



CHUBB®

# PLANO DE SEGURO DE PESSOAS

*CONDIÇÕES GERAIS e ESPECIAIS*

*Processo SUSEP nº 10.002766/00-19*

# Índice

## CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO .....	5
2. DEFINIÇÕES.....	5
3. GARANTIAS .....	8
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	9
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	10
6. FRANQUIAS E CARÊNCIAS.....	10
7. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO .....	11
8. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADEÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS .....	11
9. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO .....	13
10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE .....	14
11. VIGÊNCIA DOS SEGUROS INDIVIDUAIS.....	14
12. CAPITAL SEGURADO.....	15
13. REVISÃO / ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO.....	15
14. CANCELAMENTO DO SEGURO .....	16
15. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS.....	17
16. SUSPENSÃO, REABILITAÇÃO E CANCELAMENTO DAS GARANTIAS.....	21
17. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE .....	22
18. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA .....	23
19. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO E PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO .....	23
20. JUNTA MÉDICA .....	24
21. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO .....	25
22. EMBARGOS E SANÇÕES ECONÔMICAS:.....	26
23. REINTEGRAÇÃO .....	27
24. BENEFICIÁRIOS.....	27
25. REENQUADRAMENTO .....	28
26. ALTERAÇÕES NESTE SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA.....	28
27. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO.....	29
28. PRESCRIÇÃO.....	29
29. FORO.....	29
30. TRIBUTOS.....	29
31. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	29

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE..... 30

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA) OU INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR ACIDENTE (IEA).....34

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL EM VIAGENS .....36

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL EM TRANSPORTE COLETIVO ..... 38

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL EM VEÍCULOS PARTICULARES, TAXIS OU PEDESTRES ..... 40

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL VÍTIMA DE CRIME.....43

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL VÍTIMA DE CRIME DOLOSO.....45

COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL EM CASO DE MORTE.....47

COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL EM CASO DE MORTE ACIDENTAL.....49

COBERTURA DE CESTA BÁSICA EM CASO DE MORTE.....51

COBERTURA DE CESTA BÁSICA EM CASO DE MORTE ACIDENTAL.....53

COBERTURA DE DESPESAS EXTRAORDINÁRIAS .....55

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE .....57

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE EM TRANSPORTE COLETIVO .....63

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE EM VEÍCULOS PARTICULARES, TAXIS OU PEDESTRES.....66

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE VÍTIMA DE CRIME.....69

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE VÍTIMA DE CRIME DOLOSO.....72

COBERTURA DE CESTA BÁSICA EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE .....75

COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA ..... 78

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE..... 91

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE EM TRANSPORTE COLETIVO..... 102

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE EM VEÍCULOS PARTICULARES, TAXIS OU PEDESTRES..... 107

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE EM CONSEQUÊNCIA DE CRIME..... 112

COBERTURA DE QUEBRA DE OSSOS..... 118

COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA E TEMPORÁRIA ..... 121

COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA ..... 124

COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE ..... 128

COBERTURA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA EM CONSEQUÊNCIA DE CRIME..... 132

COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR..... 135

COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE ..... 139

COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI OU CTI..... 143

COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI OU CTI POR ACIDENTE ..... 147

COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO ..... 151

COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE AUTOMOBILISTICO EM UTI OU CTI.....	155
COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR NO EXTERIOR.....	159
COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS.....	163
COBERTURA DE RENDA POR HOSPITALIZAÇÃO EM CONSEQUÊNCIA DE CRIME .....	165
COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES .....	168
COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER.....	172
COBERTURA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS.....	174
COBERTURA DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS.....	177
COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO .....	179
COBERTURA DE VERBAS RESCISÓRIAS.....	182

## CONDIÇÕES GERAIS

**1. OBJETIVO DO SEGURO**

- 1.1. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de um capital ao próprio segurado, ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), até o limite do respectivo Capital Segurado, caso ocorra algum dos Eventos Cobertos previstos na Apólice, os quais foram contratados pelo Estipulante, e indicados na Proposta de Adesão, no Contrato e no Certificado Individual e desde que o evento não se enquadre como excluído da cobertura securitária.

**2. DEFINIÇÕES**

- 2.1. **Acidente Pessoal:** é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou invalidez permanente, total ou parcial, do segurado ou que torne necessário tratamento médico, observando que:

2.1.1. Incluem-se nesse conceito:

- a) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) Os acidentes decorrentes de 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.

2.1.2. **Não se incluem no conceito de Acidente Pessoal:**

- a) **As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) **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;**
- c) **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.**

- 2.2. **Apólice:** Documento que formaliza o contrato de seguro, estabelecendo os direitos e as obrigações da sociedade seguradora e do segurado e discriminando as garantias contratadas.
- 2.3. **Autônomo / Profissionais Liberais:** São aqueles que recebem pagamentos por prestação de serviços sem qualquer vínculo empregatício, sendo esta a forma principal de seus rendimentos.
- 2.4. **Aviso de Sinistro:** Comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento.
- 2.5. **Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro.
- 2.6. **Capital Segurado:** Pagamento a ser efetuado ao assistido ou beneficiário, sob a forma de pagamento único ou de renda.
- 2.7. **Carência:** período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência do seguro individual, do aumento do Capital Segurado ou da recondução depois de suspenso, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito às garantias contratadas, sem prejuízo do pagamento dos prêmios individuais. A Carência poderá ser total ou parcial, abrangendo todas as garantias ou algumas delas, exceto as de acidente pessoal.
- 2.8. **Carregamento:** importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização do plano.
- 2.9. **Certificado Individual:** é o documento emitido pela Seguradora e entregue ao Segurado Principal para comprovar sua inclusão no seguro.
- 2.10. **Condições Contratuais:** é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais, a Apólice, e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.
- 2.11. **Condições Especiais:** é o conjunto das disposições específicas relativas a cada modalidade e/ou cobertura de um plano de seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.
- 2.12. **Condições Gerais:** é o conjunto das cláusulas, comuns a todas as modalidades e/ou garantias de um plano de seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes.
- 2.13. **Contrato:** é o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora que tem por objetivo estabelecer as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixar os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, dos segurados, dos assistidos e dos beneficiários.
- 2.14. **Corretor:** é a pessoa física ou jurídica autorizada a angariar e promover contratos de seguros.
- 2.15. **Declaração Pessoal de Saúde:** é a declaração, constante da Proposta de Adesão, que o Proponente a Segurado terá que preencher, na qual presta informações sobre as suas condições de saúde para análise de aceitação do seguro pela Seguradora.

- 2.16. **Doenças, Lesões e Sequelas Preexistentes:** são sinais, sintomas, estados mórbidos, doenças contraídas e acidentes sofridos anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão por meio de preenchimento de Declaração Pessoal de Saúde.
- 2.17. **Endosso:** Documento, emitido pela seguradora, por intermédio do qual são alterados dados e condições de uma apólice, de comum acordo com o segurado.
- 2.18. **Estipulante:** pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do Segurado nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como Estipulante-instituidor, quando participar total ou parcialmente do custeio do plano, e como Estipulante-averbador, quando não participar do custeio.
- 2.19. **Evento Coberto:** é o acontecimento futuro e de data incerta, previsto nas garantias do seguro inclusas na Apólice, ocorrido durante sua Vigência e não excluído nas Condições Gerais, nas condições de cada garantia e do Contrato, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seus Beneficiários.
- 2.20. **Excedente Técnico:** é o saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período.
- 2.21. **Franquia:** Quantia fixa, definida na apólice, que, em caso de sinistro, representa a parte do prejuízo apurado que poderá deixar de ser paga pela Seguradora, dependendo das disposições do contrato.
- 2.22. **Garantias:** as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto.
- 2.23. **Grupo Segurado:** totalidade do Grupo Segurável efetivamente aceito e incluído na Apólice coletiva.
- 2.24. **Grupo Segurável:** é aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm vínculo com o Estipulante que podem aderir ao seguro, desde que atendam aos requisitos estabelecidos nesta Apólice e no Contrato.
- 2.25. **Indenização:** é o valor que a sociedade seguradora deve pagar ao segurado ou beneficiário em caso de sinistro coberto pelo contrato de seguro.
- 2.26. **Laudo Médico:** documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina sobre as condições físicas e de saúde do proponente.
- 2.27. **Nota Técnica Atuarial:** documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.
- 2.28. **Período de Cobertura:** é o período durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.
- 2.29. **Prêmio:** é o valor a ser pago à Seguradora em contraprestação à(s) garantia(s) contratada(s).
- 2.30. **Proponente:** é a pessoa física, componente do Grupo Segurável, que propõe a sua adesão ao Seguro e que passará à condição de Segurado somente após a sua aceitação pela Seguradora.

- 2.31. **Proposta de Adesão:** é o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 2.32. **Proposta de Contratação:** é o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, através do qual o Estipulante, manifesta a sua vontade em contratar o seguro em proveito dos componentes do Grupo Segurável, manifestando pleno conhecimento de seus direitos e obrigações estabelecidos nas Condições Gerais e, se houver, nas Condições Especiais e no Contrato.
- 2.33. **Regime Financeiro de Repartição Simples:** é aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados, num período considerado, os custos decorrentes dos Sinistros e das despesas de comercialização e administração do seguro, apurados neste mesmo período.
- 2.34. **Riscos Excluídos:** são aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou Condições Especiais, que não serão cobertos por esta Apólice.
- 2.35. **Segurado Principal:** é a pessoa física que mantém vínculo com o Estipulante, regularmente incluída e aceita no seguro.
- 2.36. **Segurados Dependentes:** são o cônjuge ou a(o) companheira(o) e os filhos do Segurado Principal regularmente incluídos no seguro.
- 2.36.1. São considerados e/ou equiparados a filhos do Segurado Principal, para fins deste seguro, os seguintes dependentes econômicos do Segurado Principal:
- a) o filho(a) e o enteado(a) do Segurado Principal, de até 18 (dezoito) anos ou 24 (vinte e quatro) anos, se universitário, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
  - b) o menor, de até 18 (dezoito) anos, que o Segurado Principal crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial;
  - c) o irmão ou o neto, sem arrimo dos pais, de até 18 (dezoito), desde que o Segurado Principal detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho; e,
  - d) o absolutamente incapaz, do qual o Segurado Principal seja tutor ou curador.
- 2.37. **Seguradora:** é a CHUBB SEGUROS BRASIL S.A., que, devidamente autorizada a operar no ramo de seguros, sob a fiscalização da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, assume a responsabilidade pelos riscos garantidos pela Apólice, mediante recebimento do respectivo Prêmio.
- 2.38. **Sinistro:** é a ocorrência de um Evento Coberto pelas garantias contratadas, ocorrido durante a Vigência e capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora.
- 2.39. **Vigência:** período durante o qual o segurado fará jus ao seguro contratado.

### 3. GARANTIAS

---

- 3.1. As Coberturas oferecidas por este Seguro encontram-se definidas em condições especiais e quando contratadas e especificadas no contrato de seguro farão parte integrante destas Condições Gerais. **Neste seguro não existe cobertura básica, sendo possível a**

**contratação de qualquer uma das coberturas** para quais existam Condições Especiais relacionadas a este processo.

#### **4. RISCOS EXCLUÍDOS**

---

- 4.1. **Estão expressamente excluídos de todas as garantias deste seguro os eventos ocorridos em consequência de:**
- a) **Uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de arma e/ou projétil nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas 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 ou exercícios militares 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) **Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto nos casos de utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
  - d) **Inundação, tufões, furacão, ciclone, erupção vulcânica, tempestade, terremoto, maremoto, tsunami, movimento sísmico ou movimentos de terra em geral;**
  - e) **Das moléstias ou doenças decorrentes da exposição crônica a gases e vapores;**
  - f) **Mutilação, quando não decorrente diretamente de um acidente pessoal;**
  - g) **Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, 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 legais, pelos Beneficiários e pelos respectivos representantes legais. Por atos dolosos entende-se inclusive a direção de veículos automotores e aeronaves sem a devida habilitação legal;**
  - h) **Lesões por esforço repetitivo (L.E.R.), distúrbio osteo-muscular relacionado ao trabalho (D.O.R.T.), lesão por traumas cumulativos (L.T.C.), ou similares que venham a ser aceitas pela comunidade médica-científica;**
  - i) **Doenças, acidentes ou lesões preexistentes, assim entendido: sinais, sintomas, estados mórbidos, doenças contraídas e acidentes sofridos anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de adesão.**
  - j) **A exclusão de doenças, acidentes ou lesões preexistentes de que trata a alínea “i” anterior, serão aplicadas somente nos seguros onde houver solicitação por parte da Seguradora, de preenchimento da Declaração**

**Pessoal de Saúde. Não havendo tal solicitação, este item de exclusão ficará sem valor.**

- k) Epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente;**
- l) Suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos após o início de Vigência do Contrato de seguro ou de sua recondução depois de suspenso;**
- m) Participação do Segurado em atentados ou rixas (exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo), duelos, crimes ou delitos intencionais;**
- n) Não estarão cobertos os danos e as perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprová-lo com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.**
- o) A prática, por parte do Segurado, de atos contrários à Lei, inclusive a condução ou pilotagem de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal;**
- p) Acidentes ocorridos durante a participação do Segurado em apostas ou rachas, exceto na prática de esportes e nos casos onde o mesmo tenha comunicado tal prática à Seguradora e esta tenha expressamente aceito o risco;**
- q) Danos morais.**
- r) Eventual aplicabilidade das sanções, regulamentações, leis e restrições, na forma dos itens 1 a 3 do capítulo Embargos e Sanções Econômicas, presente nesta Condição Geral.**

## **5. ÂMBITO GEOGRÁFICO**

---

- 5.1. Este plano de seguro abrange os Eventos Cobertos ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

## **6. FRANQUIAS E CARÊNCIAS**

---

- 6.1. **Quando forem aplicáveis, as franquias e/ou carências estarão fixadas no contrato.**
- 6.2. **Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.**
- 6.3. **O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.**

## 7. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

---

- 7.1. A Proposta de Contratação, assinada obrigatoriamente pelo Estipulante, deverá ser entregue à Seguradora.
- 7.2. As Condições Gerais completas e as condições das garantias contratadas deverão estar à disposição do Estipulante, quando da apresentação da Proposta de Contratação.
- 7.3. A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data do recebimento da Proposta de Contratação, para aceitá-la ou recusá-la. Vencido o prazo de 15 (quinze) dias, sem manifestação da Seguradora, o seguro será considerado aceito.
- 7.4. A Seguradora poderá por uma única vez solicitar documentos complementares para análise e aceitação da Proposta de Contratação. 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 complementar.
- 7.5. A não aceitação da Proposta de Contratação, por parte da Seguradora, será comunicada por escrito ao Estipulante e implicará na devolução integral de qualquer pagamento de Prêmio eventualmente efetuado no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, atualizados da data do pagamento até a data da efetiva restituição, pelo índice estabelecido no plano de seguro.

## 8. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS

---

- 8.1. Poderão ser incluídos no seguro os componentes do Grupo Segurado mediante a assinatura e o preenchimento completo da Proposta de Adesão, no caso de contratação através de meios remotos deve ser observada a Legislação vigente, e a entrega dos documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.
- 8.2. Poderão ser incluídos no seguro os Proponentes que se encontrem em boas condições de saúde e em plena atividade profissional.
- 8.3. Caso não haja declaração pessoal de saúde do Segurado na proposta de adesão, não se aplicarão exclusões de doenças, lesões e sequelas pré-existentes ao seguro.
- 8.4. **A idade do segurado, na data de contratação ou renovação do seguro, não poderá ser superior a idade máxima estabelecida no contrato.**
- 8.5. **A inobservância a qualquer das condições previstas nos itens 8.2 e 8.4. destas Condições Gerais, acarretará ao participante do Grupo Segurado a perda da condição de Segurado, exceto nas hipóteses em que o Contrato disponha de forma diferente.**
- 8.6. **Para os menores de 14 (catorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de segurado principal ou dependente.**
- 8.7. Com base nas declarações prestadas pelo proponente na Proposta de Adesão ao seguro, a Seguradora fará análise para aceitação ou recusa dessa inclusão no seguro.

- 8.8. A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a Proposta de Adesão, seja para seguros novos ou renovações, bem como alterações que impliquem modificação do risco.
- 8.9. A Seguradora poderá solicitar uma única vez documentos complementares para análise e aceitação do risco, sendo neste caso suspenso o prazo de aceitação, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.
- 8.10. O pagamento antecipado do Prêmio do seguro, não caracteriza a aceitação da Proposta de Adesão, devendo-se observar o disposto no item 8.8. destas Condições Gerais.
- 8.11. Quando a Seguradora receber a Proposta de Adesão com todos os documentos exigidos, terá início um período máximo de 15 (quinze) dias, no qual avaliará o risco do seguro.
- 8.12. A ausência de manifestação por escrito da Seguradora no prazo de 15 (quinze) dias caracterizará a aceitação tácita da Proposta de Adesão.
- 8.13. 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 ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. O valor a ser devolvido será atualizado pela variação do índice estabelecido no plano, pro rata temporis, correspondente ao período da data do pagamento até a data da restituição, que não poderá ser superior a 30 (trinta) dias da data da recusa.
  - 8.13.1. Neste caso, o proponente tem cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.
- 8.14. Se a Seguradora recusar a Proposta de Adesão do proponente, este será comunicado por escrito por meio de carta encaminhada ao estipulante ou por intermédio do Corretor, informando os motivos da não aceitação. Para todos os efeitos legais, a data constante do aviso de recebimento pelo Corretor valerá como data de recusa da Proposta de Adesão.
- 8.15. A análise e aceitação do risco individual basear-se-á em critérios técnicos adotados pela Seguradora, que reserva a si o direito de aceitar ou não a Proposta de Adesão apresentada.
- 8.16. As Condições Gerais completas e as condições das garantias contratadas deverão estar à disposição dos Segurados, quando da apresentação da Proposta de Adesão.
- 8.17. No início do contrato e a cada renovação a Seguradora entregará ao Segurado Certificado Individual comprovando a aceitação, contendo os elementos mínimos estabelecidos conforme Legislação Vigente.
- 8.18. É facultado à Seguradora solicitar, para efeito de aceitação da Proposta de Adesão, informação ao Proponente ou ao Segurado quanto à contratação de outros seguros de pessoas com coberturas concomitantes.
- 8.19. A inclusão dos componentes dependentes e componentes principais é feita por adesão a este seguro e das seguintes formas, conforme indicação na proposta de contratação e nas condições contratuais:

#### 8.19.1. Titulares

- a) Automática, quando o seguro abranger todos os Componentes Principais do Grupo Segurável; e
- b) Facultativa, quando o seguro abranger somente os Componentes Principais que tiverem sua inclusão expressamente declarada.

#### 8.19.2. Cônjuge/Companheiro(a)

- a) Automática, abrangendo todos os cônjuges/companheiros(as) dos Componentes Principais; e
- b) Facultativa, abrangendo todos os cônjuges/companheiros(as) dos Componentes Principais que autorizem.

#### 8.19.3. Filhos

- a) automática, abrangendo todos os filhos e componentes dependentes, com idades de até 21 (vinte e um) anos, dos Componentes Principais e/ou dos Cônjuges/Companheiros(as) segurados; e
- b) Facultativa, abrangendo todos os filhos e componentes dependentes, com idades de até 21 (vinte e um) anos, dos Componentes Principais e/ou dos Cônjuges/Companheiros(as) segurados que autorizem.

8.20. Quando ambos os cônjuges forem segurados principais do mesmo grupo segurado, os filhos e os demais componentes dependentes do casal poderão ser incluídos apenas uma única vez, como dependentes daquele de maior Capital Segurado.

8.21. **É vedada a contratação do seguro através de procuração.**

## **9. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO**

---

9.1. A atualização dos valores dos Capitais Segurados e prêmios relativos a este Seguro será feita anualmente, pelo Índice de atualização do Plano de Seguro estabelecido no contrato, tomando-se por base, nas datas anuais de reajuste, a variação anual acumulada deste índice que será aplicado.

#### 9.1.1. Índice de atualização do Plano de Seguro

O índice pactuado para a atualização de valores relativos às operações de seguros será estabelecido no contrato em consonância com as seguintes opções:

- a) Índice de Preços ao Consumidor Amplo/ Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IPCA/IBGE;
- b) Índice Geral de Preços para o Mercado/ Fundação Getúlio Vargas - IGPM/FGV;
- c) Índice Geral de Preços ao Consumidor/ Fundação Getúlio Vargas - IPC/FGV;

Parágrafo único. No caso de extinção do índice pactuado, será utilizado índice substituto convencionado no ato da contratação, dentre aqueles previstos acima.

- 9.2. O índice e a periodicidade de correção poderão ser alterados por lei ou por determinação da SUSEP (Superintendência de Seguros Privados).
- 9.3. Para os seguros de prazo de até 12 (doze) meses não haverá atualização de valores.
- 9.4. O Contrato poderá estabelecer ainda que, no caso de Capital Segurado múltiplo salarial, o valor do Capital Segurado e dos Prêmios poderão ser alterados segundo a variação do salário ou provento do Segurado Principal.

