de vigência do seguro individual.

3.2.7. Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas.

3.2.7.1. Desde que contratada, garante ao próprio segurado, até o valor do capital segurado contratado para esta cobertura, o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação e prescrição de profissional médico habilitado, decorrentes de acidente pessoal coberto e desde que o tratamento se inicie dentro de 30 (trinta) dias contados da data do acidente, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.**

3.2.7.2. O valor da indenização prevista nesta cobertura não poderá, em hipótese alguma, ser superior aos efetivos gastos com as despesas médicas, hospitalares e odontológicas garantidas, ainda que haja vários seguros contratados em diferentes seguradoras.

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

3.2.7.4. A comprovação das despesas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais e dos relatórios médicos.

3.2.7.5. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da necessidade dos procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos, sob pena de perda do direito à indenização, **caso o segurado a tanto se negue.**

SEGURO PROTEÇÃO VIDA CLUBE CONDIÇÕES GERAIS

3.2.8. Despesas com Cirurgia decorrente de Acidentes Pessoais

3.2.8.1. Desde que contratada, garante ao próprio segurado, até o valor do capital segurado contratado para esta cobertura, o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado em intervenções cirúrgicas, sob orientação e prescrição de profissional médico habilitado, decorrentes de acidente pessoal coberto e desde que a intervenção cirúrgica ocorra dentro de 30 (trinta) dias contados da data do acidente, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.**

3.2.8.2. O valor da indenização prevista nesta cobertura não poderá, em hipótese alguma, ser superior aos efetivos gastos com as despesas médicas, hospitalares e odontológicas garantidas, ainda que haja vários seguros contratados em diferentes seguradoras.

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

3.2.8.4. A comprovação das despesas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais e dos relatórios médicos.

3.2.8.5. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da necessidade dos procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos, sob pena de perda do direito à indenização, **caso o segurado a tanto se negue.**

3.2. Não será permitida a contratação conjunta das coberturas de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas e Despesas com Cirurgia decorrente de Acidentes Pessoais.

3.3. SUPLEMENTARES

3.3.1. Cônjuge

3.3.1.1. Desde que contratada, garante ao Segurado Principal o pagamento de uma indenização no valor do capital segurado contratado para esta cobertura suplementar, em caso de morte do cônjuge devidamente coberta por este seguro, **observados os riscos excluídos e as demais cláusulas destas Condições Gerais.**

3.3.1.2. O capital segurado do cônjuge não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo Segurado Principal.

3.3.1.3. Além da cobertura de Morte, ao cônjuge poderão ser concedidas, ainda, as coberturas adicionais de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, conforme estabelecido nestas Condições Gerais e desde que essas coberturas tenham sido contratadas pelo Segurado Principal.

3.3.1.4. A inclusão de cônjuge neste seguro estará sujeita à aceitação da Seguradora, além do pagamento de prêmio adicional.

SEGURO PROTEÇÃO VIDA CLUBE CONDIÇÕES GERAIS

3.3.1.5. Equiparam-se aos cônjuges a(o) companheira(o) do Segurado Principal, desde que comprovada, documentalmente, a união estável entre ambos, na forma da legislação aplicável à matéria.

3.3.1.6. Ao Segurado Principal caberá declarar sobre o estado de saúde de seu cônjuge, nos casos em que se exigir declaração pessoal de saúde.

3.3.1.7. Desfeita a sociedade conjugal, ainda que de fato, ou a união estável, canceladas estarão, automaticamente, as coberturas contratadas para o Segurado Dependente incluído na condição de cônjuge, seja automática ou facultativa a inclusão, independentemente desse fato ter sido, ou não, comunicado pelo Segurado Principal à SEGURADORA e ter havido pagamento de prêmio.

3.3.1.8. No caso previsto no item anterior (3.3.1.7) os eventuais prêmios pagos serão devolvidos atualizados monetariamente pelo IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística desde a data de pagamento até a sua efetiva restituição.

3.3.1.9. Não poderá ser incluído no seguro, na qualidade de Segurado Dependente, o cônjuge que participe da apólice na qualidade de Segurado Principal na mesma Apólice Mestra.

3.3.2. Filhos

3.3.2.1. Desde que contratada, garante ao Segurado Principal o pagamento de uma indenização no valor do capital segurado contratado para esta cobertura suplementar, em caso de morte do(s) filho(s) devidamente coberta por este seguro, **observados os riscos excluídos e as demais cláusulas destas Condições Gerais.**

3.3.2.2. São considerados filhos do Segurado Principal, para fins deste seguro, os seguintes dependentes econômicos do Segurado Principal:

I - O filho(a) e o enteado(a) do Segurado Principal, de até 18 (dezoito) anos, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;

II - O menor pobre, de até 18 (dezoito) anos, que o Segurado Principal crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial;

III - O irmão ou neto, sem arrimo dos pais, de até 18 (dezoito), desde que o Segurado Principal detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho; e,

IV - O absolutamente incapaz, do qual o contribuinte seja tutor ou curador”.

