

Manual do Segurado Seguro Super Tranquilidade Total

1. Definições

1.1. Acidente Pessoal: é o evento com data caracterizada, exclusiva e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a Morte ou Invalidez Permanente Total ou Parcial do Segurado.

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

- a) ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- b) escapamento acidental de gases e vapores;
- c) seqüestros e tentativas de seqüestros;;
- d) alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas;
- e) ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- f) atentados e agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
- g) choque elétrico e raio;
- h) contato com substâncias ácidas e corrosivas;
- i) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- j) queda n'água ou afogamento;
- k) suicídio ou sua tentativa, exceto nos dois primeiros anos de contratação do seguro ou de sua recondução depois de suspenso.

Excluem-se desse 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 as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

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 inciso I deste artigo.

1.2. Apólice: é o documento emitido pela Seguradora que expressa o contrato celebrado com o Estipulante, e que é integrado por estas Condições Gerais. A apólice prova a existência e o conteúdo do contrato de seguro.

1.3. Beneficiários: são as pessoas designadas pelo Segurado, para receber quaisquer valores garantidos pelo seguro, em decorrência de seu falecimento, devidamente coberto.

1.4. Capital Segurado: é a importância contratada pelo Segurado para cada garantia e definida na Proposta Individual de Seguro, dentro dos limites máximos estabelecidos pela Seguradora. Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado de cada Segurado.

1.5. Certificado Individual: é o documento emitido pela Seguradora e entregue ao segurado para confirmar a sua inclusão no seguro.

1.6. Condições Gerais: é o conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos do Segurado, do Estipulante, da Seguradora e dos Beneficiários deste seguro, bem como as características gerais do seguro.

1.7. Doenças ou Acidentes Preexistentes: são sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas ou acidentes sofridos pelo segurado, de seu conhecimento, anteriormente à contratação do seguro.

1.8. Evento Coberto: é o acontecimento futuro e incerto, previsto nas garantias 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.

1.9. 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 prêmio, e como estipulante-averbador quando não participar do custeio.

1.10. Hospital: é qualquer estabelecimento legalmente constituído e licenciado devidamente instalado e equipado para a prática de tratamentos médicos clínicos e/ou cirúrgicos a pessoas que deles necessitem. Não serão reconhecidas internações ocorridas em:

- qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de Hospital acima;
- instituições para atendimento de deficientes mentais e/ou doentes psiquiátricos, inclusive o departamento psiquiátrico de um hospital geral;
- clínicas ou locais de acomodação e/ou tratamento: para idosos, repouso, asilos e assemelhados;
- clínicas ou locais de acomodação e/ou tratamento para recuperação de viciados em álcool e/ou drogas;
- instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais; casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies; clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou SPAs;
- home care (internação domiciliar).

1.11. Hospitalização: é a permanência, por período mínimo de 12 (doze) horas, em hospital em regime de internação, caracterizada pela utilização de acomodação qualquer que seja o tipo, para tratamento

médico-hospitalar que não possa ser realizado em residência.

1.12. Opções de plano:

Titular – somente o segurado principal faz parte do seguro;

Casal – fazem parte do seguro o segurado principal e seu cônjuge;

Familiar – fazem parte do seguro o segurado principal, seu cônjuge, filhos e enteados.

1.13. Prêmio: é o valor pago mensalmente pelo Segurado ao Estipulante para ter direito as coberturas do seguro.

1.14. Proponente: é a pessoa física que mantém vínculo com o Estipulante, que pretende participar do seguro, através do preenchimento da Proposta Individual de Seguro.

1.15. Proposta Individual de Adesão: é o documento pelo qual o proponente expressa a sua vontade de contratar o seguro..

1.16. Renda Diária: é a importância contratada pelo segurado, dentro dos limites máximos estabelecidos pela Seguradora, correspondente a cada dia de comprovada internação. A quantidade de diárias indenizáveis corresponde ao número de pernoites que o segurado permanecer internado. O segurado terá direito a uma diária sem que tenha havido pernoite, exclusivamente quando a internação for superior a 12 horas.

