

1 CONCEITOS E DEFINIÇÕES

1.1 Acidente Pessoal: evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente **EXTERNO, SÚBITO, INVOLUNTÁRIO, VIOLENTO**, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente total ou parcial da Segurada, observando-se que:

1.1.1 Incluem-se nesse conceito:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, **quando NÃO OCORRIDO DURANTE OS 2 (DOIS) PRIMEIROS ANOS DE VIGÊNCIA DO CONTRATO**, conforme disposto no artigo 798 do Código Civil Brasileiro;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas a Segurada ficar sujeita, em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

1.1.2 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 consequentes 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; e**
- d) as **situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "INVALIDEZ ACIDENTÁRIA" ou "ACIDENTE LABORAL", entre outros nomes, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no item 1.1.**

1.2 Apólice: documento emitido pela Seguradora, formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo Estipulante.

1.3 Beneficiário: pessoa física designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

1.4 Câncer: designação genérica de neoplasia maligna, caracterizada pelo desenvolvimento de células ditas malignas no corpo humano. Para os efeitos da cobertura diagnóstico de câncer, só estarão cobertas a neoplasia maligna de mama, a neoplasia maligna de ovário, a neoplasia maligna de útero, desde que, cumulativamente, sejam cumpridos os seguintes requisitos:

a) não esteja abrangida pelo item 4 - Riscos Excluídos, destas Condições Gerais;

b) que a neoplasia tenha o seu primeiro diagnóstico comprovado em data posterior ao início da vigência da cobertura individual da Segurada;

c) ocorra depois de findo o período de carência determinado nestas Condições Gerais.

1.5 Capital segurado: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice vigente na data do evento.

1.6 Carcinoma in situ: presença de células malignas, confinadas somente ao epitélio de revestimento, não ultrapassando ou invadindo os limites da membrana basal epitelial.

1.7 Certificado individual: documento destinado à Segurada, emitido pela Seguradora quando da aceitação da Proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de Capital Segurado ou prêmio.

1.8 Cobertura individual: garantia de cada Segurada incluída na apólice de seguro, às coberturas contratadas, com início na data de sua aceitação pela Seguradora, e término limitado ao final da vigência da apólice, respeitado o período do prêmio pago.

1.9 Colo do útero: região do útero localizada em seu terço externo, em comunicação com a cavidade vaginal, sendo a porção mais externa do útero.

1.10 Condições gerais: conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da Seguradora, das Seguradas, do(s) Beneficiário(s) e do Estipulante.

1.11 Declaração pessoal de saúde e atividade: declaração constante da Proposta de Adesão, na qual a Proponente presta as informações e declarações sobre o seu estado de saúde e de atividade profissional exercida, sob sua responsabilidade e sob as penas previstas no artigo 766 do Código Civil Brasileiro, para avaliação do risco pela Seguradora.

1.12 Deficiência funcional: falta de capacidade de função de um membro, órgão ou sistema, total ou parcial, em comparação ao funcionamento normal deste.

1.13 Desemprego: perda do emprego formal, involuntariamente (demissão sem justa causa), permanecendo sem receber remuneração alguma pela prestação de um trabalho pessoal.

1.14 Diagnóstico anátomo-patológico: diagnóstico baseado nos achados obtidos nos exames macroscópico e microscópico do espécime avaliado realizado por médico especialista.

1.15 Diagnóstico de câncer: constatação de câncer na Segurada, exclusivo para a neoplasia maligna de mama, para neoplasia maligna de ovário, para neoplasia maligna de útero, realizado em vida na Segurada, efetuada por exame microscópico de tecido fixo afetado pela moléstia, sendo o de maior importância o anátomo-patológico, além de exames complementares realizados por profissional médico especialista. O diagnóstico dado pelo patologista será considerado válido, para fins do pagamento da indenização, desde que precedido de exame histológico minucioso do tumor maligno, ou do tecido coletado, em que efetivamente se evidencie a existência do câncer.

1.16 Doença: conjunto característico de sintomas e sinais decorrente da falta de capacidade de função de um membro, órgão ou sistema, total ou parcial, em comparação ao funcionamento normal deste.

1.17 Estágio da neoplasia: situação clínica em que se encontra a paciente portadora de neoplasia, baseada nas dimensões da tumoração, presença de metástases em nódulos linfáticos e metástases em outros tecidos à distância e que determina a conduta e prognóstico da doença.

1.18 Estipulante: pessoa jurídica que contrata a apólice de seguro em proveito das Seguradas e fica investida dos poderes de representação destas perante a Seguradora, nos limites da legislação em vigor e das disposições contratualmente estabelecidas.

1.19 Evento coberto: acontecimento futuro e incerto, previsto nas garantias do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído das condições gerais da apólice, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor da Segurada ou de seu(s) Beneficiário(s).

1.20 Evento preexistente: toda e qualquer lesão decorrente de acidente ou doença ocorrida com a Segurada, anteriormente à data do início de vigência da cobertura individual, e que era de seu prévio conhecimento na data da contratação do seguro.

1.21 Exames de prevenção: exames realizados na paciente para diagnóstico precoce de neoplasias malignas e de doenças predisponentes ao desenvolvimento de neoplasias malignas.

1.22 Indenização: valor a ser pago pela Seguradora à Segurada ou ao(s) Beneficiário(s) do seguro, conforme o caso, na ocorrência de evento coberto pela apólice, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura contratada e vigente.

1.23 Invalidez permanente: perda, redução ou impotência funcional definitiva, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente devidamente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

1.24 Mama: órgão glandular, em número de dois no ser humano, localizado na parede torácica anterior, característico dos mamíferos, e que na fêmea produz o leite.

1.25 Médico assistente: profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, responsável pelo acompanhamento clínico da Segurada, bem como pelo(s) diagnóstico(s) e conduta realizados.

1.26 Médico especialista: profissional que se dedica com exclusividade a determinado ramo da medicina e que detém título de especialista reconhecido pelo Ministério da Educação, associações ou sociedades médicas para este fim reconhecidas pelos Conselhos Federal e Regional de Medicina na referida área de atuação.

1.27 Metástase: presença de tecido neoplásico maligno em localização diferente à lesão primária inicial, do mesmo tipo histológico, que surge em decorrência da disseminação do tumor primário, por meio da corrente sanguínea ou linfática.

1.28 Neoplasia benigna: proliferação anormal de células de diversos tipos de tecidos, que não apresentam potencial de disseminação para outros locais que não o de origem, por meio de corrente sanguínea ou linfática, não causando metástases e apresentando características celulares benignas, confirmadas por meio de estudos anátomo-patológicos.

1.29 Neoplasia maligna: proliferação anormal e descontrolada de células, de diversos tipos de tecidos, que podem disseminar pela corrente sanguínea ou por meio dos vasos

linfáticos, com potencial de implantação em outros órgãos e tecidos, causando metástases e que apresenta características celulares e anátomo-patológicas, macroscópicas e microscópicas de neoplasia maligna.

1.30 Período de cobertura: período durante o qual a Segurada ou o(s) Beneficiário(s), quando for o caso, fará(ão) jus aos capitais segurados contratados, conforme previsto nas condições gerais do seguro.

1.31 Prazo de carência: período contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do Capital Segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, a Segurada ou o(s) Beneficiário(s) não terão direito à percepção dos Capitais Segurados contratados.

1.32 Prêmio: valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

1.33 Prognóstico: parecer médico, baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas, acerca da duração, evolução e término de uma doença.

1.34 Proponente: pessoa física do sexo feminino, que mediante o preenchimento e assinatura de Proposta de Adesão, propõe a sua inclusão ou terceiros na apólice de seguro, e que passará à condição de Segurada Principal somente após sua aceitação pela Seguradora.

1.35 Proposta de adesão: documento que devidamente preenchido, assinado e entregue à Seguradora, caracteriza a vontade da Proponente de aderir à apólice de seguro, no qual deverão ser prestadas todas as informações que permitirão à Seguradora avaliar as condições de aceitação ou recusa do risco.

1.36 Reposição hormonal: tratamento realizado com hormônios, com o objetivo de repor as perdas dos níveis hormonais, que ocorre na mulher, decorrente de desequilíbrio ou insuficiência de produção hormonal.

1.37 Riscos excluídos: riscos previstos nas Condições Gerais, que não serão cobertos pelo seguro.

1.38 Segurada principal: Proponente cuja Proposta de Adesão tenha sido aceita pela Seguradora.

1.39 Segurado dependente: cônjuge da Segurada Principal. Equipara-se ao cônjuge o companheiro, desde que haja comprovação de união estável na forma da legislação em vigor.

1.40 Seguradora: Caixa Seguradora S.A. que, devidamente autorizada pelo Governo Federal, assume a responsabilidade pelos riscos cobertos pela apólice, mediante recebimento do prêmio.