3.3.2.3. O capital segurado dos filhos não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo segurado principal.

SEGURO PROTEÇÃO VIDA CLUBE CONDIÇÕES GERAIS

3.3.2.4. Na hipótese de falecimento de menor de 14 (quatorze) anos, a indenização será destinada, exclusivamente, ao reembolso das despesas com funeral, devidamente comprovadas, mediante apresentação de contas originais, limitado ao valor do Capital Segurado para esta Cobertura. Entre as despesas cobertas incluem-se as havidas com traslado, excluindo-se as decorrentes de aquisição de terrenos, jazigos e carneiros.

3.3.2.5. Quando ambos os cônjuges forem Segurados Principais, os filhos serão incluídos uma única vez, considerando-se dependentes daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Principal para efeito desta Cobertura.

3.3.2.6. Não poderá ser incluído no seguro, na qualidade de Segurado Dependente, o filho do Segurado Principal que já ostente a qualidade de Segurado Principal na mesma Apólice Mestra.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídos das Coberturas deste seguro os eventos ocorridos em consequência:

- a.** do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo 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 e suas decorrências ou outras perturbações da ordem pública, exceto se decorrentes da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c.** de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- d.** de doenças preexistentes à contratação do seguro não declaradas na Proposta de Adesão e comprovadamente de conhecimento do Proponente individual quando da assinatura da proposta;
- e.** da prática, por parte do Segurado, seu(s) beneficiário(s) ou seu representante legal de um ou de outro de atos ilícitos dolosos ou contrários a lei;
- f.** suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Contrato de Seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;
- g.** sinistro ocorrido durante o período de suspensão da cobertura por atraso nos pagamentos de Prêmios.
- h.** Epidemias, Endemias e Pandemias;

**SEGURO PROTEÇÃO VIDA CLUBE
CONDIÇÕES GERAIS**

i. envenenamento em caráter coletivo ou qualquer distúrbio da natureza que atinja maciçamente uma região ou uma dada população onde o Segurado resida ou esteja de passagem.

4.2. Além dos riscos mencionados no item 4.1, estão expressamente excluídos das coberturas de Indenização Especial de Morte por Acidente e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente as doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que desencadeadas ou agravadas por acidente coberto.

4.3. Além dos riscos mencionados no item 4.1, estão expressamente excluídos da cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doenças (IPD-F), ainda que redundando em Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Funções Autônomicas do Segurado, com perda da sua Existência Independente, os abaixo especificados:

a. perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;

b. a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismos;

4.4. Além dos riscos mencionados no item 4.1, estão expressamente excluídos da cobertura de Renda Diária por Internação Hospitalar, os eventos e internações decorrentes de:

a. ferimentos auto infligidos, ainda que mentalmente alienado, temporária ou permanentemente;

b. uso de psicotrópicos, embriaguez, drogas entorpecentes;

c. gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos e suas consequências, inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento da esterilidade masculina e/ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;

d. procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica ou tratamentos experimentais ou medicamentosos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

e. tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de Acidente;

f. internação Hospitalar por motivo de convalescença, investigação diagnóstica, senilidade, repouso, tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias modalidades, geriatria, tratamento e recuperação de viciados em drogas ou alcoólatras e;

g. casos de doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;

SEGURO PROTEÇÃO VIDA CLUBE CONDIÇÕES GERAIS

- h. epidemias, envenenamento em caráter coletivo ou qualquer distúrbio da natureza que atinja maciçamente a população onde o Segurado resida;**
- i. plásticas e atos cirúrgicos com finalidade estética ou de embelezamento, mesmo quando justificado por laudo médico, exceto aquelas por indicação estritamente curativa, com comprovação histo-anátomo-patológica ou exames complementares;**
- j. consultas médicas e exames complementares de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de sanidade (check-up);**
- k. anomalias congênitas e condições que surjam ou resultem de tais anomalias;**
- l. diálises, hemodiálises;**
- m. toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico e/ou cirúrgico.**

4.5. Além dos riscos mencionados no item 4.1, estão expressamente excluídos da cobertura de Enfermidades Graves:

a. para Infarto no Miocárdio:

- Anginas**

b. para Derrame ou Hemorragia e Infartos Cerebrais:

- Ataques Isquemias Transitórios (AIT);**
- Lesões Cerebrais resultantes de hipóxia ou trauma;**
- Alterações neurológicas não resultante de acidente vascular.**

c. para Câncer (Doença Neoplásica Maligna):

- Carcinoma “in situ”, câncer de pele (exceto o melanoma maligno), os linfomas em sua fase inicial (estágio I – limitado a gânglios linfáticos localizados) e o sarcom de Kaposi.**

d. para Cirurgia das Artérias Coronárias:

- Angioplastias transluminal coronariana e procedimentos intra-arteriais, como colocação de “stents”**

SEGURO PROTEÇÃO VIDA CLUBE CONDIÇÕES GERAIS

4.6. Além dos riscos mencionados no item 4.1, estão expressamente excluídos da cobertura de Doença em Fase Terminal:

a. para Câncer:

- Carcinoma “in situ”, câncer de pele (exceto o melanoma maligno), os linfomas em sua fase inicial (estágio I – limitado a gânglios linfáticos localizados) e o sarcom de Kaposi.