## **10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE**

---

- 10.1. A Apólice vigorará pelo prazo de até 05 (cinco) anos, podendo ser renovada automaticamente por igual período, salvo se o Estipulante ou a Seguradora manifestarem-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, ou se ocorrer alguma das causas de cancelamento previstas nestas Condições Gerais e nas cláusulas das garantias contratadas.
  - 10.1.1. **A renovação automática, prevista no item anterior, só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Estipulante e da Seguradora. A renovação expressa poderá ser efetivada sempre que com ela concordem a Seguradora e o Estipulante, e desde que não implique em ônus ou dever para os Segurados ou redução de seus direitos.**
- 10.2. **Vigência da Apólice**
  - 10.2.1. **O início de vigência da Apólice se dará na data expressa no Contrato ou na Proposta de Contratação, salvo se a Proposta de Contratação tenha sido recepcionada com adiantamento de valor para futuro pagamento de Prêmio, total ou parcial, hipótese em que a vigência iniciará às 24 horas da data de recepção da Proposta de Contratação.**
  - 10.2.2. **A Apólice e os Endossos terão seu início e término de vigência às 24 horas das datas para tal fim neles indicadas.**

## **11. VIGÊNCIA DOS SEGUROS INDIVIDUAIS**

---

- 11.1. Os seguros individuais terão Vigência enquanto vigorar a Apólice, desde que respeitados os demais termos destas Condições Gerais e das condições das garantias contratadas, especialmente as hipóteses de cancelamento do seguro.
- 11.2. A Vigência do risco individual, desde que aceita a Proposta de Adesão, nos termos do item 8 (Aceitação da Proposta de Adesão e Inclusão de Segurados), será:
  - 11.2.1. Nas Propostas de Adesão aceitas sem pagamento de Prêmio, o início de Vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação ou com data distinta, desde que expressamente estabelecida no Contrato.
  - 11.2.2. Nas Propostas de Adesão aceitas com pagamento de Prêmio, o início de Vigência da cobertura deverá coincidir com a data do pagamento do Prêmio.

- 11.2.3. Os Certificados Individuais e os Endossos terão seu início e término de Vigência às 24 hs das datas para tal fim neles indicadas.
- 11.2.4. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de Vigência da Apólice, se esta não for renovada.

## **12. CAPITAL SEGURADO**

---

- 12.1. A data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, estará definida nas condições especiais de cada cobertura.
- 12.2. O Capital Segurado poderá ser escolhido pelo Proponente e/ou pelo Estipulante, conforme determinar o Contrato, e não poderá ultrapassar o Limite Técnico de aceitação da Seguradora.
- 12.3. O Capital Segurado estabelecido para cada garantia constará no Certificado Individual do Segurado.
- 12.4. O Capital Segurado dos Segurados Dependentes em quaisquer garantias contratadas não poderá em hipótese alguma ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado Principal.

## **13. REVISÃO / ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO**

---

- 13.1. **Poderá ser efetuado o aumento espontâneo dos Capitais Segurados em qualquer época mediante solicitação por escrito, observando-se sempre o limite máximo de Capital Segurado individual vigente. Se aceitos pela Seguradora, os novos Capitais Segurados terão início de Vigência no 1º dia do mês subsequente ao da data de solicitação do aumento. Por ocasião do aumento espontâneo de capital, poderá ser exigido do Segurado o preenchimento de uma nova Proposta de Adesão, iniciando-se nova Carência de 2 (dois) anos para o valor aumentado, para hipótese de suicídio.**
- 13.2. Qualquer aumento de Capital implicará em aumento automático dos prêmios, obedecendo a mesma proporção aplicada ao acréscimo dos Capitais.
- 13.3. **Para os Segurados aposentados e afastados, não será permitido o aumento espontâneo dos respectivos Capitais Segurados. Nestes casos, os Capitais Segurados serão atualizados anualmente pelo índice estabelecido no Plano de Seguro ou qualquer outro índice que por disposição legal venha a substituí-lo.**
- 13.4. O Estipulante fica ciente que, para o aumento espontâneo do Capital Segurado, o Segurado deverá estar em boas condições de saúde e plena atividade profissional. Havendo a constatação de alguma doença ou deficiência preexistente ao aumento do Capital Segurado, de conhecimento do segurado e não declarada na nova Proposta de Adesão por meio do preenchimento de Declaração Pessoal de Saúde, o pagamento da Indenização prevista para as coberturas contratadas, em caso de sinistro, será efetuado com base nos valores anteriores ao aumento, não cabendo qualquer restituição de Prêmios ao Estipulante e/ou Beneficiário.

**14. CANCELAMENTO DO SEGURO**

---

- 14.1. **Ocorrerá o cancelamento do seguro individual, sem qualquer restituição de Prêmios:**
- a) **com a morte do Segurado Principal;**
  - b) **com o recebimento do Capital Segurado relativo à garantia de Invalidez Funcional Permanente total por Doença (IFPD), se contratada esta garantia;**
  - c) **por solicitação formal do Segurado Principal;**
  - d) **por falta de pagamento de Prêmios, respeitando o período de Vigência correspondente ao Prêmio pago e o disposto no item 16;**
  - e) **automaticamente se o Segurado, seus prepostos, seus dependentes ou seus Beneficiários agirem com dolo, culpa grave, cometerem fraude ou faltarem com o dever de lealdade e de boa-fé objetiva durante o processo de contratação ou durante toda a vigência do contrato;**
  - f) **automaticamente pela inobservância das obrigações convencionadas no contrato de seguro, por parte do Segurado, seus Beneficiários, seus dependentes ou prepostos;**
  - g) **automaticamente, com o cancelamento ou final de Vigência sem renovação da Apólice contratada entre Estipulante e a Seguradora;**
  - h) **automaticamente, com o desaparecimento do vínculo existente entre o Estipulante e o Segurado, respeitando o período do prêmio já pago. O Segurado poderá ser mantido no plano, desde que haja concordância expressa entre as partes (Estipulante e Seguradora), assumindo o Segurado, a partir dessa data, o custeio integral das respectivas coberturas ou tendo ajustado o valor do Capital Segurado à parcela do custeio sob sua responsabilidade.**
- 14.2. **A Apólice será cancelada:**
- a) **A qualquer tempo mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante, com a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado;**
  - b) **pelo descumprimento de qualquer dispositivo das condições aplicáveis a este seguro, inclusive no tocante ao pagamento de Prêmios, nos termos do item 15;**
  - c) **quando o Estipulante praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa fé objetiva para com a Seguradora.**
  - d) **se houver dolo, culpa ou prática de fraude por parte do Estipulante, no ato da contratação ou durante toda a Vigência do contrato;**
  - e) **automaticamente quando houver atraso no pagamento de Prêmios, observado o disposto no subitem 15.12, se fracionado o prêmio, ou no subitem 16.3, se o pagamento for mensal.**

**15. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS**

---

- 15.1. Para fins deste seguro e de acordo com a opção definida na Proposta de Contratação e constante no Contrato o custeio poderá ser:
- a) Não contributivo, em que os Segurados não pagam Prêmio, ou;
  - b) Contributivo, em que os Segurados pagam Prêmio total ou parcialmente.
- 15.2. Caso o seguro esteja estruturado no critério tarifário de faixas etárias, sempre que ocorrer a alteração de idade do Segurado e, conseqüentemente, o seu deslocamento para outra faixa etária, a Seguradora somará a taxa anterior o percentual de reenquadramento previsto no Contrato e realizará a cobrança do novo Prêmio a partir do mês de renovação da Apólice de seguro (ou “da data de aniversário do Certificado Individual”).
- 15.3. O valor do Prêmio será aquele determinado no Contrato, sendo reajustado sempre que houver reajuste do Capital Segurado e pelos mesmos índices.
- 15.4. O Prêmio poderá ser pago através de débito automático em conta corrente, débito em folha de pagamento, cartão de crédito ou ficha de compensação, de acordo com a opção do Estipulante ou Segurado, constante na Apólice.
- 15.5. A cobrança do prêmio à vista ou parcelada será efetuada por meio de documento emitido pela Seguradora, do qual deverão constar, no mínimo, os seguintes elementos, independentemente de outros que sejam exigidos pela regulamentação em vigor:
- a) nome do Segurado;
  - b) valor do prêmio;
  - c) data de emissão do documento de cobrança;
  - d) número da apólice e/ou do certificado individual;
  - e) data limite para o pagamento.
- 15.5.1. A Seguradora encaminhará o documento a que se refere o subitem 15.5. diretamente ao segurado ou ao seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 5(cinco) dias úteis, em relação a data do respectivo vencimento.
- 15.5.2. O disposto no subitem 15.5.1. não se aplica aos planos de seguro custeados integralmente pelo estipulante e aos casos de desconto em folha de pagamento, de débito em conta corrente e de pagamento por meio de cartão de crédito.
- 15.6. O Segurado poderá optar se irá efetuar o pagamento do prêmio de forma mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual.
- 15.7. Caso o Segurado opte pelo pagamento dos prêmios de forma mensal, cada pagamento será correspondente a um mês de cobertura. Na hipótese de rescisão do presente contrato em que o Segurado pague os prêmios mensais, nenhuma devolução de prêmio será devida.
- 15.8. Caso o Segurado opte pelos prêmios anuais, cada pagamento será correspondente a um ano de cobertura.

- 15.9. Qualquer que seja a forma de pagamento do prêmio adotada, ficará a Seguradora obrigada a manter o registro das datas das operações realizadas.
- 15.10. O pagamento do prêmio será feito à Seguradora através da rede bancária, cartão de crédito ou outras formas admitidas em lei.
  - 15.10.1. Quando o pagamento for efetuado através da rede bancária, além das informações mínimas a que se refere o item 15.5 deverão constar do documento de cobrança o número da conta corrente da Seguradora, o nome e respectiva agência do banco receptor e, se for o caso, a indicação de que o prêmio poderá ser pago em qualquer agência do mesmo ou de outros bancos.
- 15.11. Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil posterior em que houver expediente bancário.
- 15.12. Nos seguros custeados através de fracionamento de prêmio, o critério adotado será o seguinte:
  - 15.12.1. Não será permitida a cobrança de nenhum valor adicional a título de custo administrativo de fracionamento.
  - 15.12.2. Deverá ser garantida ao Segurado, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas com a consequente redução proporcional dos juros pactuados.
  - 15.12.3. A data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de Vigência da Apólice.
  - 15.12.4. Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de Vigência da cobertura será ajustado em função do Prêmio efetivamente pago, observada no mínimo a fração prevista na tabela de prazo curto especificada a seguir:

RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
13	15/365 dias
20	30/365 dias
27	45/365 dias
30	60/365 dias
37	75/365 dias
40	90/365 dias
46	105/365 dias
50	120/365 dias
56	135/365 dias
60	150/365 dias
66	165/365 dias
70	180/365 dias

RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
73	195/365 dias
75	210/365 dias
78	225/365 dias
80	240/365 dias
83	255/365 dias
85	270/365 dias
88	285/365 dias
90	300/365 dias
93	315/365 dias
95	330/365 dias
98	345/365 dias
100	365/365 dias

- 15.12.5. Para os percentuais não previstos na tabela do subitem 15.12.4 deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.
- 15.12.6. A Seguradora informará ao Segurado ou ao seu representante legal, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de Vigência ajustado, conforme subitem 15.12.4.
- 15.12.7. O Segurado poderá restabelecer a cobertura deste seguro, pelo período inicialmente contratado, desde que efetue o pagamento do Prêmio devido, acrescido de juros de mora de 0,5% ao mês e atualização monetária pela variação positiva do índice de atualização do Plano de Seguro estabelecido no contrato, antes do término do prazo estabelecido com base na tabela indicada no subitem 15.12.4.
- 15.12.8. **Findo o novo prazo de Vigência da cobertura referido no subitem 15.12.4 sem que tenha sido retomado o pagamento do Prêmio, a Seguradora operará de pleno direito o cancelamento do Contrato, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.**
- 15.12.9. **No caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de prazo curto não resultar em alteração do prazo de Vigência da cobertura, a Seguradora poderá cancelar o contrato ou suspender sua Vigência, sendo vedada a cobrança de Prêmio pelo período de sua suspensão em caso de restabelecimento do contrato.**
- 15.12.10. Respeitado o disposto no item 15.12 e seus subitens, quando o pagamento do prêmio for efetuado por meio de ficha de compensação, deste deverão constar, obrigatoriamente, as seguintes informações, quando for o caso:

- a) a falta de pagamento da primeira parcela implicará o cancelamento do seguro e
- b) a falta de pagamento de qualquer uma das demais parcelas subsequentes à primeira poderá implicar o cancelamento do contrato de seguro, nos termos da cláusula de fracionamento de prêmio constante das condições contratuais do seguro.

15.13. O disposto no item 15.12 e seus subitens não se aplica aos planos cujo custeio do Prêmio se dê sob a forma mensal.

15.14. No caso de recebimento indevido de Prêmio, o mesmo será devolvido corrigido monetariamente pelo índice de atualização do Plano de Seguro estabelecido no contrato desde a data de recebimento do Prêmio até a data do referido pagamento.

15.15. A Seguradora providenciará aviso alertando a inadimplência, no prazo máximo de 10 (dez) dias contados da primeira parcela não paga.

15.16. Iniciada a vigência da cobertura, se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado até a data limite estipulada, o direito à indenização não ficará prejudicado.

15.16.1. Nos casos previstos no item 15.12, quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vincendas do prêmio deverão ser deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento.

15.17. Este seguro está estruturado sob Regime Financeiro de Repartição Simples, que não contempla o resgate ou a devolução de prêmios ao Segurado, ao Beneficiário ou ao Estipulante.

**15.18. O(s) prêmio(s) do seguro pagos em atraso terá(ão) seu(s) valor(es) atualizado(s) monetariamente até a data do efetivo pagamento pelo índice indicado no subitem 9.1. destas Condições Gerais.**

15.18.1. Sem prejuízo do item anterior incidirá(ão) ainda sobre, o(s) prêmio(s) de seguro referente(s) ao período em atraso, juros moratórios de 12%(doze por cento) ao ano, calculados pro-rata-die.

**15.19. O não pagamento do prêmio por parte do Segurado nos prazos estipulados na apólice, enseja em suspensão automática do direito às Coberturas estabelecidas na apólice.**

**15.19.1. A falta de pagamento do prêmio, seja pelo não pagamento do carnê ou outro documento de cobrança, seja pela inexistência de saldo suficiente na conta corrente indicada na Proposta de Contratação para débito, por um período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, implicará o cancelamento automático do seguro, sendo o prazo da cobertura ajustado em função do prêmio efetivamente pago.**

15.20. A Seguradora poderá delegar ao Estipulante, sob sua exclusiva responsabilidade perante os Segurados, a cobrança dos prêmios, ficando o Estipulante responsável pelo pagamento, nos prazos contratuais, das respectivas faturas ou documentos de cobrança emitidos pela Seguradora e apresentados através da rede bancária.

- 15.20.1. A delegação acima mencionada poderá ser revogada, a qualquer tempo, pela Seguradora, mediante notificação, por escrito, ao Estipulante.
- 15.20.2. Se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora os prêmios de Seguro Contributivo recebidos dos Segurados, tal fato não dará direito ao cancelamento da apólice das garantias dos Segurados que tenham efetuado o pagamento, por ferir os direitos adquiridos e caracterizar apropriação indébita, sujeita às cominações legais.
- 15.20.3. O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora.
- 15.20.4. Caso o mesmo receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica o Estipulante obrigado a destacar nos documentos de cobrança o valor do prêmio do seguro de cada Segurado.
- 15.20.5. Quando a forma de cobrança for a de desconto ou de consignação em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda de vínculo empregatício ou mediante pedido do Segurado Principal, por escrito.
- 15.20.6. Os prêmios cobrados através de desconto ou consignação na folha de pagamento, não sendo o empregador o Estipulante do seguro, deverão ser recolhidos diretamente à Seguradora, mediante fatura ou documento de cobrança por ele apresentado, através da rede bancária. Nos Seguros que se enquadrarem nesta condição, poderão ser aplicadas a critério exclusivo da Seguradora, as disposições dos subitens 15.20 e 15.20.1 acima.

## **16. SUSPENSÃO, REABILITAÇÃO E CANCELAMENTO DAS GARANTIAS**

---

### **16.1. Atraso nos Pagamentos do Prêmio Mensal:**

- 16.1.1. **Quando o custeio do Prêmio se der sob a forma mensal, a falta de pagamento de qualquer parcela acarretará a suspensão imediata e automática de todas as garantias, perdendo os Segurados ou seus Beneficiários direito ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de Sinistro ocorrido no período de suspensão.**
- 16.1.2. O seguro poderá ser reabilitado, antes de seu cancelamento, quando o Segurado ou o Estipulante retomar o pagamento do Prêmio, vedada a cobrança do Prêmio referente ao período de mora, **respondendo a Seguradora somente pelos Sinistros ocorridos a partir das 24 horas da data da reabilitação.**
- 16.1.3. **O Estipulante/Segurado em atraso com o pagamento dos Prêmios mensais será notificado da suspensão das garantias e cientificado de que a não reabilitação do seguro, nas condições previstas no item 16.1.2 acima, no prazo de 10 (dez) dias, acarretará o cancelamento do seguro, não sendo mais permitida a reabilitação das garantias.**

### **16.2. Outras formas de suspensão:**

- 16.2.1. Embargos, leis, regulamentações e sanções posteriores ao fato gerador do sinistro, na forma do item 4 no capítulo Embargos e Sanções Econômicas.

## **17. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE**

---

- 17.1. Sem prejuízo das demais obrigações previstas nas Condições Contratuais constituem, ainda, obrigações do Estipulante:
- a) Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
  - b) Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
  - c) Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato de seguro;
  - d) Discriminar o valor do Prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
  - e) Repassar os Prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
  - f) Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
  - g) Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
  - h) 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;
  - i) Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
  - j) Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
  - k) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido; e
  - l) 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 caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante.

## 18. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA

---

- 18.1. Sem prejuízo de outras obrigações e responsabilidades previstas nas Condições Contratuais, são obrigações e responsabilidades da Seguradora:
- a) Pagar os sinistros a que fizer jus o segurado, em até 30 (trinta) dias da data de recebimento da documentação completa na seguradora, sem prejuízo do fornecimento de quaisquer outros documentos que esta julgar necessários para complementação do processo, voltando a correr, a partir de sua entrega, o prazo para regulação do sinistro;
  - b) Informar por escrito ao Segurado o não-pagamento da fatura por parte do Estipulante, se couber;
  - c) Emitir mensalmente as faturas, conforme relação de dados enviada pelo Estipulante, se couber;
  - d) Cumprir todas as cláusulas da presente Apólice.

## 19. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO E PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

---

- 19.1. **Em caso de Sinistro coberto, o Segurado, o Beneficiário ou representante legal deverá comunicá-lo à Seguradora por meio de impresso próprio, carta ou fax e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à Seguradora.**
- 19.2. **As despesas efetuadas com a comprovação do Sinistro e os documentos de habilitação correrão por conta do Segurado, Beneficiário ou representante legal, salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora.**
- 19.3. **A partir da entrega da documentação exigível por parte do Segurado, Beneficiário ou representante legal, a Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos para realizar o pagamento da indenização ou recusar o sinistro. Caso a Seguradora solicite documentos ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.**
- 19.4. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no item anterior o Capital Segurado será atualizado pela variação do índice citado no item 9.1. desde a data do evento, acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, após o prazo de 30 dias, calculado *pro rata temporis* até a data do efetivo pagamento.
- 19.4.1. A atualização será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.
- 19.5. O valor a ser indenizado ao Segurado ou Beneficiário será igual ao valor do Capital Segurado vigente na data do evento.
- 19.6. **Quando a Seguradora recusar um sinistro com base nas Condições Contratuais do seguro deverá comunicar o fato ao Segurado ou Beneficiário por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias contados da data do término da análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa expressando os motivos.**

- 19.7. Em caso de dúvida fundada e justificável será facultada à Seguradora a adoção de medidas que visem à plena elucidação do Sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do Sinistro. Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do Sinistro será suspensa e voltará a correr na data de entrega da documentação solicitada.
- 19.8. Somente poderá ser solicitado o comprovante do último Prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anteriormente à data do Sinistro.
- 19.9. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.
- 19.10. **No caso de Beneficiários menores de idade, a indenização será paga conforme indicado a seguir:**
- a) Pessoas de idade inferior a 16 (dezesesseis) anos: a indenização será paga, em nome do menor Segurado, ao representante legalmente constituído;**
  - b) Pessoas de idade de 16 (dezesesseis) a 21 (vinte e um) anos, exclusive: a indenização será paga ao menor Segurado, devidamente assistido por seu pai, sua mãe (quando tiver o pátrio poder) ou, finalmente, por seu tutor ou curador.**
- 19.11. Nos casos de cobertura internacional, em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da seguradora.
- 19.12. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o Sinistro não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer Indenização. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a Seguradora comunicará ao Segurado, ao Beneficiário ou ao representante legal os motivos do não-pagamento da Indenização, o que poderá ser feito por intermédio do Corretor.
- 19.13. **A documentação necessária para regulação do Sinistro consta nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.**

## **20. JUNTA MÉDICA**

---

- 20.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza, diagnóstico ou extensão de lesões ou da doença, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a Seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.
- 20.2. A junta médica será constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador escolhido pelos dois nomeados.
- 20.3. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.
- 20.4. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado, e os honorários do terceiro médico serão divididos em partes iguais entre o Segurado e a Seguradora.