1.41 Sinistro: evento coberto pela apólice de seguro, ocorrido durante o período de cobertura.

1.42 Superintendência de Seguros Privados (SUSEP): órgão normalizador e fiscalizador das atividades de seguros.

1.43 Vigência: período em que estarão em vigor as garantias do seguro, após vencidas as carências, quando for o caso.

2 OBJETIVO DO SEGURO

2.1 O presente seguro tem por objetivo garantir o pagamento de indenização limitada ao Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s) da Segurada ou, à própria, conforme o caso, estando a apólice e as respectivas coberturas em vigor na data da ocorrência de evento previsto na apólice, **EXCETO se decorrente de RISCOS EXCLUÍDOS, e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.**

3 GARANTIAS DO SEGURO

3.1 COBERTURA BÁSICA

3.1.1 MORTE POR CAUSAS NATURAIS E ACIDENTAIS

3.1.1.1 Garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma indenização correspondente ao Capital Segurado, na ocorrência de morte da Segurada Principal por causas naturais ou acidentais, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.**

3.1.1.2 Prazo de Carência

3.1.1.2.1 O período de carência para a cobertura de morte natural será de 6 (seis) meses contados a partir do início de vigência individual do Seguro.

3.1.1.2.2 Não haverá prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais cobertos, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação.

3.1.1.2.3 A Seguradora, a seu critério, poderá substituir ou reduzir o prazo de carência por Declaração Pessoal de Saúde e/ou de Atividades e/ou de exame médico e/ou outros critérios de aceitação que venha a utilizar.

3.2.1 INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

3.2.1.1 Garante à Segurada Principal o pagamento de uma indenização relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, **CAUSADA POR ACIDENTE PESSOAL COBERTO.**

3.2.1.2 Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a **INVALIDEZ PERMANENTE quando da alta médica definitiva, a Seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os PERCENTUAIS ESTABELECIDOS NA TABELA A SEGUIR, LIMITADA A 100% DO CAPITAL SEGURADO da cobertura básica.**

3.2.1.2.1 Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela acima, para sua perda total, EM FUNÇÃO DO GRAU DE REDUÇÃO FUNCIONAL APRESENTADO.

TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO	
Invalidez Permanente Total por Acidente	
Discriminação	% sobre o Capital Segurado
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 um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia bilateral	100
Invalidez Permanente Parcial por Acidente	
Discriminação	% sobre o Capital Segurado
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-lombosacro da coluna vertebral	25
Membros Superiores	
Perda total do uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	9
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do respectivo dedo.	
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 a 1/2 deste dedo; e dos demais dedos: indenização 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	
Perda do uso de membros sem perda anatômica	
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.	
MANDÍBULA	
Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos:	
- em grau mínimo	05
- em grau médio	10
- em grau máximo	20
NARIZ	
Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
Perda total do olfato	7
Perda do olfato com alterações gustativas	10
APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
Diplopia	15
Lesões das vias lacrimais	
Unilateral	7
Bilateral	14
Unilateral com fístulas	15
Bilateral com fístulas	25
Lesões da pálpebra	
Ectrópio unilateral	3
Ectrópio bilateral	6
Entrópio unilateral	7
Entrópio bilateral	14
Má oclusão palpebral unilateral	3
Má oclusão palpebral bilateral	6
Ptose palpebral unilateral	5
Ptose palpebral bilateral	10
APARELHO DA FONAÇÃO	
Perda da palavra (mudez incurável)	50
Perda de substância (palato mole e duro)	20
SISTEMA AUDITIVO	
Amputação total de uma orelha	8
Amputação total das duas orelhas	12
PERDA DO BAÇO	
APARELHO URINÁRIO	
Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
Incontinência urinária permanente	30
Cistostomia (definitiva)	30
Perda de um rim, com rim remanescente	
com função renal preservada	25
com redução da função renal (não dialítica)	50
com redução da função renal (dialítica)	75
Perda de rim único	75
APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
Perda de um testículo	06
Perda de dois testículos	12
Amputação traumática do pênis	40
Perda de um ovário	06
Perda de dois ovários	12
Perda total do útero antes da menopausa	30
Perda total do útero depois da menopausa	10

PESCOÇO	
Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	18
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	17
Traqueostomia definitiva	40
TÓRAX	
APARELHO RESPIRATÓRIO	
Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total)	
com função respiratória preservada	12
com redução em grau mínimo da função respiratória	25
com redução em grau médio da função respiratória	50
com insuficiência respiratória	75
MAMAS (FEMININAS)	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20
ABDÔMEN (ÓRGÃO E VÍSCERAS)	
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
INTESTINO DELGADO	
Ressecção parcial	20
Ressecção parcial com síndrome disabsorptiva ou ileostomia definitiva	40
INTESTINO GROSSO	
Colectomia parcial	20
Colectomia total	40
Colostomia definitiva	40
RETO E ÂNUS	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	40
FÍGADO	
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Lobectomia com insuficiência hepática	75
SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
Derivação ventrículo-peritoneal (por hidrocefalia pós-traumática)	20
Epilepsia pós-traumática	20
Síndrome pós-concussional	5

3.2.1.2.2 Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

3.2.1.2.3 Nos casos não especificados na tabela constante do item 3.2.1.2, a indenização é estabelecida, tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física da Seguradora, **independentemente de sua profissão.**

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

3.2.1.2.5 Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para a sua perda total.

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

3.2.1.2.7 A PERDA DE DENTES e os DANOS ESTÉTICOS NÃO DÃO DIREITO à indenização por Invalidez Permanente por Acidente.

3.2.1.3 A invalidez permanente por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica a essa finalidade. A Seguradora reserva-se o direito de submeter a Segurada a exames complementares de avaliação da invalidez e/ou do nível da incapacidade.

3.2.1.3.1 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhada, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que trata esta cobertura.

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

3.2.1.4.1 A junta médica de que trata o item anterior será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pela Segurada e um terceiro, desempataador, escolhido pelos dois nomeados.

3.2.1.4.2 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pela Segurada e pela Seguradora.

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

3.2.1.5 Reintegração do Capital Segurado

3.2.1.5.1 A Seguradora procederá a reintegração do Capital Segurado da cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, sem cobrança de prêmio adicional, sempre que houver pagamento de indenização por sinistro decorrente de acidente pessoal coberto, exceto no caso de invalidez permanente direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente, ocasião em que não ocorrerá a referida reintegração.

3.2.2 CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE COM CONTRATAÇÃO FACULTATIVA

3.2.2.1 As Proponentes que vierem a aderir ao seguro de acordo com o item 6 destas Condições Gerais poderão, facultativamente, contratar esta cobertura suplementar que garante à Segurada Principal o pagamento de uma indenização correspondente a 50% (cinquenta por cento) do Capital Segurado para a cobertura básica, no caso da morte por acidente de seu cônjuge.

3.2.2.2 Para fins desta cobertura, equipara-se ao cônjuge o companheiro da Segurada Principal, se ao tempo do contrato a Segurada era separada judicialmente, ou já se encontrava separada de fato.

3.2.2.2.1 Deverão ser observadas as seguintes condições, para efeito desta cobertura:

a) a **idade limite para ingresso no seguro do cônjuge**, assim declarado e reconhecido nos termos da legislação vigente é de **70 (SETENTA) ANOS**.

b) as Seguradas que vierem a contrair casamento ou estabelecer vida conjugal, poderão contratar esta cobertura suplementar, observada a alínea a acima;

c) ocorrendo a separação judicial ou o divórcio da Segurada Principal, ou se for o caso, a dissolução da sociedade de fato, deverá a mesma comunicar esta alteração à Seguradora, que providenciará o ajuste do prêmio do seguro;

d) **não será devida a indenização prevista nesta cobertura se NÃO COMPROVADO O CASAMENTO OU VIDA CONJUGAL.**

3.2.3 DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

3.2.3.1 Doença Coberta - Neoplasia Maligna (Câncer de Mau Prognóstico.

3.2.3.1.1 É a garantia do pagamento em vida, à Segurada Principal, correspondente a 50% (cinquenta por cento) do Capital Segurado, limitado a **R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais)**, caso a mesma venha a apresentar diagnóstico clínico confirmado de **Câncer de Mama ou Câncer de Ovário ou Câncer de Útero, após vencida a CARÊNCIA OBRIGATÓRIA DE 180 (CENTO E OITENTA) DIAS para o primeiro diagnóstico.**

3.2.3.1.2 Para efeito de reconhecimento das patologias cobertas, deverão ser seguidos os critérios apresentados a seguir: A malignidade das Neoplasias é resultante da identificação dos seguintes fatores:

a) alterações celulares próprias das neoplasias;
b) capacidade de invasão tissular local;
c) capacidade de propagação metastática;
d) acometimento, tanto pela neoplasia maligna quanto pelas metástases, de funções e de órgãos de importância vital e gravidade com risco de vida.

3.2.3.1.3 O reconhecimento do diagnóstico da Neoplasia Maligna dar-se-á pela utilização dos seguintes meios:

a) parecer médico especializado;
b) biópsia com exame histopatológico;
c) exame citológico, quando possível;
d) exame radiológico, quando indicado;
e) exame endoscópico, quando indicado;
f) exame cintilográfico, quando possível.

3.2.3.2 Normas e Procedimentos na Regulação dos Sinistros

3.2.3.2.1 Para efeito dessa cobertura, são consideradas portadoras de Neoplasia Maligna (Câncer de Mama, Câncer de Ovário, Câncer de Útero), as Seguradas que, obedecidos os preceitos listados nos itens acima, apresentarem diagnóstico confirmado por especialista, indicando que a Neoplasia em questão é Maligna.