4.7. Além dos riscos mencionados no item 4.1, estão expressamente excluídos das coberturas de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas e Despesas com Cirurgia decorrente de Acidentes Pessoais, as despesas decorrentes de:

- a. estados de convalescença (após 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.**

5. CAPITAL SEGUADO

O valor do Capital Segurado poderá ser escolhido livremente, observando-se os limites máximos e mínimos para contratação, estabelecidos pela Seguradora.

Para fins de indenização serão pagos ou reembolsados os valores estabelecidos para cada cobertura vigentes na data do evento.

5.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado:

- a. na Cobertura Básica, a data do falecimento;**
- b. nas Coberturas de Indenização Especial por Morte Acidental, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Despesas com Cirurgia decorrente de Acidentes Pessoais e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, a data do acidente;**
- c. na Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, a data será a indicada na Declaração Médica, sendo consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.**
- d. nas Coberturas de Enfermidades Graves e Doença em Fase Terminal, a data do diagnóstico da doença confirmado por exames; e,**
- e. na Cobertura de Renda Diária por Internação Hospitalar, a data da internação.**

SEGURO PROTEÇÃO VIDA CLUBE CONDIÇÕES GERAIS

6. BENEFICIÁRIOS

6.1. Indicação

O Segurado poderá indicar livremente seus Beneficiários, ressalvadas as restrições legais, devendo fazer um comunicado por escrito à Seguradora.

6.2. Alteração de Beneficiários

O Segurado poderá, a qualquer tempo, alterar a indicação de Beneficiários, mediante manifestação formal à Seguradora.

Será considerada, em caso de Sinistro, a última alteração de beneficiário de que a Seguradora tenha conhecimento.

6.3. Falta de Designação de Beneficiários em caso de Morte

Não havendo beneficiário indicado na ocasião do falecimento do Segurado Principal, o Capital Segurado será pago na forma da Lei.

6.4. No caso das coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, Enfermidades Graves, Renda Diária por Internação Hospitalar, Despesas com Cirurgia decorrente de Acidentes Pessoais e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, previstas nestas Condições Gerais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado Principal.

7. VIGÊNCIA DA APÓLICE MESTRA

7.1. Início de Vigência

O início de vigência da apólice mestra se dará às 24 (vinte e quatro) horas da data expressa no Contrato.

7.2. Fim de vigência

O fim de vigência da apólice mestra se dará às 24 (vinte e quatro) horas do dia anterior ao seu aniversário anual.

7.3. Renovação da Apólice Mestra

A apólice mestra poderá ser renovada automaticamente, por igual período, salvo se o Estipulante ou a SEGURADORA manifestar-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

7.3.1. A renovação automática prevista no item anterior só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Estipulante e da Seguradora.

SEGURO PROTEÇÃO VIDA CLUBE CONDIÇÕES GERAIS

7.3.2. Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou deveres adicionais para os segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

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

7.3.4. Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar o seguro, será enviado comunicado ao Estipulante mediante a aviso prévio de no mínimo 60 (sessenta) dias que antecedem o final de vigência do seguro.

8. VIGÊNCIA DO SEGURO INDIVIDUAL

8.1. Início de Vigência

O seguro de cada segurado terá vigência anual a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data expressa no Certificado de Seguro.

8.1.1. Caso não haja pagamento de prêmio quando do protocolo da Proposta de Adesão, o início de vigência é o dia de aceitação da proposta ou outro se solicitado pelo proponente. Em havendo pagamento parcial ou total do prêmio, considera-se o início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora.

8.2. Fim de vigência

A data de fim de vigência do seguro individual será às 24 (vinte e quatro) horas do dia anterior ao seu aniversário anual.

8.2.1. Os seguros individuais vigoram enquanto vigorar a apólice mestra, desde que não ocorra nenhuma causa de cancelamento do contrato individual previsto nestas Condições Gerais.

8.2.2. No caso de não renovação da apólice mestra, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final de vigência da apólice, respeitado o período correspondente ao prêmio pago.

8.3. Renovação do Seguro Individual.

8.3.1. Em cada renovação, desde que renovada a apólice mestra, a Seguradora enviará a cada segurado, a proposta de atualização antes da data de fim de vigência anual do seguro.

8.3.2. Em caso de não concordância com a proposta de atualização, o Segurado poderá solicitar a alteração ou não renovar o seguro. Neste último caso, sem qualquer cobrança adicional.

SEGURO PROTEÇÃO VIDA CLUBE CONDIÇÕES GERAIS

8.3.3. O seguro de cada segurado é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renová-lo na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos destas Condições Gerais.

8.3.4. Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar o seguro, será enviado comunicado aos segurados mediante a aviso prévio de no mínimo 60 (sessenta) dias que antecedem o final de vigência do seguro individual, respeitado o disposto no item 8.2.2.

9. INCLUSÃO DE SEGURADOS

9.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

9.2. Poderão ser incluídos no presente seguro, as pessoas físicas, com idade de no mínimo 14 e no máximo 55 anos, que estejam em perfeitas condições de saúde e em plena atividade laborativa.