**21. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO**

---

- 21.1. O segurado e seu(s) Beneficiário(s) perderão o direito a qualquer Indenização, bem como terão o seguro cancelado, nos seguintes casos:
- a) Inexatidão ou omissão nas declarações da Proposta de Adesão, que possa influir ou ter influenciado na aceitação ou taxação do seguro;
  - b) Não-cumprimento das obrigações definidas nas Condições Contratuais;
  - c) Utilização de declarações falsas, simulação de acidente ou agravamento das suas consequências para obter ou aumentar a Indenização;
  - d) Fraude ou tentativa de fraude em laudos médicos que venham justificar falsas moléstias ou falsas datas de início de moléstias;
  - e) Tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da seguradora na elucidação do Evento Coberto e suas consequências;
  - f) Solicitação de exclusão do seguro feita pelo Segurado ou pelo Estipulante;
  - g) Dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação do seguro por parte do(s) segurado(s), seu(s) representante(s) ou seu(s) Beneficiário(s) para obter ou majorar seu Capital Segurado;
  - h) Inobservância do artigo 768 do Código Civil, que dispõe que o Segurado perderá o direito à garantia do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato.
  - i) não fornecimento da documentação solicitada;
- 21.2. O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de alterar ou agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.
- 21.3. Entende-se como “alteração do risco” as ocorrências como mudança de atividade ou das informações prestadas na Proposta de Contratação/Adesão.
- 21.4. A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar ciência ao Segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de Prêmio cabível.
- 21.5. O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do Prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.
- 21.6. Se o Segurado, seu representante, ou seu Corretor fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta de Adesão ou no valor do Prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do Prêmio vencido.
- 21.6.1. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, é facultado à Seguradora:
- 21.6.1.1. Na hipótese de não ocorrência do Sinistro, ocorrerá:

- a) O cancelamento do seguro, retendo-se do Prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
  - b) Mediante acordo entre as partes, a continuidade do seguro, cobrando-se a diferença de Prêmio cabível ou restringindo-se a cobertura contratada.
- 21.6.1.2. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:
- a) Cancelar o seguro, após o pagamento da Indenização, retendo, do Prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
  - b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de Prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.
- 21.6.1.3. 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, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de Prêmio cabível.

## **22. EMBARGOS E SANÇÕES ECONÔMICAS:**

---

- 22.1. A cobertura securitária prevista na Apólice decorrente destas Condições Gerais não terá efeito na medida em que sanções comerciais ou econômicas ou outras leis, regulamentações, restrições ou sanções impostas pelo Escritório de Controle de Ativos Estrangeiros do Departamento do Tesouro dos EUA (Office of Foreign Assets Control of the US Department of the Treasury - “OFAC”) e/ou pela Organização das Nações Unidas (“ONU”) e/ou pelo Reino Unido e/ou pela União Europeia proíbam a Seguradora de concedê-la, incluindo, mas não se limitando, ao pagamento de indenizações.
- 22.2. A exclusão indicada na Cláusula 22.1 acima abrange também a lista de cidadãos nacionais especialmente designados e pessoas impedidas de transacionar com Estados Unidos da América (“EUA”) e seus Territórios, feita pelo Escritório de Controle de Ativos Estrangeiros do Departamento do Tesouro dos EUA (Specially Designated Nationals And Blocked Persons List - “SDN”).
- 22.3. Para efeito das exclusões descritas nas Cláusulas 22.1 e 22.2 acima, a sanção, regulamentação, lei, restrição ou inclusão na lista SDN, deverá estar caracterizada no momento do Sinistro.
- 22.4. Caso o Fato Gerador de eventual Sinistro seja anterior a uma sanção, regulamentação, lei, inclusão na lista de embargos, ou restrição imposta pelo

**Escritório de Controle de Ativos Estrangeiros do Departamento do Tesouro dos EUA (OFAC) e/ou pela ONU e/ou pelo Reino Unido e/ou União Europeia; e que, embora tal Sinistro esteja amparado pela Apólice, mas ainda não tenha sido completamente liquidado, a cobertura securitária e conseqüentemente a indenização devida, ficarão suspensas, sem quaisquer pagamentos e/ou reembolso de despesas, até que tal sanção, regulamentação, lei, ou restrição seja extinta, ou, no caso de o Segurado e/ou Beneficiário constarem na lista de cidadãos nacionais especialmente designados e pessoas proibidas de transacionar com os EUA (lista SDN), e/ou em quaisquer outras listas de bloqueios/sanções feitas pelos EUA ou pela ONU ou pelo Reino Unido e/ou pela União Europeia, até que o Segurado e/ou Beneficiário não conste(m) mais em tal(is) lista(s).**

- 22.5. **O Segurado poderá consultar a lista de embargos e sanções OFAC por meio do sítio eletrônico oficial do Departamento do Tesouro dos EUA: <https://www.treasury.gov/resource-center/sanctions/Pages/default.aspx>. Caso o Segurado tenha quaisquer dúvidas ou necessidade de entendimento com relação às exclusões acima, o mesmo poderá entrar em contato com os telefones de Central de Atendimento e SAC da Seguradora, constantes da Apólice.**

### **23. REINTEGRAÇÃO**

---

- 23.1. Nos casos de morte e de invalidez permanente total não haverá reintegração.
- 23.2. No caso de invalidez parcial o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

### **24. BENEFICIÁRIOS**

---

- 24.1. O Segurado Principal poderá livremente e a qualquer tempo indicar, por escrito, ou através de meios remotos, o(s) Beneficiário(s) que desejar, ressalvadas as restrições legais, para receber o valor do Capital Segurado, na hipótese de sua morte devidamente coberta.
- 24.2. O Segurado Principal poderá, a qualquer tempo, substituir o(s) Beneficiário(s), incluir outro(s) e/ou complementar as indicações mediante manifestação por escrito à Seguradora e através de formulário próprio da Seguradora, ou através de meios remotos, ressalvadas as restrições legais.
- 24.2.1. **Caso o Segurado não de ciência à Seguradora da substituição de seu(s) Beneficiário(s) na forma prevista no item 23.2, a Seguradora desobrigar-se-á pagando o Capital Segurado ao(s) antigo(s) Beneficiário(s).**
- 24.3. Não havendo Beneficiário indicado na ocasião do falecimento do Segurado Principal, o Capital Segurado será pago na forma da Lei.
- 24.4. No caso de morte do Segurado Dependente, quando tiver sido contratada a cláusula suplementar de inclusão de cônjuge e/ou filhos, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado Principal.
- 24.4.1. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do(s) Segurado(s) Dependente(s), os Capitais Segurados referentes às coberturas dos

Segurados Principal e Dependente(s) deverão ser pagos aos respectivos Beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos Segurados.

## 25. REENQUADRAMENTO

---

- 25.1. Os Prêmios serão reenquadrados anualmente, de acordo com uma das seguintes opções, conforme estabelecido no Contrato e podem ser:
- 25.1.1. **Por Idade:** A taxa de Prêmio de cada Segurado será estabelecida conforme sua idade, de acordo com a Tabela de Taxas e Prêmios por Idade, prevista no Contrato. Para atender ao ajustamento técnico tarifário, necessário em função do aumento de idade, as taxas de Prêmio sofrerão reenquadramento anual, conforme a mesma tabela já referida. Este reenquadramento ocorrerá por ocasião das renovações da Apólice, ou na data de aniversário dos Segurados, conforme dispuser o Contrato.
- 25.1.1.1. Nos seguros contratados com a Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge em que a idade do cônjuge não seja informada, será considerado como parâmetro a idade do Segurado Titular.
- 25.1.2. **Por Faixa Etária:** A taxa de Prêmio de cada Segurado será estabelecida conforme sua faixa etária, de acordo com a Tabela de Taxas e Prêmios por Faixa Etária prevista no Contrato. Para atender ao ajustamento técnico tarifário, necessário em função da mudança de faixa etária, as taxas de Prêmio sofrerão reenquadramento anual, conforme a mesma tabela já referida. Este reenquadramento ocorrerá por ocasião das renovações da Apólice ou da data de aniversário dos Segurados, conforme dispuser o Contrato.
- 25.1.2.1. Nos seguros contratados com a Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge em que a idade do cônjuge não seja informada, será considerado como parâmetro a idade do Segurado.
- 25.2. **Independente das formas de reequadramento acima descritas, quando o segurado atingir idade superior ao estabelecido nas tabelas de taxas, a taxa do seguro individual passará a ser reajustada anualmente pelo percentual de 10%.**

## 26. ALTERAÇÕES NESTE SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA

---

- 26.1. O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante.
- 26.2. Qualquer modificação da Apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os Segurados, ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.
- 26.3. A renovação que não acarretar alteração da Apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados, ou a redução de seus direitos, poderá ser feita pelo Estipulante mediante a concordância da Seguradora.

## **27. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO**

---

- 27.1. As peças promocionais e de propaganda referentes ao seguro somente podem ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas, rigorosamente, as Condições Gerais, as condições de cada garantia e a nota técnica submetidas à SUSEP.

## **28. PRESCRIÇÃO**

---

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

## **29. FORO**

---

- 29.1. Fica eleito o foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas relacionadas às presentes Condições Gerais.

## **30. TRIBUTOS**

---

- 30.1. Os tributos relativos a este Seguro serão pagos por quem a lei determinar.

## **31. DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

- 31.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.
- 31.2. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.
- 31.3. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de seguros no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br) pelo número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.
- 31.4. **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 da Apólice.**

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE

### 1. OBJETIVO DO SEGURO

---

- 1.1. Esta Condição Especial integra as Condições Contratuais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Morte.

### 2. DEFINIÇÕES

---

- 2.1. Serão utilizadas para esta cobertura as definições do item 2- Definições descritas nas Condições Gerais

### 3. GARANTIA

---

- 3.1. A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura quando ocorrer a morte do segurado, por causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.
- 3.2. Esta cobertura para segurados menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.
- 3.3. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data da ocorrência do evento coberto” a data de falecimento do segurado, comprovado mediante Certidão de Óbito.

### 4. RISCOS EXCLUÍDOS

---

- 4.1. **Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 4 - Riscos Excluídos descritos nas Condições Gerais.**

### 5. ÂMBITO GEOGRÁFICO

---

- 5.1. Este Seguro abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

### 6. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

---

- 6.1. A garantia compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início indicado nas condições contratuais do plano de seguro, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta cláusula não integrar o Contrato.

**6.2.** Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Condição Especial termina:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da apólice ou da presente Cláusula;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice;
- c) com a morte ou invalidez permanente total do Segurado (por acidente ou por doença).

## **7. PRÊMIO**

---

**7.1.** A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

## **8. FRANQUIAS E CARÊNCIAS**

---

**8.1.** Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.

**8.2.** Quando forem aplicáveis, as carências estarão fixadas no contrato.

**8.3.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

**8.4.** O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.

**8.5.** Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.

## **9. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS**

---

**9.1.** Para o recebimento do Capital Segurado ou da Indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato.

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

**9.3.** A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.

**9.4.** A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Formulário Aviso de Sinistro;
- b) Certidão de Óbito;

- c) Documentos pessoais do segurado: R.G ou RNE, CPF, comprovante de residência e telefone;**
- d) Certidão de Nascimento ou Casamento do segurado;**
- e) Ficha de Registro de Empregado Atualizada e comprovante de pagamento de salário dos últimos 3 meses (se seguro com vínculo empregatício);**
- f) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico (em caso de acidente);**
- g) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (se houver acidente de trânsito e se o Segurado for condutor do veículo acidentado);**
- h) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho, cópia do Termo Circunstanciado ou do Boletim de Ocorrência Policial (em caso de acidente);**

#### **9.5. Documentos dos beneficiários**

##### **9.5.1. Segurado solteiro, sem união estável, sem filhos:**

- a) Documentos pessoais dos pais do segurado: R.G , CPF, comprovante de residência e telefone;**
- b) Declaração de únicos herdeiros com firma reconhecida;**
- c) Autorização de crédito em conta corrente do beneficiário;**

##### **9.5.2. Segurado solteiro, sem união estável, com filhos**

- a) Documentos pessoais dos filhos do segurado: R.G , CPF, comprovante de residência e telefone;**
- b) Documentos pessoais do responsável pelo(s) filhos do segurado: R.G , CPF, comprovante de residência e telefone, em caso o(s) filho(s) menores;**
- c) Declaração de únicos herdeiros com firma reconhecida;**

##### **9.5.3. Segurado casado ou com união estável, sem filhos**

- a) Provas de união estável (caso não seja efetivamente casado) - Pensão por morte do INSS, anotação na CTPS, comprovante de residência em comum, etc.**
- b) Declaração publica de união estável;**
- c) Documentos pessoais do cônjuge/companheiro (a) do segurado: R.G , CPF, comprovante de residência e telefone;**
- d) Declaração de únicos herdeiros com firma reconhecida**
- e) Autorização de crédito em conta corrente dos beneficiários**

##### **9.5.4. Segurado casado ou com união estável, com filhos**

- a) Certidão de casamento atualizada (se casado)**

- b) Provas de união estável (caso não seja efetivamente casado) - Pensão por morte do INSS, anotação na CTPS, comprovante de residência em comum, etc.**
- c) Declaração pública de união estável;**
- d) Documentos pessoais do cônjuge/companheiro (a) do segurado: R.G , CPF, comprovante de residência e telefone;**
- e) Documentos pessoais do(a) filho(s) do segurado: R.G , CPF, comprovante de residência e telefone;**
- f) Declaração de únicos herdeiros com firma reconhecida**
- g) Autorização de crédito em conta corrente dos beneficiários**

**9.5.5. No caso de Beneficiários Incapazes**

- a) menores sujeitos ao poder familiar: cópia autenticada da Certidão de nascimento do menor e documentos de identificação de ambos os pais (cédula de identidade e CPF);**
- b) menores sujeitos à tutela: cópia autenticada da Certidão de nascimento do menor, termo de tutela e documentos de identificação do tutor (cédula de identidade e CPF);**
- c) maiores sujeitos a curatela: cópia autenticada da Certidão de nascimento do maior, termo de curatela e documentos de identificação do curador (cédula de identidade e CPF).**

**9.6. Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.**

**9.7. A documentação listada acima não é restritiva. A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos que se façam necessários, durante o processo de análise do sinistro, para sua completa liquidação.**

## **10. Disposições Gerais**

---

**10.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.**

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA) OU INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR ACIDENTE (IEA)

### 1. OBJETIVO

---

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Morte Acidental (MA) ou Indenização Especial por Acidente (IEA).

### 2. DEFINIÇÕES

---

- 2.1.** Serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### 3. GARANTIA

---

- 3.1.** A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura quando ocorrer a morte do segurado, **por causas acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.**
- 3.2.** Esta cobertura, para Segurados menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.

### 4. RISCOS EXCLUÍDOS

---

- 4.1.** Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais.

### 5. BENEFICIÁRIO

---

- 5.1.** O Beneficiário é a pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.
- 5.2.** Quando houver mais de um Beneficiário, deverá ser estipulado, no momento da nomeação dos mesmos pelo Segurado, o percentual do Capital Segurado que será destinado a cada um.
- 5.3.** Na falta de Beneficiário nomeado, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente/companheiro(a) e metade aos herdeiros do Segurado, conforme Código Civil.

- 5.4.** Na falta das pessoas acima indicadas serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou de meios para proverem sua subsistência.
- 5.5.** Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

## **6. CAPITAL SEGURADO**

---

- 6.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

## **7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS**

---

- 7.1.** Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.
- 7.2.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 7.3.** Não obstante o estabelecido acima, será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.

## **8. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

---

- 8.1.** Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:
  - a)** Formulário Aviso de Sinistro;
  - b)** Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado
  - c)** Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do beneficiário;
  - d)** Cópia autenticada da Certidão de óbito do segurado;
  - e)** Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do segurado;
  - f)** Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
  - g)** Laudo Necroscópico – IML;
  - h)** CNH – caso o seja o segurado o condutor do veículo;
  - i)** Laudo de dosagem alcoólica – quando indicado no laudo do IML;
  - j)** CAT – quando o caso exigir;
  - k)** Cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado e beneficiário;
  - l)** Dados bancários completo em nome do beneficiário.

## **9. DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

- 9.1.** Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL EM VIAGENS

### 1. OBJETIVO

---

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a Cobertura de Morte Acidental em viagens.

### 2. DEFINIÇÕES

---

- 2.1.** Serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### 3. GARANTIA

---

- 3.1.** A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura quando ocorrer a morte do segurado exclusivamente em decorrência de causas acidentais e desde que o acidente ocorra enquanto o Segurado estiver indo para, retornando de ou durante a viagem de negócios com destino superior a 100 km (cem quilômetros) de sua residência, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.
- 3.2.** Esta cobertura, para Segurados menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.

### 4. RISCOS EXCLUÍDOS

---

- 4.1.** Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais.

### 5. BENEFICIÁRIO

---

- 5.1.** O Beneficiário é a pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.
- 5.2.** Quando houver mais de um Beneficiário, deverá ser estipulado, no momento da nomeação dos mesmos pelo Segurado, o percentual do Capital Segurado que será destinado a cada um.
- 5.3.** Na falta de Beneficiário nomeado, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente/ companheiro(a) e metade aos herdeiros do Segurado, conforme Código Civil.

- 5.4.** Na falta das pessoas acima indicadas serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou de meios para proverem sua subsistência.
- 5.5.** Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

## **6. CAPITAL SEGURADO**

---

- 6.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

## **7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS**

---

- 7.1.** Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.
- 7.2.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 7.3.** Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.

## **8. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

---

- 8.1.** Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:
  - a)** Formulário Aviso de Sinistro;
  - b)** Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado
  - c)** Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do beneficiário;
  - d)** Cópia autenticada da Certidão de óbito;
  - e)** Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do segurado;
  - f)** Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
  - g)** Cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado e beneficiário;
  - h)** Dados bancários completo em nome do beneficiário.

## **9. DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

- 9.1.** Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL EM TRANSPORTE COLETIVO

### 1. OBJETIVO

---

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a Cobertura de Morte Acidental em transporte coletivo.

### 2. DEFINIÇÕES

---

- 2.1.** Transporte coletivo: transporte em qualquer aeronave, ônibus, trem, navio, metrô ou qualquer outro tipo de transporte público mediante pagamento de passagens sendo este transporte fornecido e operado por uma empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas.
- 2.2.** Além da definição acima serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### 3. GARANTIA

---

- 3.1.** A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura quando ocorrer a morte do segurado exclusivamente em decorrência de causas acidentais e desde que o acidente ocorra enquanto o Segurado for passageiro, em algum tipo de transporte coletivo, fornecido e operado por uma empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas por terra, água ou ar, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.
- 3.2.** Esta cobertura, para Segurados menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.

### 4. RISCOS EXCLUÍDOS

---

- 4.1.** **Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais.**

### 5. BENEFICIÁRIO

---

- 5.1.** O Beneficiário é a pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.

- 5.2.** Quando houver mais de um Beneficiário, deverá ser estipulado, no momento da nomeação dos mesmos pelo Segurado, o percentual do Capital Segurado que será destinado a cada um.
- 5.3.** Na falta de Beneficiário nomeado, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente/companheiro(a) e metade aos herdeiros do Segurado, conforme Código Civil.
- 5.4.** Na falta das pessoas acima indicadas serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou de meios para proverem sua subsistência.
- 5.5.** Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

## **6. CAPITAL SEGURADO**

---

- 6.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

## **7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS**

---

- 7.1.** Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.
- 7.2.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 7.3.** Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.

## **8. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

---

- 8.1.** Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:
  - a)** Formulário Aviso de Sinistro;
  - b)** Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;
  - c)** Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do beneficiário;
  - d)** Cópia autenticada da Certidão de óbito do segurado;
  - e)** Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do segurado;
  - f)** Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
  - g)** Cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado e beneficiário;
  - h)** Dados bancários completo em nome do beneficiário;

## **9. DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

- 9.1.** Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL EM VEÍCULOS PARTICULARES, TAXIS OU PEDESTRES

### 1. OBJETIVO

---

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a Cobertura de Morte Acidental em veículos particulares, táxis ou pedestres.