3.2.3.2.2 A indenização decorrente dessa cobertura **SO-MENTE SERÁ DEVIDA UMA ÚNICA VEZ**. Ou seja, um segundo diagnóstico de qualquer outro câncer coberto não ensejará qualquer indenização.

3.2.3.2.3 No caso de divergências sobre a natureza ou extensão do diagnóstico do câncer, a Seguradora deverá propor à Segurada, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

3.2.3.2.3.1 A junta médica de que trata o item anterior será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pela Segurada e um terceiro, desempataador, escolhido pelos dois nomeados.

3.2.3.2.3.2 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pela Segurada e pela Seguradora.

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

3.2.4 REMISSÃO DE PAGAMENTO DE PRÊMIOS POR INDE- NIZAÇÃO DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

3.2.4.1 Na eventualidade de a Segurada Principal ser indenizada por alguma neoplasia prevista na Cobertura de Diagnóstico de Câncer, a mesma terá seu seguro remido por 2 (dois) anos contínuos, ou seja, continuará no grupo segurado sem qualquer pagamento de prêmio, e com todas as Coberturas até então oferecidas, exceto a de Diagnóstico de Câncer.

3.2.4.2 Após esses 2 (dois) anos contínuos de remissão, os prêmios correspondentes ao seguro voltarão a ser cobrados da Segurada Principal, dentro da faixa etária atualizada, descontado o valor da cobertura de diagnóstico de câncer.

3.2.4.3 Na eventualidade de a Segurada Principal apresentar **outra neoplasia** que possa ser reconhecida como Diagnóstico de Câncer, mesmo que entre ambas não haja relação denexo causal, **NÃO SERÁ CONCEDIDO UM NOVO PERÍODO DE REMISSÃO.**

3.2.5 REMISSÃO DE PAGAMENTO DE PRÊMIOS POR PERDA DE RENDA EM CASO DE DESEMPREGO

3.2.5.1 A Segurada, após decorrido o prazo de **CARÊNCIA DE 120 (CENTO E VINTE) DIAS**, contados do início de vigência da apólice, terá, em caso de demissão involuntária e sem justa causa, direito à remissão do pagamento do prêmio mensal de seu seguro **pelo prazo máximo e improrrogável de 6 (seis) meses consecutivos.**

3.2.5.2 Para a caracterização do direito à remissão é **requisito obrigatório a comprovação de vínculo empregatício de no mínimo 12 (doze) meses**, sem interrupção da Segurada para com o empregador com o qual teve seu contrato de trabalho rescindido na vigência do contrato de seguro, devendo, ainda, como **condição para auferir o benefício estar a Segurada em PLENA ATIVIDADE PROFISSIONAL, bem como ter seu contrato de trabalho devidamente anotado em sua Carteira de Trabalho.**

3.2.5.3 Para efeitos deste seguro considerar-se-á demissão involuntária aquela ocorrida contra a vontade da Segurada e/ou para a qual não tenha contribuído, excluindo-se, portanto, da cobertura deste seguro a demissão por justa causa e a participação em programa de demissão voluntária.

3.2.5.4 Para fins desta cobertura, **NÃO SÃO ACEITAS as seguintes categorias:**

- a) Estagiárias;
- b) Estudantes;
- c) Aposentadas que não estejam em plena atividade; e
- d) Proponentes em período de experiência.

3.2.5.5 As Proponentes que vierem a aderir ao seguro de acordo com o item 6 destas Condições Gerais, poderão beneficiar-se desta cobertura somente 01 (uma) vez no decorrer da vigência do seguro.

3.2.5.6 A Remissão de Pagamento de Prêmio por Perda de Renda em Caso de Desemprego será devida a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia, inclusive, da caracterização do desemprego.

3.2.6 NÃO ACUMULAÇÃO DE REMISSÃO

3.2.6.1 Estando a Segurada Principal remida do pagamento do prêmio do seguro, por qualquer das coberturas previstas nos itens 3.2.4 ou 3.2.5 destas Condições Gerais e, dentro desse período de remissão, **apresentar nova circunstância que enseje o direito de usufruir da outra cobertura, PREVALECERÁ aquela que proporcionará à Segurada o MAIOR TEMPO de remissão**, ou seja, encerra-se a contagem do

tempo concedido para a primeira remissão, iniciando-se a contagem do segundo período, caso esse seja maior.

3.3 NÃO ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

3.3.1 As indenizações por Invalidez Permanente por Acidente e Morte não se acumulam. Se, depois de paga a indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte da Segurada em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente deve ser deduzida do valor do Capital Segurado por Morte.

4 CARÊNCIAS

4.1 Não haverá prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais cobertos, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação.

4.2 A Seguradora, a seu critério, poderá substituir ou reduzir os prazos de carência

5 RISCOS EXCLUÍDOS

5.1 Estão **EXCLUÍDOS DE TODAS AS GARANTIAS** deste seguro os eventos relacionados a, ou 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**, tais como: guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas provenientes, exceto se decorrentes da prestação do serviço militar, declarados ou não, ou em caso de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) **furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras CONVULSÕES DA NATUREZA;**

d) **EPIDEMIAS** oficialmente reconhecidas por autoridade competente nacional ou internacional;

e) **ENVENENAMENTO** de caráter coletivo;

f) **SUICÍDIO** e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do seguro, prazo este contado conforme disposto no item 8.3;

g) **doenças, lesões ou deformidades PREEXISTENTES** à contratação do seguro de conhecimento da Segurada, e não declaradas na Proposta;

h) **danos causados por ATOS ILÍCITOS DOLOSOS** praticados pela Segurada, pelo Beneficiário ou pelo Representante, de um ou de outro.

5.2 Além dos riscos excluídos mencionados no item 5.1, estão expressamente excluídos das coberturas de **INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE E CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE**, os eventos ocorridos em consequência de:

a) **ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO**, exceto se decorrente da utilização de meio de transporte mais arriscado, prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

b) **acidentes em que a Segurada, SEM A DEVIDA HABILITAÇÃO, for condutora do veículo, seja terrestre, aéreo ou náutico;**

c) **quaisquer ALTERAÇÕES MENTAIS, direta ou indiretamente consequentes do uso do ÁLCOOL, DROGAS, ENTORPECENTES ou SUBSTÂNCIAS TÓXICAS;**

d) **PERTURBAÇÕES e INTOXICAÇÕES** alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes de ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

e) **qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto se decorrentes de acidentes pessoais e comprovadas por exames complementares;**

f) **parto, aborto e suas consequências, exceto se decorrentes de acidentes pessoais;**

g) **choque anafilático e suas consequências, exceto se decorrentes de acidentes pessoais.**

5.3 Estão expressamente EXCLUÍDOS da cobertura de DIAGNÓSTICO DE CÂNCER:

a) **Carcinoma IN SITU;**

b) **Neoplasias BENIGNAS das mamas, do útero ou dos ovários;**

c) **Doenças neoplásicas PREEXISTENTES, mesmo que cobertas.**

5.4 CLÁUSULA ADICIONAL DE EXCLUSÃO PARA ATOS DE TERRORISMO

5.4.1 No presente seguro, fica entendido e concordado que, para efeito indenitário, NÃO ESTARÃO COBERTOS danos e perdas causados direta ou indiretamente por ATO TERRORISTA, desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente, independentemente de seu propósito.

6 ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

6.1 Estão cobertos eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, sendo que as eventuais indenizações serão pagas no Brasil e em moeda corrente nacional.

7 ACEITAÇÃO DO SEGURO

7.1 GRUPO SEGURÁVEL

7.1.1 Este seguro destina-se às pessoas físicas do sexo feminino, que estejam em plena atividade profissional, ou aposentadas por tempo de serviço.

7.2 GRUPO SEGURADO

7.2.1 É o conjunto de todos os componentes femininos do grupo segurável efetivamente aceitos pela Seguradora segundo estas Condições Gerais.

7.3 ACEITAÇÃO DAS SEGURADAS

7.3.1 Somente serão aceitas neste seguro as Proponentes que, na data da assinatura da Proposta de Adesão:

a) estejam em perfeitas condições de saúde; e

b) tenham no mínimo 18 (dezoito) anos e no máximo 64 (sessenta e quatro) anos.

7.4 NORMAS DE ACEITAÇÃO

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

7.4.1.1 A adesão ao Seguro será realizada por meio do preenchimento e assinatura da Proposta de Contratação e da Declaração Pessoal de Saúde, se for o caso.

7.4.2 Observada a regulamentação específica em vigor, a Proposta de Adesão recebida pela Seguradora com todos os elementos essenciais à análise e aceitação do risco, será considerada integralmente aceita, caso a Seguradora contra ela não se manifeste expressamente à Proponente, explicitando o(s) motivo(s) da recusa, no prazo de 15 (quinze) dias contados do seu recebimento, que corresponde à data da autenticação mecânica referente ao primeiro pagamento.

7.4.3 Esse prazo de 15 (quinze) dias será suspenso se a Seguradora solicitar a apresentação de novos documentos quan-

do verificar que as informações contidas na Proposta de Adesão são insuficientes para a análise da aceitação. A contagem do prazo voltará a correr às 24 (vinte e quatro) horas da data em que for protocolada a entrega da documentação solicitada.