1.17. Seguradora: é a empresa que assume a responsabilidade quanto aos riscos cobertos pela apólice, mediante recebimento do respectivo prêmio.

1.18. Segurado Principal: é o proponente regularmente incluído e aceito no seguro, responsável pela contratação individual.

1.19. Segurados Dependentes: são o cônjuge do Segurado Principal, os filhos e enteados. Equipara-se ao cônjuge a(o) companheira(o), desde que haja comprovação de união estável na forma da legislação em vigor, por ocasião da ocorrência de eventual sinistro.

2. Objetivo do Seguro

Este seguro tem por objetivo garantir ao Segurado ou aos seus Beneficiários o pagamento do capital segurado caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, previstos nas garantias contratadas, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde**

que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.

3. Garantias do Seguro

3.1 Básica

3.1.1 Morte

Garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado para esta garantia, em caso de morte do Segurado e de seu cônjuge, seja por causa natural ou acidental, **exceto se decorrente dos riscos excluídos e desde que observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.**

3.2. Adicionais

3.2.1 Renda por Internação Hospitalar

Garante ao segurado o pagamento do valor correspondente a renda diária contratada, referente a cada dia de internação hospitalar (hospitalização) decorrente de doença ou acidente pessoal coberto, observados o número máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, os riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.

Nos casos em que, durante a internação hospitalar, o Segurado utilizar a UTI (Unidade de Terapia Intensiva), a renda diária referente ao período de permanência nessa Unidade, será 200% (duzentos por cento) do valor básico fixado no Certificado Individual de Seguro.

O conjunto de ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente ou a mesma doença será considerado um mesmo evento exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior à 12 (doze) meses.

A cobertura inicia-se no 1º (primeiro) dia da caracterização do evento hospitalização e termina no dia da alta médica hospitalar do segurado, respeitando o limite máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias, independentemente de renovação do contrato.

3.2.2 Auxílio Alimentação

Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento de indenização complementar à título de Auxílio Alimentação, limitado à 10% (dez por cento) da garantia básica, ao(s) Beneficiário(s) dentro dos limites estabelecidos no certificado de seguro, no caso de morte do Segurado Principal. Este pagamento será feito em espécie.

3.2.3 Auxílio Medicamento

Garante ao segurado o pagamento de uma indenização, correspondente ao valor de 1 (uma) renda diária contratada para internação em apartamento, exclusivamente nos casos de internações por períodos superiores a 4 (quatro) diárias, objetivando auxiliar na compra de medicamentos eventualmente prescritos pelo médico assistente após a alta hospitalar, de evento coberto, sem necessidade de comprovação destas despesas.

O Auxílio Medicamento poderá ser extensivo ao cônjuge, filhos e enteados do segurado Principal, de acordo com a opção de plano contratada.

4. Riscos Excluídos

4.1 Estão excluídos da cobertura do seguro os eventos ocorridos em consequência de:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, invasão, hostilidade, rebelião, insurreição de poder militar ou usurpado ou da participação do segurado em deveres de combate com força armada de qualquer país ou organização internacional, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) doenças ou acidentes preexistentes não declaradas no ato da adesão e de conhecimento do Segurado, ou seja, enfermidade ou lesão, em função da qual o Segurado tenha recebido tratamento médico ou recomendação médica antes da data de início deste seguro;**
- d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos do contrato de seguro ou de sua recondução depois de suspensão;**
- e) prática de atos ilícitos ou contrários à Lei, inclusive a direção de veículos automotores e aeronaves sem a devida**

habilitação legal, ou sem a utilização de equipamentos de segurança exigidos por lei (cinto de segurança, capacete etc.);

f) atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um e de outro. Se o segurado for pessoa jurídica, estão excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários e pelos respectivos representante;

g) epidemias, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população.