### 2. DEFINIÇÕES

---

- 2.1. Veículo particular:** qualquer veículo terrestre motorizado de quatro ou mais rodas não enquadrado na categoria de transporte coletivo.
- 2.2. Transporte Coletivo:** transporte em qualquer aeronave, ônibus, trem, navio, metrô ou qualquer outro tipo de transporte público mediante pagamento de passagens, sendo este transporte fornecido e operado por uma empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas.
- 2.3.** Além da definição acima serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### 3. GARANTIA

---

- 3.1.** A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura quando ocorrer a morte do segurado exclusivamente em decorrência de **causas acidentais e desde que o acidente ocorra enquanto o Segurado for ocupante de táxi ou veículo particular, ou enquanto o Segurado estiver na condição de pedestre, for atingido ou atropelado por qualquer tipo de veículo motorizado, seja coletivo ou particular, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.**
- 3.2.** Esta cobertura, para Segurados menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.

### 4. RISCOS EXCLUÍDOS

---

- 4.1.** Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais.

## **5. BENEFICIÁRIO**

---

- 5.1.** O Beneficiário é a pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.
- 5.2.** Quando houver mais de um Beneficiário, deverá ser estipulado, no momento da nomeação dos mesmos pelo Segurado, o percentual do Capital Segurado que será destinado a cada um.
- 5.3.** Na falta de Beneficiário nomeado, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente/companheiro(a) e metade aos herdeiros do Segurado, conforme Código Civil.
- 5.4.** Na falta das pessoas acima indicadas serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou de meios para proverem sua subsistência.
- 5.5.** Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

## **6. CAPITAL SEGURADO**

---

- 6.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

## **7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS**

---

- 7.1.** Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.
- 7.2.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 7.3.** Não obstante o estabelecido acima, será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.

## **8. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

---

- 8.1.** Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:
  - a)** Formulário Aviso de Sinistro preenchido e assinado;
  - b)** Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;
  - c)** Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do beneficiário;
  - d)** Cópia autenticada da certidão de óbito do segurado;
  - e)** Cópia autenticada da certidão de nascimento ou casamento do segurado;
  - f)** Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
  - g)** Cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado e beneficiário;
  - h)** Dados bancários completo em nome do beneficiário;

## **9. DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

- 9.1.** Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL VÍTIMA DE CRIME

### 1. OBJETIVO

---

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a Cobertura de Morte Acidental vítima de crime.

### 2. DEFINIÇÕES

---

- 2.1.** Entende-se como Crime a violação culpável da lei penal.
- 2.2.** Além da definição acima serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### 3. GARANTIA

---

- 3.1.** A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura quando ocorrer a morte do segurado decorrente de crime, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.
- 3.2.** Esta cobertura, para Segurados menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.

### 4. RISCOS EXCLUÍDOS

---

- 4.1.** **Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais.**

### 5. BENEFICIÁRIO

---

- 5.1.** O Beneficiário é a pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.
- 5.2.** Quando houver mais de um Beneficiário, deverá ser estipulado, no momento da nomeação dos mesmos pelo Segurado, o percentual do Capital Segurado que será destinado a cada um.
- 5.3.** Na falta de Beneficiário nomeado, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente / companheiro(a) e metade aos herdeiros do Segurado, conforme Código Civil.

- 5.4. Na falta das pessoas acima indicadas serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou de meios para proverem sua subsistência.**
- 5.5. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.**

## **6. CAPITAL SEGURADO**

---

- 6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente (data do crime).**

## **7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS**

---

- 7.1. Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.**
- 7.2. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.**
- 7.3. Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.**

## **8. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

---

- 8.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:**
  - a) Formulário Aviso de Sinistro;**
  - b) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;**
  - c) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do beneficiário;**
  - d) Cópia autenticada da Certidão de óbito;**
  - e) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do segurado;**
  - f) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;**
  - g) Cópia do comprovante de endereço nominal ao beneficiário;**
  - h) Dados bancários completo em nome do beneficiário.**

## **9. DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

- 9.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.**

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL VÍTIMA DE CRIME DOLOSO

### 1. OBJETIVO

---

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Acidentes Pessoais - Coletivo da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a Cobertura de Morte Acidental vítima de crime.

### 2. DEFINIÇÕES

---

- 2.1.** Entende-se como Crime Doloso: quando o agente quis o resultado ou assumiu o risco de produzi-lo.
- 2.2.** Além da definição acima serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### 3. COBERTURAS

---

- 3.1.** A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura quando ocorrer a morte do segurado **decorrente de crime**, doloso, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.
- 3.2.** Esta cobertura, para Segurados menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.

### 4. RISCOS EXCLUÍDOS

---

- 4.1.** **Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais.**

### 5. CAPITAL SEGURADO

---

- 5.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente (data do crime).

## **6. FRANQUIAS E CARÊNCIAS**

---

- 6.1. Não serão aplicadas quaisquer tipo de franquias nesta cobertura.**
- 6.2. Não serão aplicadas quaisquer tipo de carências nesta cobertura.**

## **7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO**

---

- 7.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:**
  - a) Formulário Aviso de Sinistro;**
  - b) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;**
  - c) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do beneficiário;**
  - d) Cópia autenticada da Certidão de óbito;**
  - e) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do segurado;**
  - f) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;**
  - g) Cópia do comprovante de endereço nominal ao beneficiário;**
  - h) Dados bancários completo em nome do beneficiário.**

## **8. DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

- 8.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Acidentes Pessoais - Coletivo da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.**

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL EM CASO DE MORTE

### 1. OBJETIVO

---

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a Cobertura de Auxílio Funeral em caso de morte.

### 2. DEFINIÇÕES

---

- 2.1.** Serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### 3. GARANTIA

---

- 3.1.** A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s), conforme estabelecido no certificado individual de seguro, o reembolso das despesas com funeral quando ocorrer a morte do segurado, por causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.
- 3.2.** O beneficiário poderá optar por prestadores de serviço à sua livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo reembolsado pelas despesas efetuadas até o limite máximo do capital segurado contratado.
- 3.3.** O capital desta cobertura destina-se apenas as despesas com funeral, que no caso de reembolso devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.

### 4. RISCOS EXCLUÍDOS

---

- 4.1.** **Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais.**

### 5. BENEFICIÁRIO

---

- 5.1.** Os beneficiários deste cobertura serão aqueles que provarem que arcaram com as despesas do funeral do segurado.

## **6. CAPITAL SEGURADO**

---

- 6.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do do falecimento do segurado.

## **7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS**

---

- 7.1.** Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.
- 7.2.** Quando forem aplicáveis, as carências estarão fixadas no contrato.
- 7.3.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 7.4.** O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.
- 7.5.** Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.

## **8. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

---

- 8.1.** Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:
- a) Formulário Aviso de Sinistro;
  - b) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;
  - c) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do beneficiário;
  - d) Cópia autenticada da Certidão de óbito do segurado;
  - e) Cópia autenticada da certidão de nascimento ou casamento do segurado; e
  - f) Cópia do comprovante de residência nominal ao segurado e beneficiários;
  - g) Nota(s) fiscal(is) original(is), e respectivo recibo de pagamento correspondente (s) aos gastos com o funeral constando o discriminativo dos serviços prestados.

## **9. DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

- 9.1.** Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL EM CASO DE MORTE ACIDENTAL

### 1. OBJETIVO

---

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a Cobertura de Auxílio Funeral em caso de morte acidental.

### 2. DEFINIÇÕES

---

- 2.1.** Serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### 3. GARANTIA

---

- 3.1.** A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s), conforme estabelecido no certificado individual de seguro, o reembolso das despesas com funeral quando ocorrer a morte do segurado, por causas acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.
- 3.2.** O beneficiário poderá optar por prestadores de serviço à sua livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo reembolsado pelas despesas efetuadas até o limite máximo do capital segurado contratado.
- 3.3.** O capital desta cobertura destina-se apenas as despesas com funeral, que no caso de reembolso devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.

### 4. RISCOS EXCLUÍDOS

---

- 4.1.** **Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais.**

### 5. BENEFICIÁRIO

---

- 5.1.** Os beneficiários deste cobertura serão aqueles que provarem que arcaram com as despesas do funeral do segurado.

## **6. CAPITAL SEGURADO**

---

- 6.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

## **7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS**

---

- 7.1.** Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.
- 7.2.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 7.3.** Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.

## **8. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

---

- 8.1.** Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:
- a) Formulário Aviso de Sinistro;
  - b) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;
  - c) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do beneficiário;
  - d) Cópia autenticada da Certidão de óbito do segurado;
  - e) Nota fiscal original e respectivo recibo de pagamento;
  - f) Cópia autenticada da certidão de nascimento ou casamento do segurado;
  - g) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, quando for o caso;
  - h) Cópia do comprovante de residência nominal ao segurado e beneficiários;
  - i) Laudo de necropsia;
  - j) Laudo de exame alcoólico / toxicológico;
  - k) Nota(s) fiscal(is) original(is), e respectivo recibo de pagamento correspondente (s) aos gastos com o funeral constando o discriminativo dos serviços prestados.

## **9. DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

- 9.1.** Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE CESTA BÁSICA EM CASO DE MORTE

### 1. OBJETIVO

---

- 1.1. Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a Cobertura de cesta básica em caso de morte.

### 2. DEFINIÇÕES

---

- 2.1. Serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### 3. GARANTIA

---

- 3.1. A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de “n” parcelas para aquisição de cestas básicas quando ocorrer a morte do segurado, por causas naturais ou acidentais, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.**
- 3.2. O número e o valor das parcelas a serem pagas estará definida no contrato de seguro.

### 4. RISCOS EXCLUÍDOS

---

- 1.1. **Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais.**

### 5. BENEFICIÁRIO

---

- 5.1. O Beneficiário é a pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.
- 5.2. Quando houver mais de um Beneficiário, deverá ser estipulado, no momento da nomeação dos mesmos pelo Segurado, o percentual do Capital Segurado que será destinado a cada um.
- 5.3. Na falta de Beneficiário nomeado, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente/companheiro(a) e metade aos herdeiros do Segurado, conforme Código Civil.
- 5.4. Na falta das pessoas acima indicadas serão Beneficiários os que dentro de 6 (seis) meses reclamarem o pagamento do Seguro e provarem que a morte do Segurado os privou de meios para proverem sua subsistência.
- 5.5. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

## **6. CAPITAL SEGURADO**

---

- 6.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da morte do segurado.

## **7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS**

---

- 7.1.** Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.
- 7.2.** Quando forem aplicáveis, as carências estarão fixadas no contrato.
- 7.3.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 7.4.** O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.
- 7.5.** Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.

## **8. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

---

- 8.1.** Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:
- a)** Formulário Aviso de Sinistro;
  - b)** Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;
  - c)** Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do beneficiário;
  - d)** Cópia autenticada da Certidão de óbito do segurado;
  - e)** Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do segurado;
  - f)** Cópia do comprovante de residência nominal ao segurado e beneficiários;
  - g)** Dados bancários completos em nome dos beneficiários.

## **9. DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE CESTA BÁSICA EM CASO DE MORTE ACIDENTAL

### 1. OBJETIVO

---

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a Cobertura de cesta básica em caso de morte acidental.

### 2. DEFINIÇÕES

---

- 2.1.** Serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### 3. GARANTIA

---

- 3.1.** A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de “n” parcelas para aquisição de cestas básicas quando ocorrer a morte do segurado, por causas acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.
- 3.2.** O número e o valor das parcelas a serem pagas estará definida no contrato de seguro.

### 4. RISCOS EXCLUÍDOS

---

- 4.1.** **Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais.**

### 5. BENEFICIÁRIO

---

- 5.1.** O Beneficiário é a pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.
- 5.2.** Quando houver mais de um Beneficiário, deverá ser estipulado, no momento da nomeação dos mesmos pelo Segurado, o percentual do Capital Segurado que será destinado a cada um.
- 5.3.** Na falta de Beneficiário nomeado, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente/companheiro(a) e metade aos herdeiros do Segurado, conforme Código Civil.
- 5.4.** Na falta das pessoas acima indicadas serão Beneficiários os que dentro de 6 (seis) meses reclamarem o pagamento do Seguro e provarem que a morte do Segurado os privou de meios para proverem sua subsistência.
- 5.5.** Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

## **6. Capital segurado**

---

- 6.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

## **7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS**

---

- 7.1.** Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.
- 7.2.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 7.3.** Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.

## **8. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

---

- 8.1.** Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:
- a) Formulário Aviso de Sinistro;
  - b) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;
  - c) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do beneficiário;
  - d) Cópia autenticada da Certidão de óbito do segurado;
  - e) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do segurado;
  - f) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
  - g) Cópia do comprovante de residência nominal ao segurado e beneficiários; e
  - h) Dados bancários completos em nome dos beneficiários.

## **9. DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

- 9.1.** Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DESPESAS EXTRAORDINÁRIAS

### 1. OBJETIVO

---

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a Cobertura de despesas extraordinárias em caso de morte.

### 2. DEFINIÇÕES

---

- 2.1.** Serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### 3. GARANTIA

---

- 3.1.** A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de “n” parcelas para o pagamento de despesas extraordinárias quando ocorrer a morte do segurado, por causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.
- 3.2.** O número e o valor das parcelas a serem pagas estará definida no contrato de seguro.

### 4. RISCOS EXCLUÍDOS

---

- 4.1.** **Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais.**

### 5. BENEFICIÁRIO

---

- 5.1.** O Beneficiário é a pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.
- 5.2.** Quando houver mais de um Beneficiário, deverá ser estipulado, no momento da nomeação dos mesmos pelo Segurado, o percentual do Capital Segurado que será destinado a cada um.
- 5.3.** Na falta de Beneficiário nomeado, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente e metade aos herdeiros do Segurado, conforme Código Civil.
- 5.4.** Na falta das pessoas acima indicadas serão Beneficiários os que dentro de 6 (seis) meses reclamarem o pagamento do Seguro e provarem que a morte do Segurado os privou de meios para proverem sua subsistência.
- 5.5.** Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

## **6. CAPITAL SEGURADO**

---

- 6.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da morte do segurado.

## **7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS**

---

- 7.1.** Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.
- 7.2.** Quando forem aplicáveis, as carências estarão fixadas no contrato.
- 7.3.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 7.4.** O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.
- 7.5.** Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.

## **8. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

---

- 8.1.** Em caso de sinistro coberto pelo presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:
- a)** Formulário Aviso de Sinistro preenchido e assinado;
  - b)** Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;
  - c)** Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do beneficiário;
  - d)** Cópia autenticada da Certidão de óbito;
  - e)** Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do segurado;
  - f)** Cópia do comprovante de residência atualizado.

## **9. DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

- 9.1.** Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

### 1. OBJETIVO DO SEGURO

---

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente

### 2. DEFINIÇÕES

---

- 2.1.** Serão utilizadas para esta cobertura as definições do item 2- Definições descritas nas Condições Gerais

### 3. GARANTIA

---

- 3.1.** Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado, caso venha a ficar totalmente inválido em caráter permanente em decorrência direta e exclusiva de acidente coberto durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais.
- 3.2.** Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a “data da ocorrência do evento coberto” será considerada a data do acidente, constatada por meio da análise da documentação apresentada

#### Definição

Invalidez permanente total por acidente é a perda ou impotência funcional definitiva e total, em virtude de lesão física causada por Acidente Pessoal devidamente coberto, para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação pela medicina, tendo em vista os recursos terapêuticos disponíveis no momento.

**Nefrectomia Bilateral: entende-se por Nefrectomia Bilateral a remoção de ambos os rins.**

**Para efeito deste seguro, entende-se como “invalidez permanente total”, os acidentes que resultem em:**

- a) perda total da visão de ambos os olhos;**
- b) perda total do uso de ambos os braços;**
- c) perda total do uso de ambas as pernas;**
- d) perda total do uso de ambas as mãos;**
- e) perda total do uso de um braço e uma perna;**
- f) perda total do uso de uma das mãos e um dos pés;**
- g) perda total do uso de ambos os pés;**
- h) alienação mental total e incurável; e**

- i) nefrectomia bilateral.

#### **4. RISCOS EXCLUÍDOS**

---

**4.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, estarão também excluídos da Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente - IPTA:**

- 4.1.1. **doenças (inclusive as profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de microtraumas de repetição tais como DORT - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, LER - Lesões por Esforços Repetitivos, Tenossinovite etc), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente;**
- 4.1.2. **os envenenamentos, ainda que acidentais;**
- 4.1.3. **quaisquer doenças, inclusive aquelas preexistentes à contratação do seguro, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente coberto, bem como doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
- 4.1.4. **as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal;**
- 4.1.5. **acidentes médicos;**
- 4.1.6. **perda de dentes ou danos estéticos.**

**4.2. Os acidentes ocorridos em consequência:**

- 4.2.1. **da prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, exceto nos casos de utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- 4.2.2. **de acidente ocorrido quando o segurado, não legalmente habilitado, estiver na condução de veículo automotor de qualquer tipo;**
- 4.2.3. **tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza.**

#### **5. BENEFICIÁRIO**

---

- 5.1.** Para esta cobertura o beneficiário será sempre o segurado

## **6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO**

---

- 6.1.** As indenizações por Morte Acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente, quando contratadas ambas as garantias, não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, será deduzida, do valor do Capital Segurado a ser pago, o valor já indenizado em razão da invalidez.

## **7. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ**

---

- 7.1.** O pagamento de qualquer indenização por invalidez permanente total por acidente estará condicionado à constatação de invalidez permanente, ou seja, após conclusão do tratamento do segurado (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente, avaliada quando da alta médica definitiva, com o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s) e mediante diagnóstico médico final a ser apresentado pelo segurado.
- 7.2.** A invalidez permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da seguradora, devendo o segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a invalidez permanente.
- 7.3.** A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.
- 7.4.** No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica. A junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.
- 7.5.** Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado, e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.
- 7.6.** O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.
- 7.7.** Com a indenização por esta condição especial de IPTA o segurado será automaticamente excluído da apólice.

## **8. ÂMBITO GEOGRÁFICO**

---

**8.1.** Este Seguro abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

## **9. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA**

---

**9.1.** A garantia compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início indicado nas condições contratuais do plano de seguro, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta cláusula não integrar o Contrato.

**9.2.** Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Condição Especial termina:

- a)** simultaneamente, com o cancelamento da apólice ou da presente Cláusula;
- b)** a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice;
- c)** com a morte ou invalidez permanente total do Segurado (por acidente ou por doença - em que o segurado recebeu indenização como antecipação da morte).

## **10. PRÊMIO**

---

**10.1.** A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

## **11. FRANQUIAS E CARÊNCIAS**

---

**11.1.** Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.

**11.2.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

**11.3.** Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de invalidez ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.

## **12. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS**

---

**12.1.** Para o recebimento do Capital Segurado ou da Indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato.

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

- 12.3.** A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.
- 12.4.** O valor a ser indenizado ao beneficiário será igual ao valor do capital segurado vigente na data do evento.
- 12.5.** A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:
- a)** Formulário Aviso de Sinistro preenchido e assinado;
  - b)** Documentos pessoais do segurado: R.G ou RNE, CPF, comprovante de residência e telefone;
  - c)** Ficha de Registro de Empregado Atualizada e comprovante de pagamento de salário dos últimos 3 meses (se seguro com vínculo empregatício);
  - d)** Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico;
  - e)** Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (se houver acidente de trânsito e se o Segurado for condutor do veículo acidentado);
  - f)** Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho, cópia do Termo Circunstanciado ou do Boletim de Ocorrência Policial;
- 12.6.** Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.

### **13. DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

- 13.1.** Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

**ANEXO - Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente Total por Acidente.**

No caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, desde que a mesma seja de caráter definitivo, a seguradora pagará ao segurado uma indenização de acordo com a seguinte tabela:

<b>TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE</b>	
<b>Discriminação</b>	<b>% sobre Importância Segurada</b>
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia bilateralv	100

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE EM TRANSPORTE COLETIVO

### 1. OBJETIVO

---

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a Cobertura de **Invalidez Permanente Total por Acidente em Transporte Coletivo.**

### 2. DEFINIÇÕES

---

- 2.1. Transporte coletivo:** o transporte em qualquer aeronave, ônibus, trem, navio, metrô ou qualquer outro tipo de transporte público mediante pagamento de passagens sendo este transporte fornecido e operado por uma empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas.
- 2.2.** Além da definição acima serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### 3. GARANTIA

---

- 3.1.** A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao segurado o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura de acordo com a tabela do item 3.4, no caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva e total de um membro ou órgão do Segurado, atestada por profissional legalmente habilitado, em virtude de lesão física causada por **causas acidentais e desde que o acidente ocorra enquanto o Segurado for passageiro, em algum tipo de transporte coletivo, fornecido e operado por uma empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas por terra, água ou ar, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.**
- 3.2.** A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito a indenização por **Invalidez Permanente Total por Acidente em Transporte Coletivo.**
- 3.3.** A **Invalidez Permanente Total por Acidente em Transporte Coletivo** deve ser comprovada através de declaração médica.
- 3.4.** Comprovada a **Invalidez Permanente Total por Acidente em Transporte Coletivo** através de declaração médica, a Seguradora deve pagar ao Segurado uma Indenização, de acordo com a seguinte tabela:

**TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE  
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE**

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

- 3.5.** A perda ou maior redução funcional de membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, desde que previamente declarado pelo Segurado, dará direito a uma indenização, deduzindo-se no cálculo, do grau de Invalidez definitiva, o grau de Invalidez preexistente.