9.3. Os Proponentes poderão ser incluídos através do preenchimento, assinatura e entrega à Seguradora, da Proposta de Adesão. O seguro deverá ser aceito ou recusado, no prazo máximo de 15 (quinze) dias, contados do recebimento da Proposta de Adesão pela Seguradora. Vencidos os 15 (quinze) dias, sem manifestação da Seguradora, o seguro será considerado aceito.

9.3.1. Qualquer alteração que implique em modificação de risco durante a vigência, inclusive alteração de Capital Segurado, deverá ser feita mediante proposta assinada pelo segurado ou por seu representante legal, sendo que a Seguradora terá o mesmo prazo estabelecido no item 9.3., para se manifestar.

9.4. A Seguradora poderá, para aceitação ou alteração do Seguro, exigir uma única vez provas complementares, tais como declaração complementar de saúde, relatório médico, exames específicos, perícia médica, declarações e outras informações que julgar necessárias.

9.5. Solicitando a Seguradora provas complementares, o prazo de 15 (quinze) dias para aceitação ou recusa, será suspenso e a contagem do prazo continuará a correr a partir da data de entrega da documentação complementar.

9.6. Durante o prazo de aceitação e desde que o pagamento do Prêmio tenha sido efetuado e a Seguradora tenha recebido a Proposta de Adesão, terá início um período de no máximo 15 (quinze) dias, com cobertura condicional, no qual a Seguradora avaliará o risco.

9.7. A não aceitação da Proposta de Adesão, por parte da Seguradora, será comunicada por escrito ao Proponente, com a justificativa da recusa e implicará no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, na devolução integral de qualquer pagamento de Prêmio eventualmente efetuado, descontado o período em que vigorou a cobertura atualizada da data do pagamento pelo Segurado até a data da efetiva restituição, pelo índice IPC-A.

**SEGURO PROTEÇÃO VIDA CLUBE
CONDIÇÕES GERAIS**

10. CANCELAMENTO DO SEGURO

A Apólice Mestra será cancelada:

- 10.1. por acordo entre o Estipulante e a Seguradora mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado;
- 10.2. pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais, inclusive no tocante ao pagamento de prêmios, nos termos do item 16.

11. CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL

11.1. Ocorrerá a cessação de cobertura:

- a. com a não renovação ou final de vigência da apólice mestra;
- b. no final de vigência do seguro individual, quando este não for renovado.

11.2. Ocorrerá o cancelamento do seguro individual:

- a. com a morte ou invalidez TOTAL e permanente por acidente do Segurado;
- b. com o recebimento do capital segurado relativo à cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.
- c. por solicitação do Segurado, mediante comunicação formal à Seguradora;
- d. se o Segurado, seus prepostos, seus dependentes ou seus Beneficiários agirem com dolo, culpa grave, ou cometerem fraude no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato;
- e. inobservância das obrigações convencionadas no seguro, por parte do Segurado, seus Beneficiários ou prepostos, inclusive quanto ao pagamento do Prêmio, conforme mencionado no item 16;
- f. Se houver inexatidão ou omissão nas declarações do Segurado no ato da contratação e/ou durante a vigência do contrato, quando o segurado tiver agido de má fé;
- g. após três parcelas consecutivas em atraso no pagamento do Prêmio, o seguro será automaticamente cancelado sem que seja devida ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiários(s) a percepção proporcional de qualquer valor;

SEGURO PROTEÇÃO VIDA CLUBE CONDIÇÕES GERAIS

12. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

12.1. A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente Seguro, caso haja por parte do Segurado, seus prepostos, dependentes ou beneficiários:

- a.** inexatidão ou omissão nas declarações prestadas no ato da contratação deste seguro ou durante toda sua vigência, bem como por ocasião da regulação do sinistro, quando estas ocorrem pela má-fé da(s) parte(s);
- b.** inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro;
- c.** fraude ou tentativa de fraude comprovada simulando sinistro ou agravando suas consequências.
- d.** dolo, fraude, simulação ou culpa grave para obter ou majorar a indenização;
- e.** inobservância do artigo 768 do Código Civil, que dispõe que o segurado perderá o direito à cobertura do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato;
- f.** não fornecimento da documentação solicitada.

12.1.1. Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de prêmio, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades.

12.1.2. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações mencionadas na alínea a) do item 12.1 não resultar de má-fé do segurado, a sociedade seguradora poderá:

I – na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a.** cancelar o seguro, restando, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b.** mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

II – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

- a.** cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, restando, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- b.** 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 da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

SEGURO PROTEÇÃO VIDA CLUBE CONDIÇÕES GERAIS

12.1.3. O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

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

12.1.3.2. O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação.

13. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

13.1. Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e no Contrato, constituem, ainda, obrigações do Estipulante:

I - fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela seguradora, incluindo dados cadastrais;

II - manter a 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;

III - fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;

IV - repassar os prêmios à sociedade seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;

V - repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

VI - discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o segurado;

VII - comunicar, de imediato, à seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;

VIII - dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

IX - comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;

X - fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado; e,

SEGURO PROTEÇÃO VIDA CLUBE CONDIÇÕES GERAIS

XI - informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do estipulante.