7.4.3.1 A solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou alteração da proposta, prevista no item 7.4.3 destas Condições Gerais, poderá ser feita apenas uma única vez.

7.4.4 Durante o prazo estabelecido nos itens 7.4.2 e 7.4.3, limitado, conforme o caso, à data em que a Seguradora recusar a Proposta, será concedida cobertura à Proponente, para os eventos decorrentes de acidentes pessoais, ressalvadas as hipóteses de exclusão e demais disposições previstas nestas Condições Gerais.

7.4.5 No início de vigência do seguro, bem como nas renovações subsequentes, a Seguradora providenciará a emissão do Certificado Individual do seguro, o qual conterá os dados mínimos, quais sejam: data de início e término de vigência da cobertura individual da Seguradora Principal, e quando for o caso, do Segurado Dependente; Capital Segurado das coberturas contratadas; prêmio total do seguro; e Beneficiário(s) indicado(s).

7.4.6 No caso da não-aceitação da Proposta de Adesão no prazo de 15 (quinze) dias, a mesma será comunicada por escrito à Segurada, e o valor pago antecipadamente será restituído pela Seguradora, atualizado monetariamente pelo IGP-M/FGV - Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas, a contar da data do pagamento até a data da efetiva restituição, de acordo com a legislação em vigor.

7.4.7 Em caso de extinção do IGP-M/FGV, será imediatamente utilizado o IPCA/IBGE - Índice de Preço ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou, na falta deste, outro índice que vier a ser autorizado pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) ou outra autoridade competente.

8 VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

8.1 A apólice de seguro, convencionada entre a seguradora e o estipulante, terá vigência de 05 (cinco) anos, podendo ser renovado pelo mesmo período, salvo se ocorrer uma das situações previstas no item 13 destas Condições Gerais, que tratam do Cancelamento do Seguro.

8.1.1 A apólice poderá ser renovada automaticamente uma única vez, sendo que para as renovações posteriores, deverá haver manifestação expressa do Estipulante.

8.1.2 A renovação automática não se aplicará, caso o Estipulante ou a Seguradora manifestem expressamente o seu desinteresse na continuidade do plano, mediante comunicação prévia de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

8.1.3 A renovação que acarrete ônus ou dever às Seguradas ou redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

8.1.4 Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar às Seguradas e ao Estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.

8.2 O início de vigência da apólice se dará na data expressa do contrato de seguro coletivo firmado entre a Seguradora e o Estipulante.

8.3 Observada a regulamentação específica em vigor, a vigência da cobertura individual terá seu início, salvo comunicação expressa da Seguradora, às 24 (vinte e quatro) horas da data da recepção da proposta evidenciada pela autenticação mecânica referente ao primeiro pagamento, observado o disposto no item 8.4, sendo estabelecida esta, a data de início do seguro.

8.4 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a COBERTURA INDIVIDUAL CESSA AUTOMATICAMENTE ÀS 24 (VINTE E QUATRO) HORAS DA DATA DO TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE, observadas as renovações previstas no item 7.1 ou, no decorrer de sua vigência, se ocorrer uma das situações previstas no item 12.3 destas Condições Gerais, que tratam do Cancelamento da cobertura individual.

8.4.1 Na contratação de seguro com periodicidade de pagamento único, **NÃO HAVERÁ cobrança de demais parcelas. Nesse caso a vigência cessa ao final do prazo de contratação individual do seguro.**

9 CAPITAL SEGURADO

9.1 O Capital Segurado será escolhido pela Proponente no ato do preenchimento da Proposta de Adesão, observadas as coberturas contratadas e a idade da Proponente.

9.2 Será facultada a contratação de mais de um CAIXA SEGURO VIDA Mulher, desde que respeitados os limites de Capitais Segurados correspondentes à faixa etária da Proponente, conforme tabela de Capitais e Prêmios em vigor, constante da Proposta de Adesão.

9.3 Será considerado para efeito de cálculo de indenização, o Capital Segurado vigente na data da ocorrência do sinistro coberto, a qual corresponderá:

- a) para as coberturas de acidentes pessoais, à data do acidente; e
- b) para as demais coberturas previstas na apólice, à data da ocorrência do sinistro coberto, caracterizada conforme cada caso, de acordo com estas Condições Gerais.

10 ATUALIZAÇÃO DE VALORES

10.1 Os Capitais Segurados e o prêmio do seguro individual serão atualizados anualmente, com base na variação positiva do IGP-M/FGV — Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas, acumulado dos últimos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao aniversário do seguro.

10.2 Em caso de extinção do IGP-M/FGV, será imediatamente utilizado o IPCA/IBGE - Índice de Preço ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou, na falta deste, outro índice que vier a ser autorizado pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) ou outra autoridade competente.

10.3 Na contratação de seguro com periodicidade de pagamento único, **NÃO HAVERÁ atualização de valores de prêmio ou capital segurado.**

11 PAGAMENTO DO PRÊMIO

11.1 Os prêmios do seguro poderão ser pagos mensal, anual, antecipado ou único, a ser definido em contrato, sendo custeado integralmente pelo Segurado por meio de débito automático em conta ou cartão de crédito, indicado pelo Segurado na Proposta de Adesão ou por boleto de cobrança bancária.

11.1.1 É facultado à Segurado manter definitivamente a opção pelo pagamento antecipado das parcelas do prêmio.

11.1.1.2 A opção pela manutenção do vencimento antecipado dos prêmios é irreversível e deve ser registrada pela Segurada na Central de Relacionamento da CAIXA SEGURADORA até o 11º mês subsequente à data de contratação.

11.2 Para os casos de opção pelo débito em conta, o Segurado poderá escolher entre os dias disponíveis no módulo de comercialização para quitação das parcelas subsequentes do prêmio.

11.3 Caso a data de vencimento do prêmio ocorra em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente, sem acréscimo de valor.

11.4 Em caso de inadimplência dos seguros contratados com periodicidade mensal, anual, antecipado ou único, os prêmios em atraso serão acrescidos à cobrança subsequente, respeitando os prazos e condições previstas nos itens 11 e 12 destas Condições Gerais.

11.5 Para os casos em que houver opção pelo pagamento por meio de cartão de crédito, e que por qualquer motivo não seja possível efetivar a cobrança do seguro nesta forma, será esta alterada automaticamente para a cobrança por débito em conta, adotando como dia do débito o dia do vencimento da fatura do cartão de crédito indicado.

11.6 Caso seja de vontade da Segurado retomar a cobrança por cartão de crédito, este deverá solicitar formalmente em agência da CAIXA.

11.7 Na contratação de seguro com periodicidade de pagamento único, **NÃO HAVERÁ cobrança de demais parcelas, bem como não haverá atualização monetária.**

11.8 O prêmio do período em atraso será cobrado acrescido de juros de mora à taxa de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado à base pró rata dia, da data de vencimento até a data do efetivo pagamento e, adicionalmente, incidirá atualização monetária sobre o valor do prêmio não pago, com base na variação positiva do IGP-M/FGV – Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas.

11.8.1 Em caso de extinção do IGP-M/FGV, será imediatamente utilizado o IPCA/IBGE – Índice de Preço ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou, na falta deste, outro índice que vier a ser autorizado pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) ou outra autoridade competente.

11.9 Ocorrendo insuficiência de saldo na conta bancária indicada pela Segurado, nos respectivos vencimentos, ficará caracterizado o não pagamento do prêmio para efeito do que dispõem os itens 12 e 13.

11.10 O valor inicial do prêmio do seguro é determinado do valor do Capital Segurado na data da contratação do seguro nos limites das Tabelas vigentes.

11.11 Ocorrendo alteração da idade do Segurado que signifique deslocamento para outra faixa etária, o prêmio do seguro será alterado de acordo com os percentuais de aumento previstos nas Tabelas de Reenquadramento por Faixa Etária, sendo estabelecida carência de 01 (um) ano, a contar da data da contratação do seguro para que esta cláusula tenha seus efeitos legais.

11.12 Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido efetuado.

11.13 Os tributos serão pagos por quem a Lei determinar, não podendo haver estipulação expressa.

11.14 **Redução do prêmio no caso de exclusão da Cobertura de Diagnóstico de Câncer**

11.14.1 Caso seja diagnosticado o câncer da neoplasia maligna de mama, da neoplasia maligna de colo do útero ou da neoplasia maligna de ovário durante o período de carência, a Cobertura de Diagnóstico de Câncer será excluída, sendo o valor do prêmio proporcionalmente reduzido.

11.14.2 No caso do pagamento de indenização por Diagnóstico de Câncer, configurado de acordo com o item 3.2.3, será excluída a Cobertura de Diagnóstico de Câncer do seguro, sendo o valor do respectivo prêmio proporcionalmente reduzido.

12 TOLERÂNCIA EM CASO DE INADIMPLEMTO

12.1 Caso ocorra sinistro estando a Segurada em atraso com o pagamento do prêmio do seguro, por prazo não superior a 90 (noventa) dias, contados da data do vencimento da primeira parcela não paga, o pagamento da indenização devida estará condicionado a(o):

a) recebimento pela Seguradora dos documentos necessários à comprovação do sinistro, de acordo com o item 14 - Habilitação à Indenização;

b) comprovação pela Seguradora do sinistro coberto, observado o item 15 - Perda de Direito e demais cláusulas destas Condições Gerais; e

c) quitação do(s) prêmio(s) em atraso atualizado(s) conforme item 11.2.