#### **4. RISCOS EXCLUÍDOS**

- 4.1.** Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais.

#### **5. BENEFICIÁRIO**

- 5.1.** O Beneficiário é a pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.
- 5.2.** Quando houver mais de um Beneficiário, deverá ser estipulado, no momento da nomeação dos mesmos pelo Segurado, o percentual do Capital Segurado que será destinado a cada um.
- 5.3.** Na falta de Beneficiário nomeado, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente e metade aos herdeiros do Segurado, conforme Código Civil.
- 5.4.** Na falta das pessoas acima indicadas serão Beneficiários os que dentro de 6 (seis) meses reclamarem o pagamento do Seguro e provarem que a invalidez do Segurado os privou de meios para proverem sua subsistência.
- 5.5.** Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

## **6. CAPITAL SEGURADO**

---

- 6.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

## **7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS**

---

- 7.1.** Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.
- 7.2.** Quando forem aplicáveis, as carências estarão fixadas no contrato.
- 7.3.** Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de invalidez ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.

## **8. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

---

- 8.1.** Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:
- a) Formulário Aviso de Sinistro preenchido e assinado;
  - b) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;
  - c) Relatório médico definitivo com descrição da lesão e confirmação de Invalidez Permanente Total por Acidente em Transporte Coletivo;
  - d) Cópia autenticada da certidão de nascimento ou casamento do segurado;
  - e) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
  - f) Cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado; e
  - g) Dados bancários completo em nome do segurado.

## **9. DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

- 9.1.** Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE EM VEÍCULOS PARTICULARES, TÁXIS OU PEDESTRES

### 1. OBJETIVO

---

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a Cobertura de **Invalidez Permanente Total por Acidente em Veículos Particulares, Táxis ou Pedestres.**

### 2. DEFINIÇÕES

---

- 2.1.** Entende-se por Veículo particular qualquer veículo motorizado de quatro ou mais rodas não enquadrado na categoria de transporte coletivo.
- 2.2.** Entende-se por transporte coletivo o transporte em qualquer aeronave, ônibus, trem, navio, metrô ou qualquer outro tipo de transporte público mediante pagamento de passagens sendo este transporte fornecido e operado por uma empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas.
- 2.3.** Além da definição acima serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### 3. GARANTIA

---

- 3.1.** A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura de acordo com a tabela do item 3.4, no caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva e total de um membro ou órgão do Segurado, após conclusão do tratamento médico ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, atestada por profissional legalmente habilitado em virtude de lesão física por causas acidentais e **desde que o acidente ocorra enquanto o Segurado for ocupante de taxi ou de algum tipo de veículo particular ou for atingido ou atropelado por qualquer tipo de veículo motorizado, seja coletivo ou particular**, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.
- 3.2.** **A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito a indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente em Veículos Particulares, Táxis ou Pedestres.**
- 3.3.** **A Invalidez Permanente Total por Acidente em Veículos Particulares, Táxis ou Pedestres** deve ser comprovada através de declaração médica.
- 3.4.** Comprovada a **Invalidez Permanente Total por Acidente em Veículos Particulares, Táxis ou Pedestres** através de declaração médica, a Seguradora deve pagar ao Segurado uma Indenização, de acordo com a seguinte tabela:

**TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE EM VEÍCULOS PARTICULARES, TÁXIS OU PEDESTRES**

Discriminação	% sobre Importância Segurada
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia Bilateral	100

- 3.5.** A perda ou maior redução funcional de membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, desde que previamente declarado pelo Segurado, dará direito a uma indenização, deduzindo-se no cálculo, do grau de Invalidez definitiva, o grau de Invalidez preexistente.

#### **4. RISCOS EXCLUÍDOS**

- 4.1.** Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais.

#### **5. BENEFICIÁRIO**

- 5.1.** O Beneficiário da garantia de Invalidez Permanente Total por Acidente em Veículos Particulares, Táxis ou Pedestres será o próprio Segurado.

#### **6. CAPITAL SEGURADO**

- 6.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

## **7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS**

---

- 7.1. Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.**
- 7.2. Quando forem aplicáveis, as carências estarão fixadas no contrato.**
- 7.3. Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de invalidez ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.**

## **8. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

---

- 8.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:**
  - a) Formulário Aviso de Sinistro preenchido e assinado;**
  - b) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;**
  - c) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do segurado;**
  - d) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado;**
  - e) Relatório médico definitivo com descrição da lesão e confirmação de Invalidez Permanente Total por Acidente em Veículos Particulares, Táxis ou Pedestres;**
  - f) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, quando for o caso;**
  - g) Cópia autenticada da CNH do segurado (caso o mesmo tenha sido o condutor);**
  - h) Cópia autenticada do CAT - Comunicado de Acidente de Trabalho (para o caso de acidente na empresa);**
  - i) Cópia autenticada do Laudo de Levantamento do Local de Acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística (se houver);**
  - j) Cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico;**
  - k) Cópia autenticada do Resultado do Exame de Dosagem Alcoólica;**
  - l) Original do RX das Lesões e Exames Realizados;**
  - m) Dados bancários completo em nome do segurado.**
- 8.2. Além dos documentos relacionados acima, a Seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.**

## **9. DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

- 9.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.**

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE VÍTIMA DE CRIME

### 1. OBJETIVO

---

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente Vítima de Crime.

### 2. DEFINIÇÕES

---

- 2.1.** Entende-se como Crime a violação culpável da lei penal.
- 2.2.** Além da definição acima serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### 3. GARANTIA

---

- 3.1.** A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura de acordo com a tabela do item 3.4, no caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva e total de um membro ou órgão do Segurado, atestada por profissional legalmente habilitado, em virtude de lesão física causada por causas acidentais **decorrentes de crime**, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.
- 3.2.** A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente decorrente de crime, não dão direito a indenização por Invalidez Permanente total por Acidente Vítima de Crime.
- 3.3.** A Invalidez Permanente total por Acidente Vítima de Crime deve ser comprovada através de declaração médica.
- 3.4.** Comprovada a Invalidez Permanente Total através de declaração médica, a Seguradora deve pagar ao beneficiário uma Indenização, de acordo com a seguinte tabela:

**TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE**

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

- 3.5.** A perda ou maior redução funcional de membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, desde que previamente declarado pelo Segurado, dará direito a uma indenização, deduzindo-se no cálculo, do grau de Invalidez definitiva, o grau de Invalidez preexistente.

**4. RISCOS EXCLUÍDOS**

- 4.1.** Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais.

**5. BENEFICIÁRIO**

- 5.1.** O beneficiário desta cobertura é o próprio segurado.

**6. CAPITAL SEGURADO**

- 6.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente (data do crime).

**7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS**

- 7.1.** Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.
- 7.2.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

## **8. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

---

- 8.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:**
- a) Formulário Aviso de Sinistro preenchido e assinado;**
  - b) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;**
  - c) Relatório médico original com descrição da lesão e o grau de invalidez total e permanente, e todos os exames realizados que comprovem o fato;**
  - d) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do segurado;**
  - e) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;**
  - f) Cópia do comprovante de endereço nominal ao beneficiário;**
  - g) Dados bancários completo em nome do beneficiário.**

## **9. DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

- 9.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.**

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE VÍTIMA DE CRIME DOLOSO

### 1. OBJETIVO

---

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Acidentes Pessoais - Coletivo da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente Vítima de Crime Doloso.

### 2. DEFINIÇÕES

---

- 2.1.** Entende-se como Crime Doloso: quando o agente quis o resultado ou assumiu o risco de produzi-lo.
- 2.2.** Além da definição acima serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### 3. COBERTURAS

---

- 3.1.** A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura de acordo com a tabela do item 3.4, no caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva e total de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto **decorrentes de crime**, doloso, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.
- 3.2.** A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente decorrente de crime, não dão direito a indenização por Invalidez Permanente total por Acidente Vítima de Crime.
- 3.3.** A Invalidez Permanente total por Acidente Vítima de Crime deve ser comprovada através de declaração médica.
- 3.4.** 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 sociedade seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos nas condições gerais e/ou especiais do seguro.
- 3.5.** Comprovada a Invalidez Permanente Total através de declaração médica, a Seguradora deve pagar ao beneficiário uma Indenização, de acordo com a seguinte tabela:

**TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE**

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

- 3.6.** A perda ou maior redução funcional de membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, desde que previamente declarado pelo Segurado, dará direito a uma indenização, deduzindo-se no cálculo, do grau de Invalidez definitiva, o grau de Invalidez preexistente.

**4. RISCOS EXCLUÍDOS**

- 4.1.** Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais.

**5. BENEFICIÁRIO**

- 5.1.** O beneficiário desta cobertura é o próprio segurado.

**6. CAPITAL SEGURADO**

- 6.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente (data do crime).

**7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS**

- 7.1.** Não serão aplicadas quaisquer tipo de franquias nesta cobertura.
- 7.2.** Não serão aplicadas quaisquer tipo de carências nesta cobertura.

## **8. DA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO**

---

- 8.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:**
- a) Formulário Aviso de Sinistro preenchido e assinado;**
  - b) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;**
  - c) Relatório médico original com descrição da lesão e o grau de invalidez total e permanente, e todos os exames realizados que comprovem o fato;**
  - d) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do segurado;**
  - e) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;**
  - f) Cópia do comprovante de endereço nominal ao beneficiário;**
  - g) Dados bancários completo em nome do beneficiário;**

## **9. DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

- 9.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Acidentes Pessoais - Coletivo da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.**

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE CESTA BÁSICA EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

### 1. OBJETIVO

---

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de cesta básica em caso de invalidez permanente total por acidente.

### 2. DEFINIÇÕES

---

- 2.1.** Serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### 3. GARANTIA

---

- 3.1.** A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado para esta cobertura em “n” parcelas para aquisição de cestas básicas quando ocorrer a perda, redução ou impotência funcional definitiva e total de um membro ou órgão do Segurado, atestada por profissional legalmente habilitado, em virtude de lesão física causada por causas acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.
- 3.2.** **A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito a indenização por Invalidez Permanente total por Acidente.**
- 3.3.** **A Invalidez Permanente total por Acidente deve ser comprovada através de declaração médica.**
- 3.4.** Comprovada a Invalidez Permanente Total através de declaração médica, a Seguradora deve pagar ao próprio Segurado uma Indenização, de acordo com a seguinte tabela:

**TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE**

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

- 3.5.** A perda ou maior redução funcional de membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, desde que previamente declarado pelo Segurado, dará direito a uma indenização, deduzindo-se no cálculo, do grau de Invalidez definitiva, o grau de Invalidez preexistente.

**4. RISCOS EXCLUÍDOS**

- 4.1.** Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais.

**5. BENEFICIÁRIO**

- 5.1.** O beneficiário desta cobertura é o próprio segurado.

**6. CAPITAL SEGURADO**

- 6.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

**7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS**

- 7.1.** Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.
- 7.2.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 7.3.** Não obstante o descrito acima, será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de invalidez ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida,

**suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.**

## **8. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

---

- 8.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:**
- a) Formulário Aviso de Sinistro preenchido e assinado;**
  - b) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;**
  - c) Relatório médico definitivo com descrição da lesão e confirmação de invalidez total e permanente;**
  - d) Cópia autenticada da certidão de nascimento ou casamento do segurado;**
  - e) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, quando for o caso;**
  - f) Cópia do comprovante de residência nominal ao segurado.**

## **9. DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

- 9.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.**

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

### 1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, que garante antecipação de 100% do capital segurado da garantia de morte.

### 2. DEFINIÇÕES

- 2.1.** Além das definições do item 2 - Definições descritas nas Condições Gerais serão utilizadas para esta Condição Especial:
- 2.1.1. Agravo Mórbido:** piora de uma doença.
  - 2.1.2. Alienação Mental:** distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.
  - 2.1.3. Aparelho Locomotor:** conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.
  - 2.1.4. Atividade Laborativa:** qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.
  - 2.1.5. Auxílio:** a ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
  - 2.1.6. Ato Médico:** procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
  - 2.1.7. Cardiopatia Grave:** doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.
  - 2.1.8. Cognição:** conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento, etc.
  - 2.1.9. Conectividade com a Vida:** capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.
  - 2.1.10. Consumpção:** definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
  - 2.1.11. Dados Antropométricos:** no caso da garantia de Invalidez por Doença - Funcional, o peso e a altura do Segurado.

- 2.1.12. **Deambular:** ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.
- 2.1.13. **Declaração Médica:** documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
- 2.1.14. **Deficiência Visual:** qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
- 2.1.15. **Disfunção Imunológica:** incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 2.1.16. **Doença Crônica:** doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 2.1.17. **Doença Crônica em Atividade:** doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 2.1.18. **Doença Crônica de Caráter Progressivo:** doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 2.1.19. **Doença em Estágio Terminal:** aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
- 2.1.20. **Doença Neoplásica Maligna Ativa:** crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.
- 2.1.21. **Doença do Trabalho:** Aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida através de perícia médica previdenciária, onde há confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).
- 2.1.22. **Estados Conexos:** representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
- 2.1.23. **Etiologia:** causa de cada doença.
- 2.1.24. **Fatores de Risco e Morbidade:** aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- 2.1.25. **Hígido:** saudável.
- 2.1.26. **Médico Assistente:** médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
- 2.1.27. **Prognóstico:** juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 2.1.28. **Quadro Clínico:** conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

- 2.1.29. **Recidiva:** reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 2.1.30. **Refratariedade Terapêutica:** incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.
- 2.1.31. **Relações autonômicas:** entende-se como pleno exercício das relações autonômicas de um indivíduo, a capacidade que o mesmo tem de desempenhar todas as suas atividades e funções físicas, mentais e fisiológicas independente de qualquer ajuda.
- 2.1.32. **Relações existenciais:** aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- 2.1.33. **Sentido de Orientação:** faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.
- 2.1.34. **Sequela:** qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 2.1.35. **Transferência Corporal:** capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

### 3. GARANTIA

---

- 3.1. A presente condição especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao segurado o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura quando ocorrer a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença do segurado, consequente de doença que cause a Perda de sua Existência Independente, sob critérios devidamente especificados no item 4 – Riscos Cobertos, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta condição especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.
- 3.2. A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado. Este quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados **no item 12 – Regulação e Liquidação de Sinistros** destas Condições Especiais.

### 4. Riscos cobertos

---

- 4.1. Considera-se “risco coberto” a ocorrência, comprovada de acordo com os critérios vigentes à época da regulação do sinistro e atestados por um médico legalmente habilitado, de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes exclusivamente de doenças:
  - a) doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
  - b) doenças neoplásicas malignas ativas sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;

- c)** doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
  - d)** alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
  - e)** doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou no sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
  - f)** doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
  - g)** deficiência visual, decorrente de doença:
    - cegueira na qual a acuidade visual for igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
    - baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
    - casos nos quais o somatório da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou
    - ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
  - h)** doença evoluída sob o estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por um médico legalmente habilitado; e
  - i)** os seguintes estados mórbidos decorrentes de doença:
    - perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
    - perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
    - perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.
- 4.2.** Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados por meio de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF – Anexo, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.
- 4.3.** O IAIF - Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional é composto por dois documentos. O primeiro, Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e Estados Conexos, avalia, por meio de escalas com 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).
- 4.4.** O 1º (primeiro) grau de cada atributo descreve situações que caracterizam independência do segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.
- 4.5.** Para a classificação no 2º (segundo) ou no 3º (terceiro) grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

- 4.6. Todos os atributos constantes no primeiro documento serão obrigatoriamente avaliados e pontuados.
- 4.7. O segundo documento, Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Riscos e de Morbidade, valoriza cada uma das situações ali previstas.
- 4.8. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que houver o reconhecimento da situação descrita.

## **5. RISCOS EXCLUÍDOS**

---

- 5.1. **Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, estarão também excluídos da cobertura de Invalidez Funcional Permanente por Doença - IFPD, ainda que redundando em Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Funções Autônomicas do Segurado, com perda da sua Existência Independente, os abaixo especificados:**
  - 5.1.1. **a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;**
  - 5.1.2. **os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional;**
  - 5.1.3. **a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo;**

## **6. FRANQUIAS E CARÊNCIAS**

---

- 6.1. **Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.**
- 6.2. **Quando forem aplicáveis, carências estarão fixadas no contrato.**
- 6.3. **Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.**
- 6.4. **O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.**
- 6.5. **Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de invalidez ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.**

## **7. BENEFICIÁRIO**

---

- 7.1. Para esta cobertura o beneficiário será sempre o segurado.

## **8. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ**

---

- 8.1. O pagamento de qualquer indenização por invalidez permanente total por acidente estará condicionado à constatação de invalidez permanente, ou seja, após conclusão do tratamento do segurado (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente, avaliada quando da alta médica definitiva, com o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s) e mediante diagnóstico médico final a ser apresentado pelo segurado.**
- 8.2. A invalidez permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da seguradora, devendo o segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a invalidez permanente.**
- 8.3. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.**
- 8.4. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica. A junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.**
- 8.5. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado, e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.**
- 8.6. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.**
- 8.7. Com a indenização por esta condição especial de IFPD o segurado será automaticamente excluído da apólice.**

## **9. ÂMBITO GEOGRÁFICO**

---

- 9.1. Este Seguro abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.**

## **10. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA**

---

- 10.1. A garantia compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início indicado nas condições contratuais do plano de seguro, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta cláusula não integrar o Contrato.**

- 10.2.** Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Condição Especial termina:
- 10.2.1. simultaneamente, com o cancelamento da apólice ou da presente Cláusula;
  - 10.2.2. a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice;
  - 10.2.3. desde que efetivamente comprovada, por ser a garantia de Invalidez por Doença Funcional uma antecipação da garantia básica (morte), seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a garantia para o caso de morte, bem como o presente seguro.
- 10.3.** Não restando caracterizada a Invalidez por Doença do tipo funcional, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, do Contrato e/ou Apólice, sem qualquer devolução de prêmios.

## **11. PRÊMIO**

---

- 11.1.** A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

## **12. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS**

---

- 12.1.** A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada na Declaração Médica devidamente assinada por médico assistente.
- 12.2.** A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será consignada por médico que esteja assistindo ao segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, será estabelecida por meio da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.
- 12.3.** Do Aviso de Sinistro deve constar a Declaração Médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.
- 12.4.** Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante definido no item 4 - RISCOS COBERTOS
- 12.5.** Ao Aviso de Sinistro devem ser anexados:
- a) cópia do RG ou RNE, CPF e comprovante de residência e telefone do segurado;

- b) **relatório do médico-assistente do segurado:**
- **Indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta tiver sido oficialmente diagnosticada; e**
  - **Detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autônômicas do segurado.**
- c) **documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.**

**12.6. Protocolado o Aviso de Sinistro, a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para se manifestar sobre o reconhecimento da invalidez e o pagamento do respectivo capital segurado.**

**12.7. Será facultada à seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. Neste caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e reiniciada na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**

**12.8. Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anteriormente à data do sinistro.**

**12.9. O segurado se compromete a se submeter à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico.**

### **13. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO**

---

**13.1.** As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez por Doença do tipo Funcional são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante. As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagar o Capital Segurado.