14. CARÊNCIA

14.1. Haverá carência de 3 (três) meses contados a partir da data de início da vigência individual para a Cobertura de Renda Diária por Internação Hospitalar.

14.2. Haverá carência de 6 (seis) meses contados a partir da data de início da vigência individual para a Cobertura de Doenças em Fase Terminal.

14.3. Haverá carência de 3 (três) meses contados a partir da data de início da vigência individual para a Cobertura de Enfermidades Graves.

14.4. Não há Carência para eventos decorrentes de Acidente Pessoal.

14.5. O pagamento antecipado de Prêmio não elimina a Carência estabelecida para o seguro.

15. CUSTEIO DO SEGURO

O Segurado será responsável pelo custeio total do Prêmio do seguro.

16. PRÊMIO

16.1. A periodicidade do pagamento do prêmio será mensal.

16.2. Ao valor do Prêmio serão acrescidos os impostos vigentes.

16.3. Por ocasião da renovação do seguro, o Prêmio será reenquadrado sempre que o segurado mudar de faixa etária, de acordo com o estabelecido no Contrato.

16.4. Qualquer Indenização somente passa a ser devida depois do pagamento do Prêmio houver sido feito, no máximo até a data limite prevista para esse fim. Caso a data limite para pagamento caia em dia em que não haja expediente bancário, o seguro poderá ser pago no primeiro dia subsequente em que haja referido expediente.

16.5. A data-limite para pagamento do Prêmio não poderá ultrapassar o 30º (trigésimo) dia de emissão da Apólice, da fatura, do aditivo de renovação, dos aditivos ou endossos dos quais resulte aumento do Prêmio.

16.6. Se o Segurado não tiver recebido o documento de cobrança até a data do vencimento, este deverá solicitar a emissão da 2ª via à Seguradora.

SEGURO PROTEÇÃO VIDA CLUBE CONDIÇÕES GERAIS

16.7. A falta de pagamento de qualquer parcela do Prêmio acarretará a suspensão imediata e automática da cobertura referente ao Seguro em atraso, perdendo seus Beneficiários direito ao recebimento de qualquer capital ou Indenização decorrente de Sinistro ocorrido no período de suspensão.

16.8. O(s) seguro(s) poderá(ão) ser reabilitado(s) desde que não ocorra o cancelamento do seguro individual conforme item 10, alínea „g” e mediante o pagamento da parcela do Prêmio mensal do mês vigente, respondendo a Seguradora por todos os Sinistros ocorridos somente a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data do pagamento da referida parcela.

16.9. Este seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou ao beneficiário.

17. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS

17.1. Para os seguros com vigência superior a 1 (um) ano, o valor do capital segurado e dos prêmios serão corrigidos anualmente pelo IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, baseado nos 12(doze) meses anteriores, contados a partir do 3º (terceiro) mês anterior ao da atualização.

17.2. O índice e a periodicidade de correção poderão ser alterados por lei ou por determinação da SUSEP (Superintendência de Seguros Privados).

18. CERTIFICADO DE SEGURO INDIVIDUAL

No início de cada vigência será encaminhado pela Seguradora um Certificado de Seguro Individual a cada Segurado, contendo os seguintes elementos mínimos:

- a.** data do início e término de vigência do seguro;
- b.** capitais Segurados da Cobertura;
- c.** valor do Prêmio Total;
- d.** a informação de que, a qualquer tempo, o Segurado poderá expressamente designar ou substituir os Beneficiários do seguro.

19. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

SEGURO PROTEÇÃO VIDA CLUBE CONDIÇÕES GERAIS

Ocorrendo o Sinistro, desde que o seguro não esteja cancelado, a cobertura suspensa ou o evento previsto como Risco Excluído, este deverá ser comunicado imediatamente à Seguradora, ligando para a Central de Atendimento através dos números (11) 3553-4700 – São Paulo, (21) 3460-4700 – Rio de Janeiro, 4004-4700 – Demais Capitais e 0800 7025000 – Demais Localidades prestando entre outras, a informação da causa da ocorrência.

19.1. Em seguida, deverá ser encaminhada uma cópia autenticada da documentação relacionada adiante. Estes documentos são imprescindíveis para análise do Sinistro, **sem prejuízo de outros que se façam necessários dada a especificidade do caso concreto e que poderão ser solicitados pela Seguradora desde que haja dúvida fundada e justificável.**

19.2. Documentação para regulação de Sinistros

19.2.1. Para a Cobertura Básica – Morte Natural:

- a.** documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- b.** cédula de Identidade e CPF do Segurado e do beneficiário;
- c.** certidão de Óbito;
- d.** documentos que comprovem a condição de beneficiários;
- e.** certidão de Nascimento, ou Certidão de Casamento atualizada, do segurado;
- f.** formulário de Aviso de Sinistro => Frente: preenchido, assinado pelo beneficiário ou o reclamante ou o Estipulante e Verso: preenchido e assinado com firma reconhecida pelo médico assistente;
- g.** relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, informando a causa, data do diagnóstico, e de que forma foi diagnosticado a doença, caso o Verso do Formulário de Aviso de Sinistro não tenha sido preenchido;
- h.** exame(s) de diagnóstico da Doença que causou o óbito, se houver;
- i.** laudo cadavérico, em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na certidão de óbito;