4.2. Além dos riscos mencionados acima estão excluídos das coberturas de Renda Diária por Internação Hospitalar e Auxílio Medicamento, os eventos ocorridos em consequência de:

a) acidentes ou doenças ocorridos em consequência de:

- Direta ou indiretamente de atos ou omissões do Segurado praticados sob o efeito do álcool ou de bebida alcoólica que determine grau de alcoolemia superior a 6dg/l de sangue, qualquer que seja a ocorrência que tenha levado ao sinistro, ou sob efeito de drogas e entorpecentes e substâncias tóxicas utilizados sem ou contra as indicações de prescrição médica;

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

b) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto se o evento for decorrente da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação do serviço militar, da prática de esportes, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) doenças ou acidentes preexistentes não declaradas no ato da adesão e de conhecimento do Segurado, ou seja, enfermidade ou lesão, em função da qual o Segurado tenha recebido tratamento médico ou recomendação médica antes da data de início deste seguro. Entretanto, a doença preexistente declarada na adesão estará coberta após o Segurado ter permanecido 01 (um) ano neste seguro;

d) ferimentos auto-infligidos, enquanto mentalmente sadio ou doente;

e) serviço nas Forças Armadas e Polícias Militar e Civil;

f) dependência química;

g) gravidez tópica ou ectópica, parto normal ou operatório e suas complicações, aborto, ligadura de trompas ou vasectomia, tratamento para esterilidade, inseminação artificial;

h) cirurgia para correção de fimose;

i) cirurgia não prevista no Código Brasileiro de Ética Médica, vigente na ocasião do evento; medicamentos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia, não éticos ou ilegais;

j) tratamento odontológico de quaisquer espécies e suas consequências;

k) tratamento clínicos ou cirúrgicos experimentais;

l) cirurgias plásticas de quaisquer natureza, exceto em casos acidentais e pós-acidentais, ocorridos durante a vigência do seguro; tratamento de rejuvenescimento ou emagrecimento, nas suas várias modalidades inclusive gastroplastia redutora, tratamento estético, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescença a ele relacionados;

m) AIDS e suas complicações, convalescença, senilidade, geriatria, repouso;

n) realização de exames rotineiros de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde (check-up);

o) doenças congênitas;

p) casos psiquiátricos, doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia, stress, independentemente de suas causas, inclusive depressão.

Não haverá cobertura, nas garantias de Renda Diária por Internação Hospitalar e Auxílio Medicamento caso:

a) a internação não ocorrer em hospital, conforme definido na cláusula primeira destas Condições Gerais, especialmente no caso de Home Care (internação domiciliar);

b) o segurado não seja mantido sob cuidados de médicos legalmente habilitados no período da internação.

5. Aceitação de Segurados

5.1. Poderão aderir ao seguro os proponentes e seus cônjuges que tenham, no mínimo, 18 (dezoito) e, no máximo, 59 (cinquenta e nove) anos de idade, seus filhos e enteados com idade entre 6 (seis) meses e 17 (dezesete) anos completos, na data de início de vigência do Seguro, mediante preenchimento da Proposta Individual de Adesão e pagamento dos prêmios respectivos.

5.2. Se a idade do Segurado tiver sido erroneamente informada, observado o disposto no item acima, a indenização garantida pela apólice será idêntica a que o prêmio pago proporcionaria se a idade correta tivesse sido declarada.

5.3. Para a aceitação do seguro, o Proponente deverá estar apto à atividade profissional e em perfeitas condições de saúde.

5.4. A Proposta Individual de Seguro, assinada pelo proponente, deverá ser aceita ou recusada no prazo máximo de 15 (quinze) dias, contado de seu recebimento pela Seguradora.

5.5. A Seguradora poderá solicitar documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou alteração da proposta, uma única vez durante este prazo. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação na Seguradora. A Seguradora deverá, obrigatoriamente, proceder a comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta, justificando a recusa. Vencido o prazo de 15 (quinze) dias, sem manifestação da Seguradora, a proposta será considerada aceita.

5.6. Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente, atualizado monetariamente pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

5.7. 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 ele silenciou de má-fé.

A seguradora poderá, no prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso de agravamento do risco, dar ciência ao segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

O cancelamento do seguro somente será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer. Tratando-se de seguro de pagamento mensal, não haverá qualquer restituição de prêmio.