### **14. DATA DO EVENTO**

---

**14.1.** Considera-se data do evento para fins de caracterização da existência de cobertura e para fins de cálculo do capital segurado:

- 14.1.1. a data indicada na Declaração Médica, como sendo a data a partir da qual a evolução do quadro de saúde do segurado passou a enquadrar-se na pontuação da Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos igual ou superior a 60 pontos

## **15. NÃO RECONHECIMENTO DA IFPD**

---

### **15.1. O NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA**

**15.2.** A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

**15.3.** A seguradora reserva-se o direito de não reconhecer como Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença os quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

## **16. PERÍCIA MÉDICA**

---

**16.1.** A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.

**16.2.** A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.

## **17. DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

**17.1.** Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

**ANEXO - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF**

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

ATRIBUTOS (DESVANTAGENS)	ESCALAS (GRADUAÇÃO)	VALORAÇÃO (PONTOS)
<b>RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO</b>	<p><b>1º GRAU:</b> O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SEM SUPERVISÃO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR?</p>	<b>0</b>
	<p><b>2º GRAU:</b> O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE ASSISTÊNCIA À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E OU DÉFICIT COGNITIVO?</p>	<b>10</b>
	<p><b>3º GRAU:</b> O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL?</p>	<b>20</b>

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

ATRIBUTOS (DESVANTAGENS)	ESCALAS (GRADUAÇÃO)	VALORAÇÃO (PONTOS)
<p><b>CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO</b></p>	<p><b>1º GRAU:</b> O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS?</p>	<p><b>0</b></p>
	<p><b>2º GRAU:</b> O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO?</p>	<p><b>10</b></p>
	<p><b>3º GRAU:</b> O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO ASSISTÊNICA E/OU AUXÍLIO TÉCNICO?</p>	<p><b>20</b></p>

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

ATRIBUTOS (DESVANTAGENS)	ESCALAS (GRADUAÇÃO)	VALORAÇÃO (PONTOS)
<b>CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA</b>	<p><b>1º GRAU:</b> O SEGURADO REALIZA, SEM ASSISTÊNCIA, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTO-SUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS?</p>	<b>0</b>
	<p><b>2º GRAU:</b> O SEGURADO NECESSITA DE ASSISTÊNCIA E/OU AUXÍLIO TÉCNICO EVENTUAIS PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES)?</p>	<b>10</b>
	<p><b>3º GRAU:</b> O SEGURADO NECESSITA DE ASSISTÊNCIA MANTIDA PARA AS ATIVIDADES DIÁRIAS DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS?</p>	<b>20</b>

**TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE**

<b>DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS</b>	<b>VALORAÇÃO (PONTOS)</b>
A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E/OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40 (QUARENTA)?	<b>2</b>
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO?	<b>2</b>
HÁ CURSO DE RECIDIVA E/OU PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E/OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNE?	<b>4</b>
EXISTEM MAIS DE 2 (DOIS) FATORES AGRAVANTES DE RISCO E/OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE?	<b>4</b>
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E/OU DE SUPORTE À SOBREVIVÊNCIA E OU REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA?	<b>8</b>

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

### 1. OBJETIVO DO SEGURO

---

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

### 2. DEFINIÇÕES

---

- 2.1.** Serão utilizadas para esta cobertura as definições do item 2- Definições descritas nas Condições Gerais

### 3. GARANTIA

---

- 3.1.** Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado, caso venha a ficar total ou parcialmente inválido em caráter permanente em decorrência direta e exclusiva de acidente coberto durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais.
- 3.2.** Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a “data da ocorrência do evento coberto” será considerada a “data do acidente”, constatada por meio da análise da documentação apresentada

### 4. RISCOS EXCLUÍDOS

---

- 4.1.** Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, estarão também excluídos da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente - IPA:
- 4.1.1.** doenças (inclusive as profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de microtraumas de repetição tais como DORT - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, LER - Lesões por Esforços Repetitivos, Tenossinovite etc), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente;
- 4.1.2.** os envenenamentos, ainda que acidentais;
- 4.1.3.** quaisquer doenças, inclusive aquelas preexistentes à contratação do seguro, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente coberto, bem como doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;

- 4.1.4. **as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal;**
- 4.1.5. **acidentes médicos,**
- 4.1.6. **perda de dentes ou danos estéticos;**
- 4.2. **Os acidentes ocorridos em consequência:**
  - 4.2.1. **da prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, exceto nos casos de utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
  - 4.2.2. **de acidente ocorrido quando o segurado, não legalmente habilitado, estiver na condução de veículo automotor de qualquer tipo;**
  - 4.2.3. **tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**

## **5. REINTEGRAÇÃO**

---

- 5.1. Após cada evento em que houver uma indenização por Invalidez Permanente Parcial por Acidente, o Capital Segurado relativo a esta garantia será reintegrado automaticamente sem cobrança de prêmio adicional.

## **6. BENEFICIÁRIO**

---

- 6.1. Para esta cobertura o beneficiário será sempre o segurado

## **7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS**

---

- 7.1. **Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.**
- 7.2. **Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.**
- 7.3. **Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de invalidez ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.**

## **8. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO**

---

- 8.1. As indenizações por Morte Acidental e Invalidez Permanente por Acidente, quando contratadas ambas as garantias, não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente por Acidente, verificar-se a morte do Segurado, em consequência do mesmo acidente, será deduzida, do valor do Capital Segurado a ser pago, o valor já indenizado em razão da Invalidez Parcial por Acidente.

## 9. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ

---

- 9.1.** O pagamento de qualquer indenização por invalidez permanente por acidente, seja total ou parcial, estará condicionado à constatação de invalidez permanente, ou seja, após conclusão do tratamento do segurado (ou esgotados os recursos terapêuticos para sua recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente, avaliada quando da alta médica definitiva, com o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s) e mediante diagnóstico médico final a ser apresentado pelo segurado.
- 9.2.** No caso de invalidez parcial por acidente, não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, o valor da indenização por perda parcial será calculado pela aplicação do grau de redução funcional apresentado à porcentagem para sua perda total prevista na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente.
- 9.3.** Na falta de indicação do percentual de redução, sendo o grau classificado como máximo, médio ou mínimo, a indenização proporcional será calculada com base nos índices 75 (setenta e cinco), 50 (cinquenta) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente, aplicados sobre a mesma Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente.
- 9.4.** Quando, de um mesmo acidente, resultar invalidez em mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se os percentuais estabelecidos para cada um, conforme Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, sendo que o total da indenização não poderá ultrapassar 100% (cem por cento) do capital segurado para invalidez permanente total ou parcial por acidente.
- 9.5.** Havendo duas ou mais lesões parciais em um mesmo membro ou órgão, o somatório das indenizações não poderá exceder o total previsto na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, caso houvesse a perda completa desse membro.
- 9.6.** Em todos os casos de invalidez parcial não especificados na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, a indenização será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.
- 9.7.** A invalidez permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da seguradora, devendo o segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a invalidez permanente.
- 9.8.** A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.
- 9.9.** No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica. A junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e

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

- 9.10.** Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado, e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.
- 9.11.** O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.
- 9.12.** Caso haja o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado de IPA, o segurado será automaticamente excluído da apólice.

## **10. ÂMBITO GEOGRÁFICO**

---

- 10.1.** Este Seguro abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

## **11. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA**

---

- 11.1.** A garantia compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início indicado nas condições contratuais do plano de seguro, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta cláusula não integrar o Contrato.
- 11.2.** Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Condição Especial termina:
  - 11.2.1.** simultaneamente, com o cancelamento da apólice ou da presente Cláusula;
  - 11.2.2.** a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice;
  - 11.2.3.** com a morte ou invalidez permanente total do Segurado (por acidente ou por doença - **em que o segurado recebeu indenização como antecipação da morte**).

## **12. PRÊMIO**

---

- 12.1.** A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

## **13. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS**

---

- 13.1.** Para o recebimento do Capital Segurado ou da Indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato.
- 13.2.** As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.
- 13.3.** A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.

- 13.4.** O valor a ser indenizado ao beneficiário será igual ao valor do capital segurado vigente na data do evento.
- 13.5.** A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:
- a) Formulário Aviso de Sinistro preenchido e assinado;**
  - b) Documentos pessoais do segurado: R.G ou RNE, CPF, comprovante de residência e telefone;**
  - c) Ficha de Registro de Emprego Atualizada e comprovante de pagamento de salário dos últimos 3 meses (se seguro com vínculo empregatício);**
  - d) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico;**
  - e) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (se houver acidente de trânsito e se o Segurado for condutor do veículo acidentado);**
  - f) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho, cópia do Termo Circunstanciado ou do Boletim de Ocorrência Policial;**
  - g) Laudo ou Relatório do médico assistente**
  - h) Relatório do médico assistente, com firma reconhecida, informando:**
    - **Diagnóstico**
    - **Data da alta definitiva**
    - **Tratamento usado**
    - **Percentual de redução funcional apresentado em decorrência do acidente**
- 13.6.** Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.
- 13.7.** A documentação listada acima não é restritiva. A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos que se façam necessários, durante o processo de análise do sinistro, para sua completa liquidação.

## **14. DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

- 14.1.** Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

**ANEXO - Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente.**

No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, desde que a mesma seja de caráter definitivo, a seguradora pagará ao segurado uma indenização de acordo com a seguinte tabela:

<b>TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ POR ACIDENTE</b>	
<b>DISCRIMINAÇÃO</b>	<b>% sobre o capital segurado</b>
<b>INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL</b>	
Perda total de visão de ambos os olhos	<b>100</b>
Perda total do uso de ambos os membros superiores	<b>100</b>
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	<b>100</b>
Perda total do uso se ambas as mãos	<b>100</b>
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	<b>100</b>
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	<b>100</b>
Perda total do uso de ambos os pés	<b>100</b>
Alienação mental total e incurável	<b>100</b>
Nefrectomia bilateral	<b>100</b>
<b>INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL (DIVERSAS)</b>	
Perda total da visão de um olho	<b>30</b>
Perda total de a visão de um olho, quando o segurado já não tiver a visão do outro olho	<b>70</b>
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	<b>40</b>
Surdez total incurável de um dos ouvidos	<b>20</b>
Mudez incurável	<b>50</b>
Fratura não consolidada do maxilar inferior	<b>20</b>
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	<b>20</b>
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	<b>25</b>

<b>INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE MEMBROS SUPERIORES</b>	
Perda total de uso de um dos membros superiores	<b>70</b>
Perda total do uso de uma das mãos	<b>60</b>
Fratura não consolidada de um dos úmeros	<b>50</b>
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	<b>30</b>
Aquiloze total de um dos ombros	<b>25</b>
Aquiloze total de um dos cotovelos	<b>25</b>
Aquiloze total de um dos punhos	<b>20</b>
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	<b>25</b>
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	<b>18</b>
Perda total do uso da falange distal do polegar	<b>9</b>
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	<b>15</b>
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	<b>12</b>
Perda total do uso de um dos dedos anulares	<b>9</b>
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar, indenização do equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
<b>INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE MEMBROS INFERIORES</b>	
Perda total do uso de um dos membros inferiores	<b>70</b>
Perda total do uso de um dos pés	<b>50</b>
Fratura não consolidada de um fêmur	<b>50</b>
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-fibulares	<b>25</b>
Fratura não consolidada da patela	<b>20</b>
Fratura não consolidada de um pé	<b>20</b>
Anquiloze total de um dos joelhos	<b>20</b>
Anquiloze total de um dos tornozelos	<b>20</b>
Anquiloze total de um quadril	<b>20</b>
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos de uma parte do mesmo pé	<b>25</b>

Amputação do 1º (primeiro) dedo	<b>10</b>
Amputação de qualquer dedo	<b>3</b>
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente 1/2, e dos demias dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
Encurtamento de um dos membros inferiores	
de 5 (cinco) centímetros ou mais	<b>15</b>
de 4 (quatro) centímetros ou mais	<b>10</b>
de 3 (três) centímetros	<b>6</b>
menos de 3(três) centímetros: sem indenização	
<b>PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA</b>	
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	
<b>DIVERSAS</b>	
<b>MANDÍBULA</b>	
Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
- Em grau mínimo	<b>10</b>
- Em grau médio	<b>20</b>
- Em grau máximo	<b>30</b>
<b>NARIZ</b>	
Perda total do nariz	<b>25</b>
Perda total do olfato	<b>7</b>
Perda do olfato com alterações gustativas	<b>10</b>
<b>APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO</b>	
Diplopia	<b>15</b>

<b>LESÕES DAS VIAS LACRIMAIS:</b>	
Unilateral	<b>7</b>
Unilateral com fístulas	<b>15</b>
Bilateral	<b>14</b>
Bilateral com fístulas	<b>25</b>
<b>DIVERSAS</b>	
<b>LESÕES DA PÁLPEBRA:</b>	
Ectrópio Unilateral	<b>3</b>
Ectrópio Bilateral	<b>6</b>
Entrópio Unilateral	<b>7</b>
Entrópio Bilateral	<b>14</b>
Má oclusão palpebral Unilateral	<b>3</b>
Má oclusão palpebral Bilateral	<b>6</b>
Ptose palpebral Unilateral	<b>5</b>
Ptose palpebral Bilateral	<b>10</b>
<b>APARELHO DA FONAÇÃO</b>	
Perda de substância (palato mole e duro)	<b>15</b>
Amputação Total da Língua	<b>50</b>
Parcial - menos de 50% (cinquenta por cento)	<b>15</b>
- mais de 50% (cinquenta por cento)	<b>30</b>
<b>SISTEMA AUDITIVO</b>	
Perda total de uma orelha	<b>8</b>
Perda total das duas orelhas	<b>6</b>
<b>APARELHO URINÁRIO</b>	
Perda de um rim, com rim remanescente com função preservada	<b>30</b>
Redução da Função renal não dialítica	<b>50</b>
Redução da Função renal dialítica	<b>75</b>

Retenção crônica de urina (sondagens vesicais obrigatórias)	<b>15</b>
Cistostomia definitiva	<b>30</b>
Incontinência urinária permanente	<b>30</b>
<b>APARELHO GENITAL E REPRODUTOR</b>	
Perda de um testículo	<b>5</b>
Perda de dois testículos	<b>15</b>
Amputação traumática do pênis	<b>40</b>
Perda de um ovário	<b>5</b>
Perda de dois ovários	<b>15</b>
Perda do útero antes da menopausa	<b>30</b>
Perda do útero depois da menopausa	<b>10</b>
<b>PESCOÇO</b>	
Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	<b>15</b>
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	<b>15</b>
Traqueostomia definitiva	<b>40</b>
Paralisia de uma corda vocal	<b>10</b>
Paralisia de duas cordas vocais	<b>30</b>
<b>APARELHO RESPIRATÓRIO</b>	
Sequelas pós-traumáticas pleurais	<b>10</b>
<b>Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):</b>	
- com função respiratória preservada	<b>15</b>
- com redução em grau mínimo da função respiratória	<b>25</b>
- com redução em grau médio da função respiratória	<b>50</b>
- com insuficiência respiratória	<b>75</b>

<b>MAMAS (FEMININAS)</b>	
Mastectomia unilateral	<b>10</b>
Mastectomia bilateral	<b>20</b>
<b>ABDOMEM (VÍSCERAS)</b>	
Gastrectomia subtotal	<b>20</b>
Gastrectomia total	<b>40</b>
Perda do baço (esplenectomia)	<b>15</b>
<b>INTESTINO DELGADO</b>	
Ressecção parcial	<b>20</b>
Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	<b>40</b>
<b>INTESTINO GROSSO</b>	
Colectomia parcial	<b>20</b>
Colectomia total	<b>40</b>
Colostomia definitiva	<b>40</b>
<b>RETO E ÂNUS</b>	
Incontinência fecal sem prolapso	<b>30</b>
Incontinência fecal com prolapso	<b>50</b>
Retenção anal	<b>10</b>
<b>FÍGADO</b>	
Lobectomia hepática sem alteração funcional	<b>10</b>
Lobectomia com insuficiência hepática	<b>50</b>
<b>SÍNDROMES NEUROLÓGICAS</b>	
Síndrome pós-concussional	<b>20</b>
Estresse pós-traumático	<b>2</b>
Epilepsia pós-traumática	<b>20</b>
Hidrocefalia com derivação ventrículo-peritoneal	<b>20</b>

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE EM TRANSPORTE COLETIVO

### 1. OBJETIVO

---

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Transporte Coletivo.

### 2. DEFINIÇÕES

---

- 2.1.** Entende-se por transporte coletivo o transporte em qualquer aeronave, ônibus, trem, navio, metrô ou qualquer outro tipo de transporte público mediante pagamento de passagens sendo este transporte fornecido e operado por uma empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas.
- 2.2.** Além da definição acima serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### 3. GARANTIA

---

- 3.1.** A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de um percentual do Capital Segurado contratado para esta cobertura de acordo com a tabela do item 3.6. em caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial de um membro ou órgão do Segurado, atestada por profissional legalmente habilitado, em virtude de lesão física **causada por causas acidentais e desde que o acidente ocorra enquanto o Segurado for passageiro**, em algum tipo de transporte coletivo, fornecido e operado por uma empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas por terra, água ou ar, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas
- 3.2.** A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito a indenização por Invalidez Permanente total ou parcial por Acidente.
- 3.3.** A Invalidez Permanente total ou parcial por Acidente deve ser comprovada através de declaração médica.
- 3.4.** Em todos os casos de invalidez parcial não especificados na Tabela do item 3.6, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição Permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.
- 3.5.** Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.
- 3.5.1. Na falta de indicação da percentagem de redução e sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização**

**será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).**

- 3.6.** No caso de Invalidez Permanente total ou parcial por Acidente, desde que a mesma seja de caráter definitivo, a Seguradora pagará ao Segurado uma indenização de acordo com a seguinte tabela:

<b>TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE</b>		
	<b>DISCRIMINAÇÃO</b>	<b>% sobre o Capital Segurado</b>
<b>TOTAL</b>	Perda total de visão de ambos os olhos	<b>100</b>
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	<b>100</b>
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	<b>100</b>
	Perda total do uso de ambas as mãos	<b>100</b>
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	<b>100</b>
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	<b>100</b>
	Perda total do uso de ambos os pés	<b>100</b>
	Alienação mental total e incurável	<b>100</b>
<b>PARCIAL DIVERSAS</b>	Perda total da visão de um olho	<b>30</b>
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	<b>70</b>
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	<b>40</b>
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	<b>20</b>
	Mudez incurável	<b>50</b>
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	<b>20</b>
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	<b>20</b>
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	<b>25</b>

**TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO  
EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE**

DISCRIMINAÇÃO		% sobre o CapitalSegurado
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total de uso de um dos membros superiores	<b>70</b>
	Perda total do uso de uma das mãos	<b>60</b>
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	<b>50</b>
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	<b>30</b>
	Anquilose total de um dos ombros	<b>25</b>
	Anquilose total de um dos cotovelos	<b>25</b>
	Anquilose total de um dos punhos	<b>20</b>
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	<b>25</b>
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	<b>18</b>
	Perda total do uso da falange distal do polegar	<b>9</b>
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	<b>15</b>
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	<b>12</b>
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	<b>9</b>
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.		
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	<b>70</b>
	Perda total do uso de um dos pés	<b>50</b>
	Fratura não consolidada de um fêmur	<b>50</b>
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	<b>25</b>
	Fratura não consolidada da rótula	<b>20</b>
	Fratura não consolidada de um pé	<b>20</b>
	Anquilose total de um dos joelhos	<b>20</b>

**TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO  
EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE**

DISCRIMINAÇÃO		% sobre o CapitalSegurado
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Anquilose total de um dos tornozelos	<b>20</b>
	Anquilose total de um quadril	<b>20</b>
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	<b>25</b>
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	<b>10</b>
	Amputação de qualquer outro dedo	<b>3</b>
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	<b>15</b>
	- de 4 (quatro) centímetros	<b>10</b>
	- de (três) centímetros	<b>6</b>
	Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização.	

- 3.7.** No caso de perda parcial, ficando reduzida as funções do membro ou órgão lesado, mas não abolidas por completo, a indenização será calculada pela aplicação da percentagem de redução funcional apresentada pelo membro ou órgão atingido, a percentagem de redução prevista na Tabela para perda total do membro, órgão ou parte atingida.
- 3.8.** Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) da importância segurada para o caso de Invalidez Permanente por Acidente; havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder a percentagem da indenização prevista para sua perda total.
- 3.9.** A perda ou maior redução funcional de membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, desde que previamente declarado pelo Segurado, dará direito a uma indenização, deduzindo-se no cálculo, do grau de Invalidez definitiva, o grau de Invalidez preexistente.

#### **4. RISCOS EXCLUÍDOS**

- 4.1. Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais.**

## **5. BENEFICIÁRIO**

---

- 5.1.** O beneficiário desta cobertura é o próprio segurado.

## **6. CAPITAL SEGURADO**

---

- 6.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

## **7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS**

---

- 7.1.** Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.
- 7.2.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 7.3.** Não obstante o estabelecido acima, será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de invalidez ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.