19.2.2. Para as Coberturas de Morte Acidental, além dos documentos referidos no subitem anterior das alíneas de (a) até (e):

SEGURO PROTEÇÃO VIDA CLUBE CONDIÇÕES GERAIS

- a. formulário de Aviso de Sinistro => somente a frente preenchida, assinado pelo beneficiário ou o reclamante ou o Estipulante;
- b. certidão da Ocorrência Policial (B.O.);
- c. laudo de Exame Cadavérico (IML);
- d. laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico (IML) (em caso de acidente automobilístico e o segurado for o condutor do veículo por ocasião do acidente);
- e. carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado.
- f. comunicação de Acidente de Trabalho - CAT, quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- g. laudo pericial do local do acidente, se houver;
- h. termo de reconhecimento do cadáver - nos casos em que houver a necessidade de reconhecimento da vítima;

19.2.3. Para as Coberturas de Invalidez Permanente por Acidente:

- a. documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- b. cédula de Identidade e CPF do Segurado;
- c. certidão do Registro da Ocorrência Policial (B.O.) ou Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- d. laudo do 1o. Atendimento do Hospital onde foi socorrido/atendido.
- e. laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- f. laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML) (em caso de acidente automobilístico e o segurado for o condutor do veículo por ocasião do acidente);
- g. carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h. formulário de Aviso de Sinistro => Frente: preenchido, assinado pelo beneficiário ou o reclamante ou o Estipulante e Verso: preenchido e assinado com firma reconhecida pelo médico assistente;
- i. relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez após alta médica definitiva, caso o Verso do Formulário de Aviso de Sinistro não tenha sido preenchido;

SEGURO PROTEÇÃO VIDA CLUBE CONDIÇÕES GERAIS

j. radiografias/exames realizado pelo Segurado;

19.2.4. Para a Cobertura de Invalidez Funcional Total e Permanente por Doença:

- a. documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- b. cédula de Identidade e CPF do Segurado;
- c. formulário de Aviso de Sinistro => Frente: preenchido, assinado pelo beneficiário ou o reclamante ou o Estipulante e Verso: preenchido e assinado com firma reconhecida pelo médico assistente;
- d. relatório médico totalmente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados, estado patológico atual, evolução da doença e o grau de invalidez, bem como **a data da caracterização da Invalidez**, caso o Verso do Formulário de Aviso de Sinistro não tenha sido preenchido;
- e. certidão de Interdição Judicial/Termo de Curatela e documentos (CIC e RG) do curador, quando tratar-se de segurado que não tem condições de gerir os seus bens;

19.2.5. Para a cobertura de Enfermidades Graves:

- a. documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- b. cédula de Identidade e CPF do Segurado;
- c. formulário de Aviso de Sinistro => Frente: preenchido, assinado pelo beneficiário ou o reclamante ou o Estipulante e Verso: preenchido e assinado com firma reconhecida pelo médico assistente;
- d. laudo médico detalhado, assinado pelo médico assistente, desde que devidamente habilitado, contendo o diagnóstico, caso o Verso do Formulário de Aviso de Sinistro não tenha sido preenchido;
- e. exames complementares comprovando os diagnósticos e o prontuário médico respeitando a doença especificada no item **3.2.4.**

19.2.6. Para a Cobertura de Doenças em Fase Terminal:

SEGURO PROTEÇÃO VIDA CLUBE CONDIÇÕES GERAIS

- a.** documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- b.** cédula de Identidade e CPF do Segurado;
- c.** formulário de Aviso de Sinistro => Frente: preenchido, assinado pelo beneficiário ou o reclamante ou o Estipulante e Verso: preenchido e assinado com firma reconhecida pelo médico assistente;
- d.** relatório médico totalmente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames, tratamentos realizados, evolução da doença e estado patológico atual, caso o Verso do Formulário de Aviso de Sinistro não tenha sido preenchido;
- e.** cópia dos Exames Médicos realizados pelo segurado para diagnóstico e controle da doença que é portador.

19.2.7. Para a cobertura de Renda Diária por Internação Hospitalar, além dos documentos relacionados no subitem 19.2.3:

- a.** cópia Autenticada do Prontuário Médico;
- b.** nota fiscal original em papel timbrado e carimbado pelo estabelecimento hospitalar, que comprovem os dias de Internação Hospitalar do Segurado;
- c.** relatório do Médico Assistente, relatando os motivos que justifiquem a internação do Segurado e que constem o aviso de alta médica;
- d.** exames complementares comprovando os diagnósticos e o prontuário médico:

Nota: A Seguradora poderá solicitar auditoria no estabelecimento hospitalar, a fim de elucidar os fatos, desde que haja dúvida fundada e justificável.