6. Vigência e Renovação

6.1 Vigência

A apólice, os certificados e os endossos terão seu início de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento do prêmio, o início de vigência da cobertura se dará às 24 (vinte e quatro) horas da data expressa na Proposta de Seguro.

Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início de vigência da cobertura se dará às 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção da Proposta de Seguro pela Seguradora.

6.2 Renovação

A Apólice vigorará pelo prazo de um ano, podendo ser renovada automaticamente, por igual período, salvo se o Segurado ou a Seguradora manifestarem-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

6.2.1. 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, desde que não implique em ônus ou dever para os segurados. Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus

ou dever aos segurados, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quarto) do grupo segurado.

7. Certificado Individual

A cada segurado incluído no seguro será enviado um "Certificado Individual" pela Seguradora, no início do seguro e em cada uma das renovações subseqüentes.

8. Pagamento do Prêmio

O presente seguro será totalmente custeado pelo Segurado.

O prêmio somente será considerado como pago, se o segurado efetuar pagamento entre o valor integral ou pelo menos o valor mínimo da fatura do cartão de crédito até a data de seu vencimento.

O não recebimento da fatura do cartão de crédito até a data do seu vencimento não isenta o segurado do pagamento do prêmio e de suas conseqüências. Caso o segurado não receba tempestivamente a fatura do cartão de crédito, deverá comunicar até a data do seu vencimento ao Estipulante para que este determine a forma através da qual o prêmio deverá ser recolhido.

Quando a data limite cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver.

O Estipulante deverá discriminar na fatura do cartão de crédito o valor do prêmio do seguro, ficando vedada a cobrança de quaisquer outros valores, seja a que título for, em razão do presente contrato de seguro.

Em caso de atraso no pagamento do prêmio, incidirão sobre esta atualização monetária pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), multa de 2% (dois por cento) e juros de 1% (um por cento) ao mês, contados a partir da mora.

Em caso de extinção do IPCA, a atualização monetária de que trata este item será feita pelo índice que vier a substituí-lo.

8.1. Cobertura em caso de não pagamento de prêmio.

Em caso de não pagamento do prêmio, o segurado será notificado do atraso para que regularize os pagamentos. O segurado deverá pagar as faturas em atraso para

evitar o cancelamento de seu seguro, considerando o disposto no próximo item. Ocorrendo sinistro no período de inadimplência, antes do cancelamento final do seguro, a seguradora realizará o pagamento do capital segurado ao beneficiário indicado, sem prejuízo da cobrança dos prêmios em atraso.

8.2 Cancelamento

A falta de pagamento do prêmio mensal por prazo superior a 90 (noventa) dias implicará o cancelamento do seguro, sem que caiba restituição de qualquer parcela do prêmio já paga, sendo que o Segurado será notificado a quitar o prêmio em atraso com pelo menos 10 (dez) dias de antecedência do cancelamento.

9. Reajuste dos Valores

Os capitais e prêmios serão atualizados anualmente pelo IGPM-FGV (Índice Geral de Preços para o Mercado - da Fundação Getúlio Vargas), tomando-se por base a variação do índice anual acumulado até o segundo mês anterior ao da atualização. O índice e a periodicidade de correção poderão ser alterados por determinação legal.

O Segurado poderá alterar a renda diária dentro da tabela de planos em vigor, solicitando por telefone através do Serviço de Atendimento a clientes do seu cartão de crédito e concordando em pagar o novo valor do prêmio. O novo valor da renda diária entrará em vigor a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia do 1º (primeiro) pagamento do prêmio correspondente.

Na elevação do capital o segurado deverá declarar eventuais doenças preexistentes à solicitação do aumento, observado o disposto no item a) dos Riscos Excluídos.

Quando houver alteração entre as opções de plano (titular, casal e familiar) cabe aos Seguros Dependentes declarar eventuais doenças preexistentes, ressaltando o exposto no item a dos Riscos Excluídos.