12.1.1 Não sendo efetivada a purgação da mora até a data da liberação da indenização correspondente, conforme disposto no item 12.1, alínea "c", a Seguradora procederá o desconto dos valores devidos diretamente da indenização a ser paga.

12.1.2 Ressalte-se que, para as propostas com PERIODICIDADE ANUAL de pagamento de prêmio, NÃO HAVERÁ TOLERÂNCIA EM CASO DE INADIMPLEMTO, não vigorando as disposições do item 12.1.

12.2 Os sinistros ocorridos após o prazo de tolerância previsto no item 12.1, de 90 (noventa) dias, não serão passíveis de cobertura, ocorrendo neste caso, a perda de direito a indenização conforme dispõe o artigo 763 do Código Civil Brasileiro.

12.3 A tolerância prevista no item 12.1 somente será devida aos seguros cuja periodicidade de pagamento de prêmios seja mensal.

13 CANCELAMENTO DO SEGURO

13.1 O presente contrato de seguro poderá ser rescindido A QUALQUER TEMPO MEDIANTE ACORDO entre as partes contratantes, com anuência prévia e expressa de Seguradas que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

13.2 Sem prejuízo de outras penalidades cabíveis, a apólice estará CANCELADA, independentemente de notificação ou interpelação judicial, e sem que caiba indenização à parte infratora, preservados os direitos da Seguradora, nas seguintes situações:

a) pelo DESCUMPRIMENTO de qualquer dispositivo destas Condições Gerais;

b) se houver DOLO, CULPA ou PRÁTICA DE FRAUDE por parte do Estipulante no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato.

13.3 A cobertura individual CESSA AUTOMATICAMENTE ao final do prazo da vigência da apólice se esta não for renovada, ou ainda:

a) com 03 (TRÊS) PARCELAS MENSAIS CONSECUTIVAS PENDENTES DE PAGAMENTO;

b) por SOLICITAÇÃO EXPRESSA DA SEGURADA informando que não mais deseja continuar no seguro, com AVISO PRÉVIO DE 30 (TRINTA) DIAS, no mínimo, da data do próximo pagamento do seguro;

b.1) Se o prazo de comunicação prévia de 30 (trinta) dias não for observado pelo segurado, a cobrança da parcela poderá ser efetuada, após o pedido de cancelamento, por falta de tempo suficiente para inibir a cobrança do pagamento. Nesse caso, caberá restituição do valor cobrado após o cancelamento solicitado.

c) com a MORTE DA SEGURADA;

d) pela tentativa de a Segurada, seu(s) Beneficiário(s) ou o Representante Legal de um ou de OUTRO IMPEDIR(EM) OU DIFICULTAR(EM) QUAISQUER EXAMES OU DILIGÊNCIAS NECESSÁRIAS para resguardar os direitos da seguradora;

e) na hipótese de a Segurada, seu(s) Beneficiário(s), ou ainda, o Representante Legal ou o(s) Preposto(s) de um ou de outro agir(em) com DOLO, FRAUDE ou SIMULAÇÃO NA CONTRATAÇÃO DO SEGURO, durante sua vigência, ou ainda, para obter ou para majorar a indenização.

13.4 A inclusão de Segurado DEPENDENTE será CANCELADA AUTOMATICAMENTE:

a) com o CANCELAMENTO DO SEGURO da Segurada Principal por qualquer que seja a causa;

b) com a PERDA DA CONDIÇÃO DE SEGURADO DEPENDENTE, por não mais preencher os requisitos que lhe davam esta qualidade, ainda que esse fato não tenha sido comunicado à Seguradora;

c) mediante comunicação por escrito da Segurada Principal SOLICITANDO O CANCELAMENTO DA COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE, com aviso prévio de 30 (trinta) dias, no mínimo.

13.5 Ocorrendo DOLO, FRAUDE ou SIMULAÇÃO, conforme previsto na alínea "e" do item 13.3, não haverá restituição dos prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

13.6 O pagamento de qualquer valor à Seguradora após a data do cancelamento do seguro NÃO IMPLICA REABILITAÇÃO das garantias nem gera qualquer efeito, ficando esse valor à disposição da ex-Segurada.

14 HABILITAÇÃO À INDENIZAÇÃO

14.1 Em caso de sinistro coberto por este seguro, deverá(ão) o(s) Beneficiário(s) COMPROVAR(EM) SATISFATORIAMENTE a sua ocorrência, por meio dos documentos básicos listados nestas Condições Gerais, item 14.9, bem como serem esclarecidas todas as circunstâncias com ele relacionadas.

14.2 Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da indenização devida pelo presente contrato de seguro, contado a partir do recebimento pela Seguradora de toda a documentação mencionada no item 13.9, e informações ou esclarecimentos adicionais solicitados ao(s) Beneficiário(s) que comprovem a ocorrência de sinistro coberto por este seguro.

14.2.1 Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao(s) Beneficiário(s), o prazo mencionado no item 13.2 será suspenso, voltando a correr a partir do recebimento pela Seguradora desses documentos, informações ou esclarecimentos.

14.3 As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação, bem como aquelas efetuadas

com tratamentos clínicos ou cirúrgicos, consultas médicas ou exames complementares, correrão por conta do interessado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

14.4 As providências ou atos que a Seguradora praticar não implicam, por si só, reconhecimento da obrigação de pagamento de qualquer indenização.

14.5 Para efeito de cálculo de indenização, será considerado o Capital Segurado vigente na data de ocorrência do sinistro, conforme descrito no item 9.3 destas Condições Gerais.

14.6 Em caso do não pagamento da indenização devida no decurso do prazo definido no item 14.2, o valor será corrigido pelo IGP-M/FGV - Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas. Em caso de extinção do IGP-M/FGV, será imediatamente utilizado o IPCA/IBGE - Índice de Preço ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou, na falta deste, outro índice que vier a ser autorizado pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) ou outra autoridade competente.

14.7 O cálculo de atualização que trata o item 14.6 será efetuado com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da indenização, e aquele publicado imediatamente anterior à data de seu efetivo pagamento.

14.8 Incidirão juros de mora à taxa de 0,5% (meio por cento) ao mês, pró rata dia, a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item 14.2.

14.9 DOCUMENTOS PARA HABILITAÇÃO À INDENIZAÇÃO

14.9.1 Para habilitação ao pagamento da indenização devida em razão de sinistro coberto por este seguro, sua **ocorrência deverá ser IMEDIATAMENTE COMUNICADA**, e ainda encaminhados à Seguradora os documentos a seguir relacionados:

14.9.2 Em caso de Morte:

a) formulário de Aviso de Sinistro por Morte fornecido pela Seguradora, preenchido e assinado pelo Beneficiário e pelo Médico Assistente. Este último deverá ter a assinatura reconhecida em cartório no referido documento;

b) cópia autenticada em cartório da Certidão de Óbito da Segurada;

c) cópia autenticada em cartório dos documentos de identificação da Segurada: Carteira de Identidade, CPF e comprovante de residência atualizado;

d) cópia autenticada em cartório dos documentos de identificação do(s) Beneficiário(s): Carteira de Identidade, CPF e comprovante de residência atualizado, e/ou Certidão de Nascimento, quando menor de idade;

e) na falta de indicação de Beneficiário(s):

- Declaração do(s) Herdeiro(s) Legal(is) da Segurada, com assinatura dos mesmos reconhecida em cartório no referido documento;

- cópia autenticada em cartório dos documentos de identificação do(s) Herdeiro(s) Legal(is) da Segurada: Carteira de Identidade, CPF e comprovante de residência atualizado;

- comprovação do estado civil da Segurada: Certidão de Casamento atualizada e emitida após a ocorrência do sinistro ou; no caso de a Segurada ter falecido em situação de convivência marital: Declaração emitida pelo órgão previdenciário, Declaração Pública de Convivência Marital firmada em cartório e/ou outro(s) documento(s) que certifiquem essa situação.

14.9.3 Em caso de Morte por Acidente, além dos documentos indicados no item 14.9.2 devem ser fornecidos:

a) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;

b) cópia autenticada do Laudo do IML - Instituto Médico Legal / Exame Cadavérico / Necropsia;

c) cópia autenticada dos exames subsidiários ao Laudo do IML (ex.: alcoolemia, toxicológico ou anátomo-patológico);

d) cópia autenticada do Laudo Pericial realizado na ocasião do acidente, emitido pela autoridade policial competente;

e) cópia autenticada em cartório da carteira de habilitação, em caso de acidente com veículo terrestre, aéreo ou náutico, conduzido pela Segurada.

14.9.4 Em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:

a) formulário de Aviso de Sinistro por Invalidez Permanente fornecido pela Seguradora, preenchido e assinado pela Segurada ou seu Responsável Legal e pelo Médico Assistente. Este último deverá ter a assinatura reconhecida em cartório no referido documento;

b) cópia autenticada em cartório dos documentos de identificação da Segurada: Carteira de Identidade, CPF e comprovante de residência atualizado;

c) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;

d) cópia autenticada do CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho, se for o caso;

e) cópia autenticada em cartório da carteira de habilitação, em caso de acidente com veículo terrestre, aéreo ou náutico, conduzido pela Segurada;

f) Laudo de alta médica definitiva;

g) Documentos médicos comprobatórios da situação clínica da Segurada, após o acidente, como: exames clínicos, radiografias, laudos de tomografia, e outros julgados necessários para a comprovação da invalidez.