19.2.8. Para a Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, além dos documentos relacionados no subitem 19.2.3:

- a.** comprovantes Originais das despesas médicas, acompanhados do pedido médico;
- b.** discriminação das despesas hospitalares e serviços complementares com valores individualizados;
- c.** descrição dos materiais e medicamentos utilizados com os respectivos valores unitários e receituário médico;
- d.** para reembolso de honorários médicos, deverá constar no recibo ou nota fiscal o procedimento realizado conforme tabela da A.M.B.;
- e.** cópia do pedido médico acompanhado do resultado de exames realizados.

SEGURO PROTEÇÃO VIDA CLUBE CONDIÇÕES GERAIS

19.2.9. Para a Cobertura de Despesas com Cirurgia decorrente de Acidentes Pessoais, além dos documentos relacionados no subitem 19.2.3:

- a.** Comprovantes Originais das despesas médicas, acompanhados do pedido médico;
- b.** Relatório médico atestando a causa e necessidade da cirurgia.

19.3. Os valores devidos em razão de Sinistros cobertos serão pagos no prazo máximo de 30 (trinta dias), contados da apresentação de todos os documentos necessários à liquidação, listados no item **19.2.**, A Seguradora poderá exigir uma única vez provas complementares, desde que haja dúvida fundada e justificável. Neste caso o prazo será suspenso e voltará a correr a partir da data de entrega da documentação complementar.

19.4. Na hipótese do não cumprimento do prazo estabelecido no item **19.3.**, os valores devidos serão acrescidos de juros simples de mora de 12% a.a (doze por cento ao ano) contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado e atualização monetária pela variação positiva do índice IPC-A / IBGE, apurada entre o último índice publicado antes da Data do Evento do Sinistro e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

20. ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA

20.1. O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante.

20.1.1. Para manter o equilíbrio técnico do seguro e sempre que possível, as taxas serão reavaliadas anualmente tendo como base a experiência da Seguradora.

20.2. Qualquer modificação da apólice em vigor, inclusive na reavaliação da taxa do seguro, que implique em ônus, dever ou redução de direitos dos segurados dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

20.3. A renovação que não implicar em alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os segurados ou a redução de seus direitos, poderá ser feita pelo Estipulante.

21. DISPOSIÇÕES GERAIS

O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os Prêmios ou Capital Segurado, deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.

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

22. PRESCRIÇÃO

SEGURO PROTEÇÃO VIDA CLUBE CONDIÇÕES GERAIS

Qualquer direito do Segurado, ou do beneficiário, com fundamento no presente Seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

23. FORO

O foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente seguro será, sempre, o do domicílio do Segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

24. GLOSSÁRIO DE TERMOS E DEFINIÇÕES DE SEGUROS

Acidente Pessoal

É o evento com data caracterizada e perfeitamente conhecida, exclusiva e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente total ou parcial do segurado.

Incluem-se, ainda, nesse conceito:

- o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparada, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- os acidentes decorrentes de ação de temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

Não se incluem no conceito de acidente pessoal:

- 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;
- as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- 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 as lesões classificadas como: Lesões por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-

SEGURO PROTEÇÃO VIDA CLUBE CONDIÇÕES GERAIS

musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico–científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e,

- as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidéz acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidéz por acidente pessoal, definido no item 23, acima.

Apólice Mestra

É o documento escrito, emitido pela Seguradora, que caracteriza o instrumento do contrato de seguro celebrado entre a Seguradora e o Estipulante, e que é integrado por estas Condições Gerais e, se houver, pelo Contrato. A apólice prova a existência e o conteúdo do contrato de seguro.

Beneficiários

São as pessoas designadas pelo Segurado Principal para receber o capital segurado na hipótese de seu falecimento devidamente coberto. No caso das coberturas de Invalidéz Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidéz Permanente Total por Acidente, Invalidéz Funcional Permanente Total por Doença, Enfermidades Graves, Renda Diária por Internação Hospitalar e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, bem como no caso de morte de Segurado Dependente, quando houver, o Beneficiário será o próprio Segurado Principal.

Capital Segurado

Capital Segurado é a importância máxima a ser paga pela Seguradora para cada cobertura contratada, em caso de ocorrência de sinistro coberto. Nenhuma indenização poderá ser superior ao capital segurado.

Carência

É o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência do seguro individual, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito às Coberturas Contratadas, sem prejuízo do pagamento dos prêmios individuais. A carência poderá ser total ou parcial, abrangendo todas as Coberturas ou algumas delas.

Carregamento

É o percentual incidente sobre os prêmios pagos destinado a atender às despesas administrativas e de comercialização do Seguro.

Certificado de Seguro

É o documento emitido pela Seguradora e entregue ao Segurado Principal, que confirma a aceitação do proponente no Seguro.

Condições Contratuais

SEGURO PROTEÇÃO VIDA CLUBE CONDIÇÕES GERAIS

Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Seguro, das Condições Gerais, da Apólice e respectivos Aditivos, do Contrato, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual.

Condições Gerais

É o instrumento jurídico que disciplina os direitos e obrigações das partes contratantes, bem como as características gerais do seguro, sendo obrigatoriamente parte integrante da Proposta de Seguro e da Apólice Mestra.

Contrato

É o instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a sociedade seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da Seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.