10. Reenquadramento dos valores

Quando o Segurado atingir nova faixa etária, o prêmio mensal será automaticamente reenquadrado para o custo correspondente a sua idade, conforme os planos disponíveis e as seguintes tabelas de taxas mensais, SEM

IOF, para cada R\$ 1.000,00 de capital segurado:

Planos	18 a 40	41 a 45	46 a 50
Individual	1,3890	1,5260	1,8640
Casal	2,5820	2,8440	3,4880
Familiar	3,4630	3,7270	4,7630

Planos	51 a 55	56 a 59
Individual	2,5300	2,9260
Casal	4,7730	5,5250
Familiar	6,0470	7,2630

A partir dos 60 (sessenta) anos de idade o reenquadramento etário será de 10% (dez por cento) ao ano.

11. Beneficiários do Seguro

É livre a designação de Beneficiários, salvo as restrições legais. O Segurado poderá substituir o(s) beneficiário(s), incluir outro(s) e/ou complementar as indicações mediante manifestação à Estipulante. Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de beneficiários recebida pela Estipulante antes da ocorrência do sinistro. **Será válido o pagamento feito pela Seguradora se realizado antes de receber a comunicação da alteração de beneficiário.**

Na falta de Beneficiário(s) designado(s) quando do falecimento do Segurado, o Capital Segurado será pago de acordo com a Lei.

Havendo mais de um beneficiário indicado e vindo um deles a falecer antes do segurado principal, em ocorrendo o sinistro, a parte cabível ao beneficiário pré-morto reverterá em favor dos demais beneficiários indicados. Nas garantias de Renda por Internação Hospitalar e Auxílio Medicamento o beneficiário será o próprio Segurado.

12. Procedimentos em Caso de Sinistro Ocorrência do Sinistro

• Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ele comunicado à Estipulante através do Serviço de Atendimento a Clientes do Cartão de Crédito.

• Na comunicação deverão constar: nome completo, nº do CPF e data de nascimento do segurado, data, hora, local e causa do sinistro, não eximindo o interessado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro

• Considera-se data do evento para: a) Morte: a data do falecimento; b) Invalidez Permanente Total por Acidente: a data do acidente.

Comprovação do Sinistro

O Segurado ou Beneficiário, para recebimento da indenização, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do sinistro através da entrega dos documentos relacionados no item “Documentos Necessários à Liquidação do Sinistro”, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes a elucidação do evento, sob pena de perda do direito à indenização.

As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

A Seguradora poderá exigir documentos médicos, atestados de autoridades administrativas e policiais e certidões de inquérito ou processos relacionados à ocorrência.

As providências ou atos que a Seguradora praticar após o sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagamento da indenização.

13. Documentos Necessários à Liquidação de Sinistro

Para análise do sinistro é imprescindível que o Segurado/Beneficiário envie cópia dos seguintes documentos:

Morte

- “Aviso de Sinistro” original, preenchido e assinado pelo beneficiário e pelo médico que atendia regularmente o Segurado;
- Cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- Cópia autenticada da Cédula de Identidade e CPF do Segurado;
- Cópia do comprovante de residência do segurado e de cada um dos beneficiários;
- Documentos do(s) beneficiário(s) – cópias autenticadas:

- Cônjuge: Certidão de Casamento, Cédula de Identidade e CPF;
 - Companheira: comprovação de união estável por ocasião da ocorrência do sinistro, Cédula de Identidade e CPF;
 - Filhos: Certidão de Nascimento ou Cédula de Identidade e CPF;
 - Pais e Outros: Cédula de Identidade e CPF;
- No caso de beneficiários incapazes:
- menores sujeitos ao poder familiar: cópia da certidão de nascimento do menor e documentos de identificação de ambos os pais (cédula de identidade e CPF);
 - menores sujeitos à tutela: cópia da certidão de nascimento do menor e termo de tutela e documentos de identificação do tutor (cédula de identidade e CPF);
 - maiores de idade: cópia da certidão de nascimento do maior e termo de curatela e documentos de identificação do curador (cédula de identidade e CPF).