14.9.5 Em caso de Perda de Renda por Desemprego:

a) cópia autenticada em cartório dos documentos de identificação da Segurada: Carteira de Identidade, CPF e comprovante de residência atualizado;

b) cópia autenticada em cartório da Carteira de Trabalho (páginas onde constam: os registros de identificação, o registro de admissão e o registro do desligamento da empregada);

c) cópia autenticada em cartório do Termo de Rescisão Contratual;

d) comprovante de recebimento do FGTS.

14.9.6 Em caso de Diagnóstico de Câncer:

a) formulário de Aviso de Sinistro por Diagnóstico de Câncer fornecido pela Seguradora, preenchido e assinado pela Segurada ou seu Responsável Legal e pelo Médico Assistente. Este último deverá ter a assinatura reconhecida em cartório no referido documento;

b) cópia autenticada em cartório dos documentos de identificação da Segurada: Carteira de Identidade, CPF e comprovante de residência atualizado;

c) cópia autenticada em cartório do primeiro exame anátomo-patológico que comprovou o diagnóstico de câncer;

d) Laudo de perito médico, quando solicitado pela Segurada.

14.9.7 Fica entendido e acordado que mediante dúvida fundada e justificável, observadas as necessidades de cada caso, a Seguradora reserva-se o direito de solicitar outros documentos para instruir a regulação do sinistro.

14.10 RESPONSABILIDADE PELO PAGAMENTO DE INDENIZAÇÕES

14.10.1 Toda a responsabilidade pelo pagamento das indenizações oriundas deste contrato é de exclusiva competência da Seguradora.

15 PERDA DE DIREITO

15.1 A Seguradora **NÃO PAGARÁ NENHUMA INDENIZAÇÃO** referente ao presente seguro, nem restituirá os prêmios do seguro, caso haja por parte do Estipulante, do Corretor de Seguros, da Segurada, do(s) seu(s) Beneficiário(s), ou ainda do Representante Legal ou Preposto(s) de um ou de outro:

- a) **INEXATIDÃO** ou **OMISSÃO** nas declarações prestadas no ato da contratação deste seguro que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, bem como na regulação do sinistro;
- b) **INOBSERVÂNCIA DAS OBRIGAÇÕES** convencionadas neste seguro;
- c) **DOLO, FRAUDE, SIMULAÇÃO** ou **CULPA GRAVE** para obter ou majorar a indenização;
- d) inobservância do artigo 768 do Código Civil Brasileiro, o qual dispõe que a Segurada perderá o direito às garantias do seguro se **AGRAVAR INTENCIONALMENTE O RISCO** objeto do contrato;
- e) **NÃO FORNECIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO SOLICITADA.**

15.2 Se **CONSTATADO QUE A INEXATIDÃO OU A OMISSÃO NAS DECLARAÇÕES PRESTADAS**, conforme mencionado no item 15.1 alínea “a”, não resultou de má-fé da Segurada, a Seguradora poderá:

15.2.1 Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a) cancelar o seguro retendo 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.

15.2.2 Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

- a) cancelar o seguro após o pagamento da indenização, deduzindo do valor a ser indenizado a diferença de prêmio cabível;
- 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 à Segurada ou ao Beneficiário, ou ainda, restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

15.2.3 Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado:

- a) cancelar o seguro após o pagamento da indenização, deduzindo do valor a ser indenizado a diferença de prêmio cabível.

15.3 A Segurada é **OBRIGADA A COMUNICAR À SEGURADORA**, logo que o saiba, sobre **TODO OU PARTE DE QUALQUER INCIDENTE SUSCETÍVEL DE AGRAVAR OU ALTERAR O RISCO COBERTO**, SOB PENA DE PERDER O DIREITO às garantias do seguro, se provado que silenciou de má-fé, conforme artigo 769 do Código Civil Brasileiro.

15.3.1 Comunicada a respeito de qualquer incidente, a Seguradora **PODERÁ CANCELAR A COBERTURA INDIVIDUAL**, mediante comunicação por escrito à Segurada, desde que o faça no prazo máximo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso da alteração do risco.

15.4 Entende-se como alteração do risco ocorrências como: **mudança de atividade ou das informações prestadas na Proposta de Adesão e na Declaração de Saúde e Atividade.**

16 BENEFICIÁRIOS

16.1 No caso de morte da Segurada Principal, o(s) Beneficiário(s) é(são) aquele(s) designado(s) pela mesma na Proposta de Adesão.

16.1.1 A Segurada Principal pode, a qualquer tempo, indicar por escrito o(s) Beneficiário(s) que desejar, ressalvadas as restrições legais, para o recebimento do Capital Segurado no caso de sua morte devidamente coberta pela apólice. Poderá ainda, substituir o(s) Beneficiário(s) do seguro, incluir outro(s) e/ou complementar as indicações, por escrito e por meio de formulário próprio.

16.1.1.1 Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiário(s) recebida pela Seguradora antes da ocorrência do sinistro.

16.1.2 Não havendo indicação expressa de Beneficiário(s), a indenização será paga por metade ao cônjuge não separado judicialmente ou companheiro legalmente reconhecido, e o restante ao(s) Herdeiro(s) Legal(is) da Segurada Principal, conforme disposto nos artigos 791, 792 e 793 do Código Civil Brasileiro.

16.2 No caso das coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Diagnóstico de Câncer e Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge, a Beneficiária do seguro será a própria Segurada Principal. Caso a mesma se encontre impossibilitada de receber a indenização, o pagamento será feito a quem legalmente a represente nos atos da vida civil.

16.3 Caso a Segurada Principal venha a óbito em decorrência de acidente que já tenha gerado indenização relativa à Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, a indenização complementar devida pelo falecimento, observado o item 3.3 e as demais cláusulas destas Condições Gerais, será paga ao(s) Beneficiário(s) designado(s) pela mesma, ou na sua falta, por metade ao cônjuge não separado judicialmente ou companheiro legalmente reconhecido, e o restante ao(s) Herdeiro(s) Legal(is) da Segurada Principal, conforme disposto nos artigos 791, 792 e 793 do Código Civil Brasileiro.

16.4 Caso a Segurada Principal venha a óbito após o requerimento da indenização referente à Cobertura de Diagnóstico de Câncer, o(s) Beneficiário(s) do seguro será(ão) o(s) Herdeiro(s) Legal(is) da Segurada Principal, conforme disposto nos artigos 791, 792 e 793 do Código Civil Brasileiro.

16.5 Na hipótese de morte simultânea da Segurada Principal e do Segurado Dependente, a indenização referente à Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge será devida ao(s) Beneficiário(s) designado(s) pela Segurada Principal ou, na sua falta, ao(s) Herdeiro(s) Legal(is) da mesma, obedecida a ordem de vocação hereditária, desde que contratada e vigente a referida Cláusula Suplementar.

17 REGIME FINANCEIRO

17.1 Este seguro está estruturado sob o regime financeiro de **Repartição Simples**, que não contempla resgate ou devolução de prêmios pagos pela Segurada Principal.

18 SUB ROGAÇÃO

18.1 Não poderão ser transferidos, cedidos ou onerados, por qualquer forma, os direitos decorrentes desta apólice de seguro.

19 ALTERAÇÃO CONTRATUAL

19.1 Qualquer modificação na apólice, estando ela em vigor, que acarrete ônus ou dever às Seguradas ou redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

19.2 REVALIDAÇÃO DO SEGURO

19.2.1 Na eventualidade de desequilíbrio atuarial causado por aumento significativo da sinistralidade, que torne o seguro incompatível com as condições mínimas de manutenção, a Seguradora e o Estipulante poderão a qualquer tempo renegociar novas taxas comerciais que restabeleçam o equilíbrio financeiro da apólice.

19.2.1.1 A alteração prevista no item 19.2.1 ocorrerá por meio de aditamento do contrato de seguro, após o cumprimento do disposto no item 19.1.

20 ESTIPULANTE

21.1 Este seguro é garantido pela CAIXA SEGURADORA S.A., inscrita no CNPJ/MF sob o nº 34.020.354/0001-10, conforme apólice emitida em nome do Estipulante FEDERAÇÃO NACIONAL DAS ASSOCIAÇÕES DE PESSOAL DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL - FENAE, ao qual fica concedido o direito de agir em seu nome, no cumprimento ou alteração de todas as cláusulas das Condições Gerais da referida apólice, observado o disposto no item 18.1.

21 PRESCRIÇÃO

21.1 Qualquer **PRETENSÃO da Segurada ou do Beneficiário com fundamento no presente seguro, PRESCREVE nos prazos estabelecidos no Código Civil Brasileiro.**

22 DISPOSIÇÕES GERAIS

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

22.2 A Segurada 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 e CNPJ.

22.3 A Proponente ao assinar a Proposta de Adesão expressa formalmente sua intenção de adquirir o seguro e que tem conhecimento integral do conteúdo destas Condições Gerais.

22.4 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 desta apólice.