Corretor de Seguros

É o intermediário, indicado pelo Estipulante, legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguros. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do seu número de registro na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados), nome completo, CNPJ ou CPF.

Diária Contratada

Indenização por dia de internação hospitalar, contratada pelo segurado e estipulada na Proposta de Adesão, independente do valor das despesas médicas e hospitalares efetuadas no tratamento.

Doenças, lesões e acidentes Pré-Existentes

São sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas ou acidente sofrido pelo segurado, antes da contratação do seguro e que seja de seu conhecimento.

Estipulante

É a pessoa que contrata este seguro em proveito dos segurados, ficando investida dos poderes de representação destes perante a SEGURADORA, nos limites da legislação pertinente e das disposições contratuais.

Evento Coberto

É o acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nas Condições Gerais do Contrato de Seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seus Beneficiários.

Hospital

Significa qualquer estabelecimento legalmente constituído e licenciado, devidamente instalado e equipado para tratamentos médicos e paramédicos em regime de internação.

Grupo Segurado

É aquele constituído pelos componentes do Grupo Segurável, regularmente aceitos e incluídos no Seguro, nos termos destas Condições Gerais.

Grupo Segurável

SEGURO PROTEÇÃO VIDA CLUBE CONDIÇÕES GERAIS

É aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm vínculo com o Estipulante que, estando em boas condições de saúde, podem aderir ou ser incluídas no seguro, desde que preencham os demais requisitos estabelecidos nestas Condições Gerais e no Contrato.

Indenização

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

Internação Hospitalar

É o período contado em dias, não inferior a 24 (vinte e quatro) horas, de hospitalização do segurado, comprovado através de notas fiscais ou qualquer outro instrumento legal de cobrança ou de declaração do hospital onde ocorreu a internação.

Limite de diárias

É a quantidade máxima de diárias que o segurado fará jus, a contar do 16º (décimo sexto) dia da data do afastamento de suas atividades profissionais (data do sinistro), por evento, limitado a 180 (cento e oitenta) diárias por evento. Cada diária corresponderá a uma fração do valor da renda mensal contratada.

Médico Assistente

É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, obrigatoriamente inscrito no CRM (Conselho Regional de Medicina). Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, parentes consanguíneos ou afins com vínculo de dependência econômica ou ainda que residam sob o mesmo teto.

Prêmio

É o valor a ser pago à Seguradora em contraprestação às coberturas contratadas. Cada cobertura determinará a cobrança de um prêmio correspondente.

Proponente

É a pessoa física que propõe a sua adesão ao Seguro e que passará a condição de Segurado Principal somente após a sua aceitação pela Seguradora.

Proposta de Adesão

É o formulário fornecido pela SEGURADORA que, preenchido, assinado e a ela entregue caracteriza a vontade do proponente pertencente ao grupo segurável de ser incluído no seguro. Poderá a SEGURADORA, caso previsto no Contrato, dispensar a Proposta de Adesão, substituindo-a por relação de adesões, elaborada e fornecida pelo Estipulante do seguro.

Proposta de Seguro

É o documento através do qual a empresa proponente manifesta a sua vontade em contratar o seguro na qualidade de Estipulante, manifestando pleno conhecimento de seus direitos e obrigações estabelecidos nas Condições Gerais e, se houver no Contrato.

Na Proposta de Seguro deverão ser prestadas todas as informações necessárias à correta avaliação pela SEGURADORA dos riscos a serem garantidos ou recusados.

Regime Financeiro de Repartição Simples

SEGURO PROTEÇÃO VIDA CLUBE CONDIÇÕES GERAIS

É aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados neste mesmo período.

Segurados

São as pessoas físicas, pertencentes ao Grupo Segurado, podendo ser subdivididos em:

Segurados Principais

São os que mantêm vínculo com o Estipulante, regularmente incluídos e aceitos no seguro.

Segurados Dependentes

São o cônjuge ou a(o) companheira(o) e os filhos do Segurado Principal regularmente incluídos no seguro.

São considerados filhos do Segurado Principal, para fins deste seguro, os seguintes dependentes econômicos:

I - o filho(a) e o enteado(a) do Segurado Principal, de até 18 (dezoito) anos, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;

II - o menor pobre, de até 18 (dezoito) anos, que o Segurado Principal crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial;

III - o irmão ou neto, sem arrimo dos pais, de até 18 (dezoito), desde que o Segurado Principal detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho; e,

IV - o absolutamente incapaz, do qual o contribuinte seja tutor ou curador.

Seguradora

É a sociedade seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros, que, mediante o recebimento do respectivo prêmio garante os riscos previstos no contrato.

Sinistro

É o acontecimento futuro e incerto, garantido pelo seguro e ocorrido durante sua vigência material, capaz de acarretar obrigações pecuniárias para a SEGURADORA.

Tratamento Cirúrgico

São aqueles decorrentes de eventos que exijam ato cirúrgico em regime de internação hospitalar.

Tratamentos Clínicos

São aqueles decorrentes de eventos que, por sua gravidade ou complexidade, exigem internações hospitalares, sem, contudo, implicarem em ato cirúrgico.