Morte Acidental

Além dos documentos mencionados no caso de Morte, providenciar:

- Cópia autenticada do Laudo do exame Necroscópico se houver;
- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- Cópias das Peças que instruem o inquérito policial, se houver;
- Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o Segurado o motorista na ocasião do acidente);
- Cópia do Laudo de exame de dosagem alcoólica, se houver.

Renda por Internação Hospitalar

- Aviso de Sinistro original, devidamente preenchido com assinatura e CRM do médico atendente, contendo:
 - descrição da ocorrência;
 - diagnóstico, com CID (Código Internacional de Doenças);
 - motivo da internação e procedimentos adotados com código de procedimento AMB (Associação Médica Brasileira);
 - Original da autorização de crédito em conta corrente devidamente preenchida;
 - Cópia simples do Prontuário Médico Hospitalar completo;
 - Cópia simples da declaração do Hospital (onde deverá constar o total de diárias utilizadas, especificando os dias em UTI, hora

de entrada e saída com data), diagnóstico, tratamento realizado, nome do médico assistente;

- Cópia autenticada da Cédula de Identidade e CPF do segurado;
- Cópia simples do resultado de exames realizados;
- Tratando-se de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente com intervenção policial, cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial e CNH (Carteira Nacional de Habilitação), caso o segurado seja o condutor do veículo;
- Cópia simples do comprovante de residência do segurado principal e segurado(s) dependente(s).

No caso de Segurado Dependente, para todas as coberturas, cópia autenticada do comprovante da condição de dependente:

- Cônjuge: Cópia autenticada da Certidão de Casamento;
- Companheira(o): Cópia autenticada da Cédula de Identidade, CPF e comprovação de união estável por ocasião da ocorrência do sinistro;
- Filhos: Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Cédula de Identidade e CPF
- Enteados: Cópia autenticada da Cédula de Identidade e CPF.

13.1 Fica facultado à Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, o direito de solicitar outros documentos e/ou exames médicos que se façam necessários.

14. Perícia Médica / Junta Médica

A Renda por Internação Hospitalar deverá ser comprovada com a apresentação à Seguradora dos documentos mencionados no item “Documentos Necessários à Liquidação de Sinistro” destas Condições Gerais. A Seguradora poderá, a seu critério, submeter o Segurado a exame (perícia) para comprovação da incapacidade e/ou avaliação do período indicado de afastamento. Em caso de divergências sobre causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade e período indicado de afastamento, poderá ser instituída uma junta médica formada por três membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado. Os honorários do

terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

15. Liquidação de Sinistros

As indenizações devidas por este seguro serão pagas no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da apresentação, por parte do Segurado ou beneficiário, conforme o caso, de toda a documentação e informações complementares solicitadas. Caso a Seguradora venha a solicitar documentos adicionais, o prazo para pronunciamento será suspenso e reiniciado da data de entrega do último documento recebido.

Com base na comunicação da internação e estando a mesma devidamente caracterizada nos termos destas Condições, a Seguradora efetuará o pagamento correspondente ao período em que o Segurado estiver internado, a contar do 1º (primeiro) dia de internação, atualizados monetariamente conforme normas vigentes à época do pagamento.

Quando houver falecimento do segurado, a indenização será paga ao(s) beneficiário(s) indicados. Na falta de beneficiário(s) designado(s), a indenização será paga de acordo com a Lei.

Caso a Seguradora ultrapasse o prazo de 30 (trinta) dias, a importância devida pela Seguradora, relativa a cada garantia, será atualizada com base no Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), desde a data do sinistro até a data do efetivo pagamento, acrescida de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, contados a partir da mora.

16. Cancelamento do Seguro

16.1. O seguro individual de cada Segurado será cancelado:

- a) por solicitação do Segurado;**
- b) com a morte do Segurado;**
- c) por falta de pagamento de prêmios por um período superior a 90 (noventa) dias consecutivos, observado o disposto no item “Pagamento do Prêmio” destas Condições Gerais;**
- d) com o final de vigência sem renovação da apólice contratada entre a Estipulante e a Seguradora;**
- e) com o cancelamento do cartão de crédito, o que acarreta a perda do vínculo com o Estipulante, respeitado o período**

de vigência correspondente ao prêmio pago. O Segurado poderá optar por continuar com as mesmas coberturas e garantias junto à Seguradora, assumindo os custos do risco e cobrança;

f) imediatamente se constatada uma das hipóteses previstas no item “Perda de Direitos” destas Condições Gerais, praticadas pelo segurado, seus prepostos e/ou beneficiários.