23 FORO

23.1 Quaisquer questões judiciais que se apresentem, terão como foro eleito o do domicílio da Segurada ou do Beneficiário, conforme o caso.

24 MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

24.1 A propaganda e promoção do seguro, por parte do Estipulante e/ou Corretor de Seguros, somente podem ser feitas com autorização expressa da Seguradora, respeitadas as condições da apólice e as normas de seguro, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade da(s) informação(ões) contida(s) nas respectivas divulgações e por ela expressamente autorizadas.

25 CENTRAL DE RELACIONAMENTO

25.1 Para quaisquer INFORMAÇÕES E/OU ESCLARECIMENTOS, o empresário, o titular do seguro ou seu(s) Beneficiário(s), deverá entrar em contato com a Central de Relacionamento 0800 702 4000 (ligação gratuita).

25.1.1 Para acionar as Assistências e Comunicar o Sinistro dispõem o Segurado, bem como seu(s) Beneficiário(s), da Central de Assistência Dia & Noite e Sinistros 0800 722 2492. Os atendimentos das assistências funcionam 24 horas, 7 dias por semana, inclusive nos feriados nacionais. Para sinistros, o horário de atendimento é de segunda a sexta-feira, das 8 às 21 horas.

26 INFORMAÇÕES SUSEP

26.1 SUSEP - Superintendência de Seguros Privados - Autarquia Federal responsável pela fiscalização, normatização e controle dos mercados de seguro, previdência complementar aberta, capitalização, resseguro e corretagem de seguros.

26.2 Serviço ao Cidadão SUSEP disponível no site: <http://www.susep.gov.br> ou pelo número 0800 021 8484.

27 RATIFICAÇÃO

27.1 As presentes Condições Gerais fazem parte integrante do contrato de seguro.

ANEXO I – SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA FUNERAL - SAF**1 Garantias****1.1 Garantia Básica**

Garante, em caso de falecimento do Segurado Principal, seu cônjuge e seus filhos com até 24 (vinte e quatro) anos, por qualquer que tenha sido a causa, a prestação dos Serviços de Assistência Funeral - SAF, conforme a seguir:

1.1.1 Atendimento e organização do funeral - organização do funeral do Segurado e a cerimônia fúnebre, de acordo com as especificações abaixo. Religião e ética são respeitadas de acordo com a solicitação do cliente, na hora em que acionar o SAF.

1.1.2 Traslado até o domicílio do Beneficiário - funeral composto de urna com ou sem visor, uma coroa de flores, ornamentação de urna, véu, carro fúnebre, registro em cartório, livro de presença, jogo de paramentos no velório, velas, taxa de sepultamento, taxa de exumação e capela para velório (não incluído serviço de embalsamento); sepultamento no jazigo da família ou em jazigo cedido pela empresa prestadora de serviço, em cemitério por esta escolhido, por um período de três anos, tempo necessário para exumação; cremação na localidade do falecimento ou na cidade mais próxima. Envio de cinzas à família.

2 Garantias Adicionais

2.1 Transporte ou repatriamento do falecido - se o Segurado falecer em viagem internacional, é garantida a prestação de serviços para todas as formalidades para traslado do corpo, incluindo o fornecimento de urna do tipo comum, adequada a tal transporte.

2.2 Transporte do corpo até o local da residência no Brasil, caso o falecimento tenha se dado em local diverso - dentro do território nacional, pelo meio de transporte mais adequado, desde o local do falecimento até seu domicílio ou até local de sepultamento no Brasil.

2.3 Tratamento das formalidades para liberação do corpo e registro em cartório - participação do falecimento às autoridades competentes e acionará sua rede de prestadores de serviço responsáveis pelo tratamento das formalidades de liberação do corpo e do registro do óbito em cartório.

2.4 Transmissão de mensagens urgentes - relacionadas aos serviços que serão prestados, que lhe sejam solicitados pelo cônjuge do segurado, descendentes ou outro parente.

3 Segurados

3.1 Serão aceitos como Assistidos pelo SAF FAMILIAR os segurados principais, seu cônjuge e seus filhos, com até 24 (vinte e quatro) anos.

4 Limitações e Exclusões

4.1 Este benefício ficará sempre limitado à prestação de Serviços de Assistência Funeral, NÃO SE APLICANDO O REEMBOLSO das despesas de qualquer natureza.

5 Comunicação de óbito

5.1 Para acionar o Serviço de Assistência Funeral - SAF, a família, ou responsável, deverá entrar em contato com a **Central de Assistência Dia e Noite e Sinistros 0800 722 2492.**

ANEXO II – SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA CHECK-UP LAR

ARTIGO 1 - DEFINIÇÕES

A) SEGURADO:

Entende-se por Segurado o titular da apólice de Seguro que tenha residência no Brasil.

C) RESIDÊNCIA ASSISTIDA:

Entende-se por Residência Assistida a residência do Segurado, designada na Proposta de Seguro.

ARTIGO 2 - GARANTIAS DE ASSISTÊNCIA A RESIDÊNCIA ASSISTIDA

A ASSISTÊNCIA disponibilizará, mediante solicitação do segurado, a visita de um dos nossos profissionais que fará um check-up de prevenção e manutenção no seu lar.

São 9 serviços disponíveis a cada 12 (doze) meses para sua residência.

VOCÊ SÓ PODERÁ RECEBER A VISITA DO NOSSO TÉCNICO, 1 VEZ AO ANO, ENTÃO NOSSA DICA É QUE VOCÊ JUNTE O MAIOR NÚMERO DE serviços para serem prestados de uma única vez.

COM EXCEÇÃO DOS SEGUROS CONTRATADOS POR MEIO DE DÉBITO EM CONTA SALÁRIO, QUE PODERÃO RECEBER A VISITA DO NOSSO TÉCNICO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO 2 VEZES AO ANO.

Os itens a serem inspecionados serão:

- **Fixação de quadros, prateleiras e persianas:** O serviço de assistência fixará as prateleiras, quadros e persianas que sejam necessários nos locais indicados pelo Segurado;
 - **Instalação de olho mágico:** O serviço de assistência, instalará olho mágico nas portas de acesso principal da residência;
 - **Limpeza Caixa d'água:** Será efetuada a limpeza completa da caixa d'água da Residência Assistida, desde que o acesso à mesma seja possível por uma escada;
 - **Lubrificação de fechaduras e dobradiças:** O serviço de assistência efetuará a lubrificação de todas as fechaduras e dobradiças, de portas e janelas da residência, que necessitem deste serviço;
 - **Revisão na instalação elétrica (dimensionamento de tensão, troca de disjuntores, interruptores, etc.):** Não estão incluídos neste item qualquer outra manutenção e ou instalação de rede, cabeamento, tanto da fixação privativa (residência) quanto de instalações técnicas (antenas, etc.);
 - **Serviço de troca de lâmpadas e luzes:** Serão trocadas as lâmpadas e luzes queimadas na Residência Assistida;
 - **Troca de vidro (somente a mão de obra):** O serviço de Assistência trocará os vidros quebrados na Residência Assistida;
 - **Verificação de vazamentos:** Serão verificados os vazamentos em torneiras, sifões e qualquer outro encanamento aparente da residência assistida;
 - **Retirada de Entulho:** O serviço de assistência fará a retirada do entulho que o segurado deseja eliminar, limitado a 01 (uma) caçamba;
- Nota 1:** O prazo que a caçamba deve ficar na Residência Assistida do Segurado é de 03 (três) dias.
- Nota 2:** A ASSISTÊNCIA só se responsabiliza pela "Diária da Caçamba".
- ATENÇÃO! A nossa assistência garante apenas a mão de obra. Os materiais serão de sua responsabilidade. Ex.:**

lâmpadas, vidros, olho mágico, persianas, prateleiras e etc.

Todos os serviços acima listados serão fornecidos no mesmo dia e em uma única intervenção a cada 12 (doze) meses. Caso o Segurado opte por não realizar alguns destes serviços no dia da inspeção, o mesmo não terá direito a estes serviços em outra ocasião.

Nota 3: Caso haja valores excedentes, estes serão de inteira responsabilidade do Segurado.

ARTIGO 3 - EXCLUSÕES

1) Além das exclusões já mencionadas, **NÃO será prestado atendimento para:**

a) Serviços solicitados diretamente pelo Segurado, **sem prévio consentimento da ASSISTÊNCIA**, exceto nos casos de força maior ou impossibilidade material comprovada.

b) Estabelecimentos comerciais com partes utilizadas como residência ou residências com parte dela utilizada para fins comerciais, seja pelo Segurado ou por terceiros.

2) Excluem-se ainda das prestações e serviços da ASSISTÊNCIA, as derivadas dos seguintes fatos de CASO FORUITO ou FORÇA MAIOR, dentre eles:

a) Atos de terrorismo, revoltas populares, greves, sabotagem, guerras e quaisquer perturbações de ordem pública;

b) Atos ou atividades das Forças Armadas ou de Forças de Segurança em tempos de paz;

c) Os eventos que tenham por causa irradiações provenientes da transmutação ou desintegração nuclear ou da radioatividade;

d) Confisco, requisição ou danos produzidos na Residência Assistida, por ordem de Governo, de direito ou de fato, ou de qualquer autoridade instituída;

e) Eventos decorrentes dos seguintes fenômenos da natureza, de caráter extraordinário: inundações, terremotos, erupções vulcânicas, tempestade ciclônicas atípicas, furacões, maremotos, quedas de corpos siderais, meteoritos, etc.