## **8. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

---

- 8.1.** Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:
- a) Formulário Aviso de Sinistro preenchido e assinado;**
  - b) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado**
  - c) Laudo do médico assistente, anexando os exames realizados pelo Segurado, indicando o grau de invalidez de acordo com a tabela apresentada nestas Condições Especiais;**
  - d) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;**
  - e) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do segurado;**
  - f) Cópia do comprovante de endereço nominal ao beneficiário;**
  - g) Dados bancários completo em nome do beneficiário.**

## **9. DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

- 9.1.** Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE EM VEÍCULOS PARTICULARES, TÁXIS OU PEDESTRES

### 1. OBJETIVO

---

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Veículos Particulares, Táxis ou Pedestres.**

### 2. DEFINIÇÕES

---

- 2.1.** Entende-se por Veículo particular qualquer veículo motorizado de quatro ou mais rodas não enquadrado na categoria de transporte coletivo.
- 2.2.** Entende-se por transporte coletivo o transporte em qualquer aeronave, ônibus, trem, navio, metrô ou qualquer outro tipo de transporte público mediante pagamento de passagens sendo este transporte fornecido e operado por uma empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas.
- 2.3.** Além da definição acima serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### 3. GARANTIA

---

- 3.1.** A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de um percentual do Capital Segurado contratado para esta cobertura de acordo com a tabela do item 3.6. em caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial de um membro ou órgão do Segurado, atestada por profissional legalmente habilitado, em virtude de lesão física por causas acidentais e **desde que o acidente ocorra enquanto o Segurado for ocupante de taxi ou de algum tipo de veículo particular ou for atingido ou atropelado por qualquer tipo de veículo motorizado, seja coletivo ou particular**, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.
- 3.2.** A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito a indenização por Invalidez Permanente total ou parcial por Acidente.
- 3.3.** A Invalidez Permanente total ou parcial por Acidente deve ser comprovada através de declaração médica.
- 3.4.** Em todos os casos de invalidez parcial não especificados na Tabela do item 3.6, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição Permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.
- 3.5.** **Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem**

prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

3.5.1. Na falta de indicação da percentagem de redução e sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

3.6. No caso de Invalidez Permanente total ou parcial por Acidente, desde que a mesma seja de caráter definitivo, a Seguradora pagará ao Segurado uma indenização de acordo com a seguinte tabela:

TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
DISCRIMINAÇÃO		% sobre o CapitalSegurado
TOTAL	Perda total de visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25

**TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO  
EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE**

DISCRIMINAÇÃO		% sobre o CapitalSegurado
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total de uso de um dos membros superiores	<b>70</b>
	Perda total do uso de uma das mãos	<b>60</b>
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	<b>50</b>
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	<b>30</b>
	Anquilose total de um dos ombros	<b>25</b>
	Anquilose total de um dos cotovelos	<b>25</b>
	Anquilose total de um dos punhos	<b>20</b>
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	<b>25</b>
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	<b>18</b>
	Perda total do uso da falange distal do polegar	<b>9</b>
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	<b>15</b>
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	<b>12</b>
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	<b>9</b>
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.	
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	<b>70</b>
	Perda total do uso de um dos pés	<b>50</b>
	Fratura não consolidada de um fêmur	<b>50</b>
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	<b>25</b>
	Fratura não consolidada da rótula	<b>20</b>
	Fratura não consolidada de um pé	<b>20</b>
	Anquilose total de um dos joelhos	<b>20</b>

**TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO  
EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE**

DISCRIMINAÇÃO		% sobre o CapitalSegurado
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Anquilose total de um dos tornozelos	<b>20</b>
	Anquilose total de um quadril	<b>20</b>
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	<b>25</b>
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	<b>10</b>
	Amputação de qualquer outro dedo	<b>3</b>
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	<b>15</b>
	- de 4 (quatro) centímetros	<b>10</b>
	- de (três) centímetros	<b>6</b>
	Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização.	

- 3.7.** No caso de perda parcial, ficando reduzida as funções do membro ou órgão lesado, mas não abolidas por completo, a indenização será calculada pela aplicação da percentagem de redução funcional apresentada pelo membro ou órgão atingido, a percentagem de redução prevista na Tabela para perda total do membro, órgão ou parte atingida.
- 3.8.** Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) da importância segurada para o caso de Invalidez Permanente por Acidente; havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder a percentagem da indenização prevista para sua perda total.
- 3.9.** A perda ou maior redução funcional de membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, desde que previamente declarado pelo Segurado, dará direito a uma indenização, deduzindo-se no cálculo, do grau de Invalidez definitiva, o grau de Invalidez preexistente.

#### **4. RISCOS EXCLUÍDOS**

- 4.1. Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 4 - Riscos Excluídos das Condições Gerais.**

## **5. BENEFICIÁRIO**

---

- 5.1.** O beneficiário desta cobertura é o próprio segurado.

## **6. CAPITAL SEGURADO**

---

- 6.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

## **7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS**

---

- 7.1.** Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.
- 7.2.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 7.3.** Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de invalidez ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.

## **8. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

---

- 8.1.** Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:
- a) Formulário Aviso de Sinistro preenchido e assinado;**
  - b) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado**
  - c) Relatório médico definitivo com descrição da lesão e confirmação de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em veículos particulares, táxis ou pedestres;**
  - d) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do segurado;**
  - e) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;**
  - f) Cópia do comprovante de endereço nominal ao beneficiário;**
  - g) Dados bancários completo em nome do beneficiário.**

## **9. DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

- 9.1.** Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE EM CONSEQUÊNCIA DE CRIME

### 1. COBERTURA

- 1.1.** A presente Garantia, desde que contratada e pago o **Prêmio**, tem por objetivo garantir ao próprio **Segurado** uma indenização proporcional ao **Capital Segurado** contratado para esta garantia, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na **Tabela** seguinte, caso haja a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física, causada por **Crime** devidamente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Cláusula, das Condições Gerais e do Contrato.**

**TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO  
EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE**

DISCRIMINAÇÃO		% sobre o CapitalSegurado
<b>TOTAL</b>	Perda total de visão de ambos os olhos	<b>100</b>
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	<b>100</b>
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	<b>100</b>
	Perda total do uso de ambas as mãos	<b>100</b>
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	<b>100</b>
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	<b>100</b>
	Perda total do uso de ambos os pés	<b>100</b>
	Alienação mental total e incurável	<b>100</b>
<b>PARCIAL DIVERSAS</b>	Perda total da visão de um olho	<b>30</b>
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	<b>70</b>
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	<b>40</b>
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	<b>20</b>
	Mudez incurável	<b>50</b>
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	<b>20</b>
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	<b>20</b>
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	<b>25</b>

**TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO  
EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE**

DISCRIMINAÇÃO		% sobre o CapitalSegurado
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total de uso de um dos membros superiores	<b>70</b>
	Perda total do uso de uma das mãos	<b>60</b>
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	<b>50</b>
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	<b>30</b>
	Anquilose total de um dos ombros	<b>25</b>
	Anquilose total de um dos cotovelos	<b>25</b>
	Anquilose total de um dos punhos	<b>20</b>
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	<b>25</b>
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	<b>18</b>
	Perda total do uso da falange distal do polegar	<b>9</b>
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	<b>15</b>
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	<b>12</b>
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	<b>9</b>
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.		
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	<b>70</b>
	Perda total do uso de um dos pés	<b>50</b>
	Fratura não consolidada de um fêmur	<b>50</b>
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	<b>25</b>
	Fratura não consolidada da rótula	<b>20</b>
	Fratura não consolidada de um pé	<b>20</b>
	Anquilose total de um dos joelhos	<b>20</b>
	Anquilose total de um dos tornozelos	<b>20</b>
	Anquilose total de um quadril	<b>20</b>
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	<b>25</b>
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	<b>10</b>

**TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO  
EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE**

DISCRIMINAÇÃO		% sobre o CapitalSegurado
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Amputação de qualquer outro dedo	<b>3</b>
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	<b>15</b>
	- de 4 (quatro) centímetros	<b>10</b>
	- de (três) centímetros	<b>6</b>
	Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização.	

**2. CONCEITO DE CRIME**

- 2.1. Crime:** Para fins desta Garantia, é a violação DOLOSA da lei penal que cause dano corporal ao **Segurado**.

**3. CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ POR ACIDENTE**

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

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

- 3.2.** No caso de divergência sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao Segurado, 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. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e, um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

- 3.3. Quando de um mesmo **Crime** resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as porcentagens respectivas, cujo total não poderá exceder a 100% (cem por cento) do **Capital Segurado** contratado para esta Garantia.
- 3.4. Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não poderá exceder a da indenização prevista para a sua perda total.
- 3.5. Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez preexistente deve ser percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.
- 3.6. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.
- 3.7. A reintegração do capital segurado para a hipótese de invalidez permanente parcial por acidente será automática quando da ocorrência do sinistro, **salvo para invalidez permanente direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente.**
- 3.8. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.
- 3.9. Na falta de indicação da percentagem de redução funcional apresentada e sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das porcentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).
- 3.10. Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.

#### 4. RISCOS EXCLUÍDOS

---

- 4.1. Além dos riscos mencionados nos itens 2.1.2 e 4 - Riscos Excluídos, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura desta Garantia:
  - a) ocorrências enquadradas na legislação como crime de trânsito;
  - b) qualquer outra causa que não seja resultante de crime doloso; e,
  - c) invalidez decorrente de Crimes ocorridos antes da inclusão do Segurado no seguro.

#### 5. CAPITAL SEGURADO

---

- 5.1. Considera-se como data do **Sinistro**, para efeito de determinação do **Capital Segurado**, a data do acidente.

#### 6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

---

- 6.1. Esta Garantia abrange os **Crimes** ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre

## **7. CANCELAMENTO DA COBERTURA**

---

- 7.1. Além das hipóteses previstas nas *Condições Gerais*, a cobertura do risco a que se refere esta Garantia cessará individualmente para cada *Segurado*:**
- a) quando o *Estipulante* solicitar por escrito, o cancelamento desta Garantia relativamente a todos os *Segurados*;**
  - b) na data do cancelamento da *Apólice*; e**
  - c) com a Invalidez TOTAL e Permanente por Acidente do Segurado.**

## **8. BENEFICIÁRIO DO SEGURO**

---

- 8.1. O *Beneficiário* desta Garantia é o próprio *Segurado*.**

## **9. OCORRÊNCIA DE CRIME**

---

- 9.1. Comprovada a ocorrência de *Sinistro*, o *Segurado* deverá:**
- a) Comunicar o *Crime* à *Seguradora* por intermédio do *Estipulante*, através do formulário “Aviso de Sinistros”, ou em carta registrada ou fax dirigido à *Seguradora*.**
  - b) Da comunicação por carta ou fax, deverão constar a data, hora, local e causa do *Crime*;**
  - c) A comunicação na forma da alínea anterior não exonera o *Segurado* da obrigação de apresentar o formulário “Aviso de Sinistros” totalmente preenchido;**
  - d) Provar satisfatoriamente a ocorrência do *Crime*, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, e a adoção de medidas tendentes a plena elucidação do *Sinistro*.**
  - e) Recorrer imediatamente a sua custa, os serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa;**
  - f) Apresentar à *Seguradora*, por intermédio do *Estipulante* o atestado de alta médica com a respectiva avaliação da invalidez sofrida, em formulário apropriado.**

## **10. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA INDENIZAÇÃO DE SINISTRO**

---

- 10.1. Comprovada a ocorrência de *Sinistro*, o *Segurado* deverá, observado o item 19 das *Condições Gerais*, apresentar os seguintes documentos:**
- a) Formulário Aviso de Sinistro preenchido e assinado;**
  - b) Documentos pessoais do segurado: R.G ou RNE, CPF, comprovante de residência e telefone;**
  - c) Ficha de Registro de Empregado Atualizada e comprovante de pagamento de salário dos últimos 3 meses (se seguro com vínculo empregatício);**

- d) **Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico;**
- e) **Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (se houver acidente de trânsito e se o Segurado for condutor do veículo acidentado);**
- f) **Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho, cópia do Termo Circunstanciado ou Boletim de Ocorrência Policial;**
- g) **Laudo ou Relatório do médico assistente;**
- h) **Laudo de perícia técnica, quando necessário;**
- i) **Exames;**
- j) **Relatório do médico assistente, com firma reconhecida, informando:**
  - **Diagnóstico**
  - **Data da alta definitiva**
  - **Tratamento usado**
  - **Percentual de redução funcional apresentado em decorrência do acidente.**
- k) **Formulário de Habilitação de Benefícios Pessoa Física (modelo Chubb) devidamente preenchido pelo segurado titular (campo beneficiário 1), tanto quanto, Cópia do Front do cartão do banco indicado no referido formulário.**

**10.2. Todos os documentos, quando cópia, devem ser autenticados.**

## **11. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES**

---

- 11.1.** As indenizações previstas para Morte Acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente não se acumulam quando decorrentes do mesmo **Crime**. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Parcial por Acidente verificar-se a morte do **Segurado** ou sua Invalidez Total em consequência do mesmo **Crime**, será deduzida da indenização a ser paga a importância já indenizada.

## **12. DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

- 12.1.** Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE QUEBRA DE OSSOS

### 1. OBJETIVO

---

- 12.2.** Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de fratura de ossos, decorrente de Acidente Pessoal, ocorrido durante o período de vigência do seguro.

### 13. DEFINIÇÕES

---

- 13.1.** Para fins deste Seguro, o conceito de acidente pessoal, se encontra definido no item 2 – Definições, contidas nas Condições Gerais deste plano de seguro. Além disso, entende-se como:
- 13.1.1. **Fratura Completa:** fratura cujo osso tenha rompido de uma extremidade até a outra.
  - 13.1.2. **Fratura Múltipla:** mais de uma fratura ocorrida no mesmo osso.
  - 13.1.3. **Fratura Complexa:** fratura exposta (quando os tecidos moles subjacentes foram rompidos, expondo a fratura ao ambiente exterior) ou fratura que tenha afetado seriamente a função de um órgão.
  - 13.1.4. **Fratura de Colles:** fratura no osso rádio em nível do pulso.
  - 13.1.5. **Fratura de Dedos:** no mínimo fratura de três dedos, das mãos ou dos pés, sofridas pelo Segurado em um mesmo evento.

### 14. GARANTIA

---

- 14.1.** O risco coberto por esta condição especial é a de Fratura de Ossos do segurado em consequência de um acidente pessoal ocorrido durante ao período de vigência do seguro.
- 14.2.** O capital segurado para os diversos tipos de fraturas, incluídas nesta cobertura/garantia, serão de acordo os percentuais demonstrados abaixo, aplicados sobre o valor do capital segurado, definido para a cobertura/garantia de Invalidez Permanente Total por Acidente.

<b>DISCRIMINAÇÃO</b>	<b>% Sobre a Importância Segurada</b>
Quadril, Pelve, Pescoço	Até 10,00%
Crânio, Omoplata	Até 10,00%
Fêmur, Clavícula, Esterno	Até 10,00%
Úmero, Patela, Cotovelo	Até 10,00%
Antebraço, Perna, Mandíbula	Até 10,00%
Pulso, Malar, Tornozelo, Mãos, Pés	Até 10,00%
Vértebra, Costelas	Até 10,00%

## **15. RISCOS EXCLUÍDOS**

- 15.1. Excluem-se desta garantia, além do disposto no item 4 das Condições Gerais deste plano de seguro, as ocorrências decorrentes de:**
- a) Fratura de Ossos em consequência de osteoporose (porosidade no osso causada por perda de proteína).**
  - b) Fraturas patológicas, entendidas como aquelas nas quais um osso é quebrado através de uma área enfraquecida por uma doença, por um grau de esforço que teria deixado intacto o osso normal, tais como tumores ósseos, metástases ósseas e doenças do metabolismo.**
- 15.2. Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos e hospitalares, desde que legalmente habilitados.**
- 15.3. Constada condição pré-existente, não declarada na proposta, e de pleno conhecimento do segurado, a cobertura estará suspensa, bem como seus custos, correrão exclusivamente por conta da vítima do segurado.**

## **16. FRANQUIAS E CARÊNCIAS**

- 16.1. Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.**
- 16.2. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.**
- 16.3. Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.**

**17. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

---

**17.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:**

- a) Formulário Aviso de Sinistro preenchido e assinado;**
- b) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;**
- c) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do segurado;**
- d) Cópia do comprovante de residência nominal ao segurado;**
- e) Relatório do médico assistente, atestando a fratura, anexando os exames realizados pelo Segurado, incluindo radiografia, e indicando a data do evento;**
- f) evidências radiológicas das fraturas e prontuário médico do primeiro atendimento;**
- g) ocorrência policial, quando houver.**

**18. DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

**18.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Acidentes Pessoais - Coletivo da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.**

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA E TEMPORÁRIA

### 1. OBJETIVO

---

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Incapacidade Física e Temporária.

### 2. DEFINIÇÕES

---

- 2.1.** Doença: qualquer perturbação involuntária das funções orgânicas, físicas e mentais, não devida a acidentes, ou qualquer causa externa, que requeira acompanhamento e/ou tratamento médico tendo como consequência direta o afastamento do Segurado de todas as atividades remuneradas que exerça.
- 2.2.** Incapacidade física temporária: a impossibilidade total, contínua, ininterrupta e temporária, causada por doença ou acidente pessoal coberto e atestada por profissional legalmente habilitado, para o pleno exercício de todas as atividades remuneradas exercidas pelo Segurado.
- 2.3.** Além das definições acima serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### 3. GARANTIA

---

- 3.1.** A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao segurado o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro caso ocorra a incapacidade física e temporária do Segurado consequente de doença ou Acidente pessoal cobertos, ocorridos dentro do período de cobertura e após o período de carência, ficando o Segurado incapacitado de exercer suas atividades profissionais, por um período superior à franquia contratada, por determinação médica e comprovável por atestados médicos e exames complementares, observado o limite de diárias estabelecido. Esta cobertura é exclusiva para segurados autônomos e profissionais liberais.

### 4. RISCOS EXCLUÍDOS

---

- 4.1.** Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídos os seguintes eventos, além dos já relacionados no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais:
- a) lesões por esforço repetitivo (L.E.R.);
  - b) tratamentos voluntários para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo e procedimentos que visem o controle da natalidade;

- c) **cirurgias plásticas, exceto aquelas restauradoras decorrentes de lesões provocadas por acidente pessoal coberto;**
- d) **tratamento estético e para obesidade em quaisquer modalidades, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescença a ele relacionados, quando realizados voluntariamente;**
- e) **doenças preexistentes à contratação deste seguro, exceto as mencionadas na Proposta de Adesão por meio do preenchimento de Declaração Pessoal de Saúde;**
- f) **procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- g) **tratamentos dentários voluntários e intervenções facultativas por razões reparadoras ou estéticas, salvo aquelas decorrentes em consequência de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;**
- h) **período em que o segurado se encontrar em tratamento fisioterápico, exceto decorrentes de doenças neurológicas;**
- i) **Despesas realizadas após a data de ocorrência do sinistro.**

## **5. BENEFICIÁRIO**

---

- 5.1.** O beneficiário desta cobertura é o próprio segurado.

## **6. CAPITAL SEGURADO**

---

- 6.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da incapacidade.
- 6.2.** O Capital Segurado desta cobertura corresponde ao valor especificado no contrato / certificado individual assim como forma de pagamento

## **7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS**

---

- 7.1.** Quando forem aplicáveis, franquias e/ou carências estarão fixadas no contrato.
- 7.2.** Para esta cobertura, o período de franquia será de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data do evento.
- 7.3.** O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.
- 7.4.** Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de incapacidade física e temporária ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.

## **8. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

---

- 8.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:**
- a) Formulário Aviso de Sinistro preenchido e assinado;**
  - b) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;**
  - c) Cópia autenticada da Guia de Recolhimento do INSS, do RPA, do mês do evento, ou cópia da última declaração do Imposto de Renda que comprove a atividade autônoma ou liberal;**
  - d) Laudo do médico assistente, comprovando a incapacidade temporária, anexando os exames realizados pelo Segurado e indicando a data do evento, o tipo de tratamento e o número de dias de afastamento necessário para a recuperação.**
  - e) Cópia do boletim de ocorrência autenticado; (quando necessário)**
  - f) Cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado; e**
  - g) Dados bancários completo em nome do segurado.**

## **9. DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

- 9.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.**

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

### 1. OBJETIVO

- 1.1 Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária.

### 2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Entende-se por doença qualquer perturbação involuntária das funções orgânicas, não devida a acidentes, que requeira acompanhamento e/ou tratamento médico tendo como consequência direta o afastamento do Segurado de todas as atividades remuneradas que exerça.
- 2.2. Entende-se por incapacidade temporária a impossibilidade total, contínua, ininterrupta e temporária, causada por doença ou acidente pessoal cobertos, e atestada por profissional legalmente habilitado, para o pleno exercício de todas as atividades remuneradas exercidas pelo Segurado.
- 2.3. Entende-se por limite de diárias a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus, contada a partir do término do período de franquia contratado, por cada evento.
- 2.4. Além das definições acima serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### 3. GARANTIA

- 3.1. A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de um valor diário fixo, pagável por cada dia de afastamento do Segurado em virtude de sua Incapacidade Temporária, causada por acidente pessoal ou doença cobertos, ocorridos dentro do período de cobertura e após o período de carência, ficando o Segurado incapacitado de exercer suas atividades profissionais, por um período superior à franquia contratada, por determinação médica e comprovável por atestados médicos e exames complementares, observado o limite de diárias estabelecido.
- 3.2. O Limite de Diárias indenizáveis por cada evento será estabelecido no contrato e/ou no Certificado Individual, respeitadas as seguintes opções:

PLANO	LIMITE DE DIÁRIAS
A	05
B	07
C	14
D	21
E	30

PLANO	LIMITE DE DIÁRIAS
F	60
G	90
H	120
I	150
J	180
K	210
L	240
M	270
N	300
O	330
P	360

- 3.3.** Haverá franquia em dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais do Segurado por determinação médica. A indenização só passará a ser devida após o período de franquia. O número de dias de franquia será estabelecido no contrato e/ou Certificado Individual.
- 3.4.** Haverá carência de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data de início de vigência do seguro, para os eventos decorrentes de Doença.
- 3.5.** Para cada evento coberto, a quantidade de diárias a ser indenizada corresponderá ao número de dias que o segurado ficar afastado por Incapacidade Temporária deduzindo-se os primeiros dias relativos ao período de franquia contratado, respeitado o Limite de Diárias estabelecido.