16.2 A cobertura de cada Segurado Dependente cessa quando:

- a) cessar a cobertura do Segurado Principal;**
- b) cessar a condição de cônjuge ou companheiro(a) do Segurado Principal, independentemente deste fato ter sido ou não comunicado à Seguradora e de eventuais prêmios pagos;**
- c) no caso de filho do Segurado Principal, quando este completar 18 (dezoito) anos de idade, seja ou não comunicada à Seguradora essa circunstância.**

17. Perda de Direitos

A Seguradora não pagará qualquer indenização, caso haja por parte do Segurado, seus prepostos ou seus beneficiários:

- a) inexactidão ou omissão nas declarações prestadas no ato da contratação deste seguro e durante toda a sua vigência, bem como por ocasião da regulação do sinistro;**
- b) inobservância das obrigações convencionadas;**
- c) dolo, fraude, simulação ou culpa grave para obter ou majorar a indenização;**
- d) inobservância do artigo 768 do Código Civil Brasileiro, que dispõe que o segurado perderá o direito à garantia do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato;**
- e) não fornecimento dos documentos solicitados pela Seguradora ou Estipulante;**
- f) tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame de diligência da Seguradora na elucidação do sinistro;**
- g) declarações não verdadeiras e incompletas, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação do risco, ou na taxa do prêmio.**

Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de prêmio, ficando a Seguradora

e Estipulante isentas de quaisquer responsabilidades.

18. Outras Obrigações do Estipulante

Além das demais obrigações previstas nestas Condições, constituem, ainda, obrigações do estipulante:

- a) fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais;
- b) manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco, 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) repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- e) repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- f) 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;
- g) 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;
- h) dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- i) comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- j) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;
- k) informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em carácter tipográfico maior ou igual ao do estipulante;

l) cumprir as determinações da SUSEP quanto à manutenção do banco de dados dos Segurados e prevenção à Lavagem de Dinheiro.

19. Avisos e Comunicações

Todo e qualquer aviso ou comunicação do Segurado ou de quem suas vezes fizer, em virtude deste seguro, deverá ser feito através do Serviço de Atendimento a Clientes do Cartão de Crédito.

20. Disposições Gerais

Compete ao Estipulante dar ciência aos Segurados de todos os termos deste seguro, colocando à disposição dos mesmos cópia completa de todas as Condições aplicáveis ao mesmo.

21. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a promoção do seguro, por parte do Estipulante e/ou Representante Legal, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as Condições da Apólice e as Normas do Seguro ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

22. ÂMBITO TERRITORIAL

Estão cobertos os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, sendo que as eventuais indenizações serão pagas no Brasil e em moeda corrente nacional. Os encargos decorrentes de eventual tradução dos documentos necessários ao recebimento de indenização correrão totalmente a cargo da Seguradora.

23. TRIBUTOS

Todo e qualquer tributo será pago conforme legislação em vigor.

24. FORO

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

25. DISPOSIÇÕES FINAIS

A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

Os direitos decorrentes do presente seguro prescreverão nos prazos determinados em lei.

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

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

Este seguro é estruturado no regime financeiro de repartição, portanto, não haverá devolução ou resgate de prêmios ao segurado ou aos beneficiários.

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

Seguradora: Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S.A.

CNPJ 02.102.498/0001-29

Processo Susep n°: 15414.100698/2002-48

Estipulante: Banco Itaucard S.A.

CNPJ 17.192.451/0001-70

Corretor: Marcep Corretagem de Seguros

CNPJ 43.644.285/0001-06.

Este manual do segurado contém as condições gerais, que são o conjunto de cláusulas que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes do contrato de seguro.