3) Ficam excluídos das prestações previstas neste contrato os atos praticados por ação ou omissão do Segurado, causadas por MÁ-FÉ.

ARTIGO 4 - CANCELAMENTO DOS DIREITOS DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

A ASSISTÊNCIA se dá o direito de cancelar automaticamente estas garantias sempre que:

a) O Segurado causar ou provocar INTENCIONALMENTE um fato que dê origem à necessidade de prestação de qualquer um dos serviços aqui descritos; e

b) O Segurado omitir informações ou fornecer intencionalmente informações falsas.

ARTIGO 5 - FORMA DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

Os serviços serão prestados pela ASSISTÊNCIA e por prestadores designados pela mesma.

ARTIGO 6 - ATENDIMENTO

Para acionar o atendimento, entre em contato com a Central de Assistência Dia e Noite e Sinistros 0800 722 2492, O atendimento é 24 horas, todos os dias da semana, incluindo também os feriados.

A ligação pode ser feita por celular ou telefone fixo.

ANEXO III – SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL**ARTIGO 1 – DEFINIÇÕES****A) USUÁRIO:**

Entende-se por Usuário, o titular da apólice de Seguro, desde que tenha residência no Brasil.

ARTIGO 2 – GARANTIAS**A) ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL****A1) SERVIÇOS:**

- Fornece informações e esclarece dúvidas nutricionais
- Efetua um cadastro simples, através do preenchimento de questionário sobre o perfil de saúde do Usuário.
- Convite para programa de educação continuada (PEC – Processo de Acompanhamento Continuado). Resultado: Análise sucinta, incentivando o Usuário à participação ao programa nutricional.

A2) SUPORTE NUTRICIONAL

- Monitoramento Nutricional – Ativo ou Receptivo
- Identificação do perfil nutricional dos Usuários
- Questionamento via formulário On Line
- Alerta sobre risco para desenvolvimento de doenças
- Encaminhamento aos médicos e/ou especialistas competentes
- Fornecimento dos subsídios para restabelecimento de hábitos alimentares e de vida compatíveis com a promoção à saúde
- Monitoramento das ações do programa PEC junto aos Usuários
- Inserção de dados no histórico do Usuário
- Disponibilidade de acesso do histórico ao Usuário e aos Médicos e/ou profissionais de saúde via Internet.

PEC – PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO CONTINUADO:

Consiste da execução de seguimento clínico pela aplicação de protocolos nutricionais definidos segundo a condição individual, e suportado por indicadores de performance e metas com registros, individuais e coletivos, de resultados por meio de relatórios gerenciais.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar os fatores de riscos nutricionais correlacionados às proporções corporais;
- Conhecer o comportamento alimentar dos Usuários;
- Investigar fatores dietéticos relacionados a carências e/ou excessos nutricionais;
- Identificar fatores familiares de risco;
- Identificar a ocorrência de agravos e demais fatores associados ao desenvolvimento de doenças;
- Relacionar o uso de suplementos nutricionais, medicamentos e sua interferência nas práticas alimentares;
- Aplicar instrumentos de orientação à promoção e manutenção da saúde;

- Estabelecer critérios de monitoramento contínuo e progressivo.

FORMA DE COLETA DOS DADOS:

Os dados dos Usuários serão obtidos por meio de informações contidas no cadastro dos Usuários e de contatos receptivos, através de profissionais de saúde treinados para atender os objetivos do programa.

As proporções corporais serão avaliadas pelo índice de massa corporal (IMC), utilizando as medidas de peso e estatura referidas pelo Usuário, e classificado de acordo com a recomendação da Organização Mundial de Saúde.

O comportamento alimentar será avaliado por questões sobre práticas alimentares de frequência alimentar semi-quantitativo.

Os resultados serão analisados com base nas recomendações nutricionais vigentes (RDIs – Relatório Dietary Recommended Ingestion – tabela que referencia as alternativas de ingestão calórica diária segundo as necessidades definidas para cada indivíduo).

A estimativa de risco (score) para doenças e/ou carências ou excessos alimentares resultará da somatória do risco causado por cada um dos fatores avaliados, segundo as diretrizes do Ministério da Saúde.

ARTIGO 3 – EXCLUSÕES

1) Além das exclusões já mencionadas, **NÃO será prestado atendimento para: Orientação telefônica sobre sintomas, exame laboratoriais, diagnósticos, procedimentos médicos ou prescrições.**

ARTIGO 4 – CANCELAMENTO DOS DIREITOS DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

A ASSISTÊNCIA se dá o direito de cancelar automaticamente estas garantias sempre que:

- a) O Usuário **CAUSAR OU PROVOCAR INTENCIONALMENTE** um fato que dê origem à necessidade de prestação de qualquer um dos serviços aqui descritos.
- b) O Usuário **OMITIR** informações ou fornecer intencionalmente **INFORMAÇÕES FALSAS**.

ARTIGO 5 – ATENDIMENTO

Para acionar o atendimento, entre em contato com a Central de **Assistência Dia e Noite e Sinistros** 0800 722 2492.

ANEXO IV – SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA FARMÁCIA**ARTIGO 1 - DEFINIÇÕES****A) USUÁRIA:**

Entende-se por Usuária, a titular do seguro VIDA MULHER, desde que tenha residência no Brasil.

B) REDE DE FARMÁCIAS CONVENIADAS:

Entende-se por Rede de Farmácias Conveniadas aquela na qual a Usuária pode obter os descontos nos medicamentos pertencentes à Lista Referencial. **As redes de farmácia poderão ser alteradas sem prévio aviso.**

C) DESCONTO:

Entende-se por Desconto o percentual fornecido pela Rede de Farmácias Conveniadas como forma de reduzir o preço dos medicamentos.

D) LISTA REFERENCIAL:

Entende-se por Lista Referencial a relação de medicamentos passíveis de desconto na Rede de Farmácias Conveniadas.

Características:

- Inclui medicamentos com eficácia terapêutica comprovada, promovendo sempre os medicamentos eticamente consagrados pelo mercado;
- Inclui somente produtos registrados e aprovados pelo Ministério da Saúde;
- É uma lista de medicamentos que oferece descontos exclusivamente durante o período de validade deste contrato, não estando sujeita a eventuais promoções momentâneas, ou a situações de níveis de estoque;
- É uma Lista que sofre frequente análise/avaliação técnica, podendo ser alterada sem prévio aviso;
- O desconto de até 40% nos produtos de marca e até 60% nos produtos genéricos Medley, não é cumulativo em relação a eventuais promoções locais temporárias.

ARTIGO 2 - ÂMBITO TERRITORIAL E DURAÇÃO

A utilização do serviço se dará, exclusivamente, em todo território nacional, durante a vigência do seguro.

ARTIGO 3 - GARANTIAS DA REDE DE BENEFÍCIOS EM FARMÁCIAS

Os benefícios disponibilizados às Usuárias abrangem as modalidades previstas neste artigo, e serão prestadas de acordo com as condições aqui estabelecidas; desde que respeitados integralmente os artigos 1 e 2.

A) DELIVERY – Entrega em domicílio

A Usuária terá acesso por meio da ASSISTÊNCIA ao delivery (entrega de medicamentos) respeitando-se a estrutura e disponibilidade do local indicado para entrega.

Âmbito de cobertura: Garantia disponível somente no Território Brasileiro, onde o programa possui rede credenciada.

Importante:

- O delivery, não está restrito aos medicamentos constantes no programa e relacionados na Lista Referencial.
- **A taxa de entrega dos medicamentos caso exista, será de responsabilidade da Usuária solicitante.**

B) DESCONTO EM FARMÁCIAS

- A Usuária terá acesso à Rede Conveniada por meio da ASSISTÊNCIA, onde deverá apresentar o seu documento de identificação.
- A partir do momento de sua identificação e validação por parte do atendente da farmácia credenciada, a Usuária terá acesso a **desconto de até 40% sobre o PMC (Preço Médio ao Consumidor) dos medicamentos de marca e até 60% sobre o PMC (Preço Médio ao Consumidor) nos medicamentos genéricos do laboratório Medley** que constam na Lista Referencial.

C) ORIENTAÇÃO FARMACÊUTICA

A Usuária terá ainda acesso ao serviço de orientação farmacêutica esclarecendo dúvidas sobre interações medicamentosas, reações adversas, precauções, contra indicação, armazenamento e horário das administrações. Horário de atendimento: Das 09hs às 18hs de segunda à sexta-feira.

ARTIGO 4 - EXCLUSÕES

Além das exclusões já mencionadas, **NÃO será prestado atendimento** para:

- a) Aquisição de **medicamentos que não fazem parte da Lista Referencial;**
- b) **Despesas correspondentes ao custeio de medicamentos hospitalares; e**
- c) **Orientação telefônica sobre sintomas, exame laboratoriais, diagnósticos, procedimentos médicos ou prescrições.**

ARTIGO 5 - ATENDIMENTO

Para acionar o atendimento, entre em contato com a Central de **Assistência Dia e Noite e Sinistros** 0800 722 2492.