#### 4. RISCOS EXCLUÍDOS

---

- 4.1. Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídos os seguintes eventos, além dos já relacionados no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais:**
- a) Lesões por esforço repetitivo (L.E.R.);**
  - b) Tratamentos voluntários para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo e procedimentos que visem o controle da natalidade;**
  - c) Cirurgias plásticas, exceto aquelas restauradoras decorrentes de lesões provocadas por acidente pessoal coberto;**
  - d) Tratamento estético e para obesidade em quaisquer modalidades, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescença a ele relacionados, quando realizados voluntariamente;**
  - e) Doenças preexistentes à contratação deste seguro, exceto as mencionadas na Proposta de Adesão por meio de preenchimento de Declaração Pessoal de Saúde;**

- f) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- g) Tratamentos dentários voluntários e intervenções facultativas por razões reparadoras ou estéticas, salvo aquelas decorrentes em consequência de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;**
- h) O período em que o segurado se encontrar em tratamento fisioterápico, exceto decorrentes de doenças neurológicas.**

## **5. BENEFICIÁRIO**

---

**5.1.** O beneficiário desta cobertura é o próprio segurado.

## **6. CAPITAL SEGURADO**

---

- 6.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da incapacidade.
- 6.2.** O Capital Segurado desta cobertura corresponde ao valor a ser pago por cada diária de incapacidade temporária.

## **7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS**

---

- 7.1.** Quando forem aplicáveis, as franquias e/ou carências estarão fixadas no contrato.
- 7.2.** Para esta cobertura, o período de franquia será de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data do evento.
- 7.3.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 7.4.** O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.
- 7.5.** Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de incapacidade ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.

## **8. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

---

- 8.1.** Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:
  - a) Formulário Aviso de Sinistro preenchido e assinado;**
  - b) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado**

- c) Laudo do médico assistente, comprovando a incapacidade temporária, anexando os exames realizados pelo Segurado e indicando a data do evento, o tipo de tratamento e o número de dias de afastamento necessário para a recuperação.**
- d) Cópia do boletim de ocorrência autenticado; (Quando necessário);**
- e) Cópia do comprovante de endereço nominal ao beneficiário;**
- f) Dados bancários completo em nome do beneficiário.**

## **9. DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

- 9.1.** Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE

### 1. OBJETIVO

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária por acidente.

### 2. DEFINIÇÕES

- 2.1.** Entende-se por incapacidade temporária a impossibilidade total, contínua, ininterrupta e temporária, causada por acidente pessoal cobertos, e atestada por profissional legalmente habilitado, para o pleno exercício de todas as atividades remuneradas exercidas pelo Segurado.
- 2.2.** Entende-se por limite de diárias a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus, contada a partir do término do período de franquia contratado, por cada evento.
- 2.3.** Além das definições acima serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### 3. GARANTIA

- 3.1.** A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de um valor diário fixo, pagável por cada dia de afastamento do Segurado em virtude de sua Incapacidade Temporária, causada por acidente pessoal, ocorridos dentro do período de cobertura, ficando o Segurado incapacitado de exercer suas atividades profissionais, por um período superior à franquia contratada, por determinação médica e comprovável por atestados médicos e exames complementares, observado o limite de diárias estabelecido.
- 3.2.** O Limite de Diárias indenizáveis por cada evento será estabelecido no contrato e/ou no Certificado Individual, respeitadas as seguintes opções:

PLANO	LIMITE DE DIÁRIAS
A	05
B	07
C	14
D	21
E	30
F	60
G	90
H	120

PLANO	LIMITE DE DIÁRIAS
I	150
J	180
K	210
L	240
M	270
N	300
O	330
P	360

- 3.3.** Haverá franquia em dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais do Segurado por determinação médica. A indenização só passará a ser devida após o período de franquia. O número de dias de franquia será estabelecido no contrato e/ou Certificado Individual.
- 3.4.** Para cada evento coberto, a quantidade de diárias a ser indenizada corresponderá ao número de dias que o segurado ficar afastado por Incapacidade Temporária deduzindo-se os primeiros dias relativos ao período de franquia contratado, respeitado o Limite de Diárias estabelecido.

#### 4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídos os seguintes eventos, além dos já relacionados no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais:**
- a) Lesões por esforço repetitivo (L.E.R.);**
  - b) Tratamentos voluntários para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo e procedimentos que visem o controle da natalidade;**
  - c) Cirurgias plásticas, exceto aquelas restauradoras decorrentes de lesões provocadas por acidente pessoal coberto;**
  - d) Tratamento estético e para obesidade em quaisquer modalidades, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescença a ele relacionados, quando realizados voluntariamente;**
  - e) Doenças preexistentes à contratação deste seguro, exceto as mencionadas na Proposta de Adesão por meio de preenchimento de Declaração Pessoal de Saúde;**
  - f) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
  - g) Tratamentos dentários voluntários e intervenções facultativas por razões reparadoras ou estéticas, salvo aquelas decorrentes em consequência de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;**
  - h) O período em que o segurado se encontrar em tratamento fisioterápico, exceto decorrentes de doenças neurológicas.**

- i) **Incapacidade causada por doenças.**

## **5. BENEFICIÁRIO**

---

- 5.1.** O beneficiário desta cobertura é o próprio segurado.

## **6. CAPITAL SEGURADO**

---

- 6.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da incapacidade.
- 6.2.** O Capital Segurado desta cobertura corresponde ao valor a ser pago por cada diária de incapacidade temporária.

## **7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS**

---

- 7.1.** Quando forem aplicáveis, as franquias estarão fixadas no contrato.
- 7.2.** Para esta cobertura, o período de franquia será de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data do evento.
- 7.3.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 7.4.** Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de incapacidade temporária por acidente ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.

## **8. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

---

- 8.1.** Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:
  - a)** Formulário Aviso de Sinistro preenchido e assinado;
  - b)** Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;
  - c)** Laudo do médico assistente, comprovando a incapacidade temporária, anexando os exames realizados pelo Segurado e indicando a data do evento, o tipo de tratamento e o número de dias de afastamento necessário para a recuperação;
  - d)** Cópia do boletim de ocorrência autenticado;
  - e)** Cópia do comprovante de endereço nominal ao beneficiário;
  - f)** Dados bancários completo em nome do beneficiário.

## **9. DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

- 9.1.** Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA EM CONSEQUÊNCIA DE CRIME

### 1. OBJETIVO

---

- 1.1. Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Incapacidade Temporária em consequência de Crime.

### 2. DEFINIÇÕES

---

- 2.1. **Entende-se como Crime a violação culpável da lei penal que cause dano físico ao segurado.**
- 2.2. Além da definição acima serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### 3. GARANTIA

---

- 3.1. A presente Condição Especial, **desde que contratada e pago o respectivo prêmio**, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento da indenização correspondente ao valor do Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro, caso ocorra a **incapacidade física e temporária** do Segurado em consequência de **Acidente Pessoal ocasionado por atitude criminosa de terceiro** que atinja ao segurado, ocorridos dentro do período de cobertura e após o período de carência, ficando o Segurado incapacitado de exercer suas atividades profissionais, por um período superior à franquia contratada, por determinação médica e comprovável por atestados médicos e exames complementares, observado o limite de diárias estabelecido.
- 3.2. Como **“perda de renda por incapacidade física temporária”** entende-se aquela pela qual o segurado fique temporariamente impedido de exercer sua atividade remunerativa habitual, devidamente comprovada quando da contratação e no momento do sinistro, por um período igual ou superior a 15 quinze dias consecutivos.

### 4. SEGURADOS

---

- 4.1. Serão elegíveis os profissionais com atividades autônomas, em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

### 5. RISCOS EXCLUÍDOS

---

- 5.1. **Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídas, além das hospitalizações decorrentes dos eventos já relacionados no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais:**

- a) **Qualquer agravação do risco por parte do segurado que origine a incapacidade, estando englobada nesta exclusão eventual reação por parte do mesmo em caso de ser vítima de ação criminosa.**
- b) **Qualquer incapacidade resultante de crime em que seja o segurado, familiares de primeiro grau ou colaterais, co-autor ou partícipe da ação criminosa.**
- c) **Incapacidade Total e Definitiva.**

## **6. BENEFICIÁRIO**

---

**6.1.** O beneficiário desta cobertura é o próprio segurado.

## **7. CAPITAL SEGURADO**

---

- 7.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da incapacidade.
- 7.2.** O Capital Segurado desta cobertura corresponde ao valor a ser pago em razão da incapacidade temporária confirmada e estará definido contrato de seguro.

## **8. FRANQUIAS E CARÊNCIAS**

---

- 8.1.** Quando forem aplicáveis, as franquias estarão fixadas no contrato.
- 8.2.** Para esta cobertura, o período de franquia será de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data do evento.
- 8.3.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

## **9. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

---

- 9.1.** Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:
  - a) **Formulário Aviso de Sinistro preenchido e assinado;**
  - b) **Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;**
  - c) **Relatório médico original com descrição da lesão, a incapacidade, o período pelo qual esta perdurará, bem como, todos os exames realizados que comprovem o fato;**
  - d) **Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do segurado;**
  - e) **Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;**
  - f) **cópia autenticada do documento que comprove a atividade autônoma, podendo ser:**
    - **última declaração do Imposto de Renda;**

- **recibo de pagamento autônomo;**
  - **carnê-leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada;**
  - g) comprovante dos últimos 3 (três) meses anteriores à data do evento, do pagamento de INSS, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada;ou**
  - h) inscrição na Prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro.**
  - i) comprovante de endereço nominal do segurado.**
  - j) Autorização para crédito em conta corrente nominal ao segurado.**
- 9.2. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgar necessários.**

## **10. DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

- 10.1.** Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### 1. OBJETIVO

---

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Diária por Internação Hospitalar.

### 2. DEFINIÇÕES

---

- 2.1.** Serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### 3. GARANTIA

---

- 3.1.** A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de um valor diário fixo, pagável por cada dia de hospitalização do Segurado em uma Instituição Hospitalar, desde que a hospitalização seja decorrente de Acidente Pessoal ou doença, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais.
- 3.2.** O valor de cada diária será estabelecido na Proposta de Adesão e ratificado no Certificado Individual.
- 3.3.** Caracteriza-se como hospitalização uma internação em uma Instituição Hospitalar pelo período mínimo de 12 (doze) horas.
- 3.4.** O benefício máximo pagável sob este seguro é de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, sendo que, nas reinternações as diárias serão cumulativas para este efeito.
- 3.4.1.** Considerar-se-á como reinternação, a internação que se iniciar no período de vigência deste Seguro, dentro dos 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias subsequentes ao fim de uma internação já sofrida, e que resulte de causas que sejam iguais ou relacionadas com a mesma, e para a qual já se tenha pago benefício concedido por este Seguro.
- 3.5.** Nos casos de hospitalização no exterior, os encargos de tradução dos documentos comprobatórios ficarão por conta da Seguradora.

### 4. RISCOS EXCLUÍDOS

---

- 4.1.** Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídas, além das hospitalizações decorrentes dos eventos já relacionados no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais:

- a) hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal – check-up, e investigação diagnóstica;
- b) hospitalizações decorrentes de infecção pelo vírus HIV ou suas variações, incluindo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e todos os complexos de doenças relacionadas à ela;
- c) hospitalizações quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;
- d) cirurgia para mudança de sexo, inseminação artificial e qualquer tratamento para esterilidade quando voluntários ou controle da natalidade e suas consequências;
- e) cirurgias plásticas e suas consequências, incluindo-se aquelas derivadas de problemas congênitos. Estão cobertas as cirurgias plásticas restauradoras decorrentes de acidentes pessoal ocorrido na vigência do Seguro;
- f) hospitalizações decorrentes de doenças congênitas;
- g) tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou anti-ético;
- h) tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde.

#### **4.2. Exclusões por Condições Médicas Preexistentes**

- 4.2.1. **A hospitalização resultante de doença ou lesão caracterizada como condição médica preexistente somente estará coberta após o Segurado ter permanecido neste seguro durante um período contínuo de 12 (doze) meses.**
  - 4.2.1.1. **Uma condição médica preexistente significa a doença ou lesão em função da qual o Segurado tenha recebido tratamento médico, ou recomendação médica para tal, a qualquer momento, nos 6 (seis) meses anteriores à data de início deste seguro ou ainda saiba ser portador ou sofredor à época da contratação, não declarada na Proposta de Adesão por meio de preenchimento de Declaração Pessoal de Saúde, mesmo que ainda não tenha recebido tratamento médico, mas já tenha diagnóstico e/ou recomendação médica para tanto.**

#### **4.3. Exclusões por Instituições não Cobertas**

- 4.3.1. **Estão excluídas da cobertura deste seguro as internações em instituições do tipo abaixo relacionados:**
  - a) **instituição para atendimento de deficientes mentais, ou seja, uma instituição primordialmente dedicada ao tratamento de enfermidade psiquiátricas, incluindo subnormalidades; ou ainda o departamento psiquiátrico de um hospital.**
  - b) **local para idosos, casas de descanso, asilos e assemelhados.**
  - c) **clínicas ou local para recuperação de viciados em álcool e drogas.**
  - d) **instituições de saúde hidroterápica ou clínica de método curativos naturais; casa de saúde para convalescentes; unidade especial de**

**Hospital usada primordialmente como um lugar para viciados em drogas ou álcool, ou como uma instituição de saúde para convalescentes ou para reabilitação; clínicas de emagrecimento e SPA.**

## **5. BENEFICIÁRIO**

---

**5.1.** O beneficiário desta cobertura é o próprio segurado.

## **6. CAPITAL SEGURADO**

---

- 6.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da internação.
- 6.2.** O Capital Segurado estabelecido para a cobertura contratada constará no Certificado Individual do Segurado, e representará o valor a ser pago por cada diária de hospitalização.
- 6.3.** O Capital Segurado não poderá ultrapassar 1/365 (um trezentos e sessenta e cinco avos) do Limite Técnico de Aceitação da Seguradora.

## **7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS**

---

- 7.1.** Quando forem aplicáveis, franquias e/ou carências estarão fixadas no contrato.
- 7.2.** Para esta cobertura, o período de franquia será de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data do evento.
- 7.3.** O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.
- 7.4.** Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de internação hospitalar ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.

## **8. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

---

- 8.1.** Em caso de internação coberta pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:
  - a)** Formulário Aviso de Sinistro preenchido e assinado;
  - b)** Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;
  - c)** Original e cópia da nota fiscal ou de qualquer outro documento legal comprobatório da hospitalização, emitido pela Instituição Hospitalar.
  - d)** Prontuário Médico, fornecido pela Instituição Hospitalar,
  - e)** Cópia do boletim de ocorrência autenticado (quando houver);

- f) Cópia do comprovante de endereço nominal ao beneficiário;**
- g) Dados bancários completo em nome do beneficiário;**

## **9. DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

- 9.1.** Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE

### 1. OBJETIVO

---

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Diária por Internação Hospitalar.

### 2. DEFINIÇÕES

---

- 2.1.** Serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### 3. GARANTIA

---

- 3.1.** A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de um valor diário fixo, pagável por cada dia de hospitalização do Segurado em uma Instituição Hospitalar, desde que a hospitalização seja decorrente de Acidente Pessoal, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais.
- 3.2.** O valor de cada diária será estabelecido na Proposta de Adesão e ratificado no Certificado Individual.
- 3.3.** Caracteriza-se como hospitalização uma internação em uma Instituição Hospitalar pelo período mínimo de 12 (doze) horas.
- 3.4.** O benefício máximo pagável sob este seguro é de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, sendo que, nas reinternações as diárias serão cumulativas para este efeito.
- 3.4.1.** Considerar-se-á como reinternação, a internação que se iniciar no período de vigência deste Seguro, dentro dos 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias subsequentes ao fim de uma internação já sofrida, e que resulte de causas que sejam iguais ou relacionadas com a mesma, e para a qual já se tenha pago benefício concedido por este Seguro.
- 3.5.** Nos casos de hospitalização no exterior, os encargos de tradução dos documentos comprobatórios ficarão por conta da Seguradora.

### 4. RISCOS EXCLUÍDOS

---

- 4.1.** Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídas, além das hospitalizações decorrentes dos eventos já relacionados no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais:

- a) hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal – check-up, e investigação diagnóstica;
- b) hospitalizações decorrentes de infecção pelo vírus HIV ou suas variações, incluindo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e todos os complexos de doenças relacionadas à ela;
- c) hospitalizações quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;
- d) cirurgia para mudança de sexo, inseminação artificial e qualquer tratamento para esterilidade quando voluntários ou controle da natalidade e suas consequências;
- e) cirurgias plásticas e suas consequências, incluindo-se aquelas derivadas de problemas congênitos. Estão cobertas as cirurgias plásticas restauradoras decorrentes de acidentes pessoal ocorrido na vigência do Seguro;
- f) hospitalizações decorrentes de doenças congênitas;
- g) tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou anti-ético;
- h) tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde.

#### **4.2. Exclusões por Condições Médicas Preexistentes**

4.2.1. **A hospitalização resultante de doença ou lesão caracterizada como condição médica preexistente somente estará coberta após o Segurado ter permanecido neste seguro durante um período contínuo de 12 (doze) meses.**

4.2.1.1. **Uma condição médica preexistente significa a doença ou lesão em função da qual o Segurado tenha recebido tratamento médico, ou recomendação médica para tal, a qualquer momento, nos 6 (seis) meses anteriores à data de início deste seguro, ou ainda saiba ser portador ou sofredor à época da contratação, não declarada na Proposta de Adesão por meio de preenchimento de Declaração Pessoal de Saúde, mesmo que ainda não tenha recebido tratamento médico, mas já tenha diagnóstico e/ou recomendação médica para tanto.**

#### **4.3. Exclusões por Instituições não Cobertas**

4.3.1. **Estão excluídas da cobertura deste seguro as internações em instituições do tipo abaixo relacionados:**

- a) **Instituição para atendimento de deficientes mentais, ou seja, uma instituição primordialmente dedicada ao tratamento de enfermidade psiquiátricas, incluindo subnormalidades; ou ainda o departamento psiquiátrico de um hospital.**
- b) **Local para idosos, casas de descanso, asilos e assemelhados.**
- c) **Clínicas ou local para recuperação de viciados em álcool e drogas.**
- d) **Instituições de saúde hidroterápica ou clínica de método curativos naturais; casa de saúde para convalescentes; unidade especial de Hospital usada primordialmente como um lugar para viciados em drogas ou álcool, ou como uma instituição de saúde para**

**convalescentes ou para reabilitação; clínicas de emagrecimento e SPA.**

## **5. BENEFICIÁRIO**

---

**5.1.** O beneficiário desta cobertura é o próprio segurado.

## **6. CAPITAL SEGURADO**

---

**6.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da internação.

**6.2.** O Capital Segurado estabelecido para a cobertura contratada constará no Certificado Individual do Segurado, e representará o valor a ser pago por cada diária de hospitalização.

## **7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS**

---

**7.1.** Quando forem aplicáveis, franquias e/ou carências estarão fixadas no contrato.

**7.2.** Para esta cobertura, o período de franquia será de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data do evento.

**7.3.** O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.

**7.4.** Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de internação hospitalar por acidente ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.

## **8. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

---

**8.1.** Em caso de internação coberta pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) Formulário Aviso de Sinistro preenchido e assinado;**
- b) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;**
- c) Original e cópia da nota fiscal ou de qualquer outro documento legal comprobatório da hospitalização, emitido pela Instituição Hospitalar.**
- d) Prontuário Médico, fornecido pela Instituição Hospitalar;**
- e) Cópia do boletim de ocorrência autenticado;**
- f) Cópia do comprovante de endereço nominal ao beneficiário;**
- g) Dados bancários completo em nome do beneficiário.**

## **9. DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

- 9.1.** Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI OU CTI

### 1. OBJETIVO

---

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Diária por Internação Hospitalar em UTI ou CTI.

### 2. DEFINIÇÕES

---

- 2.1. Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou Centro de Terapia Intensiva (CTI):** é a dependência hospitalar específica, adequada do ponto de vista operacional, técnico e profissional, responsável pela manutenção das condições vitais de pacientes que apresentam estados fisiológicos críticos, que requeiram controles clínicos e tratamentos médico e paramédico permanentes e intensivos.
- 2.2.** Além da definição acima serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### 3. GARANTIA

---

- 3.1.** A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de um valor diário fixo, pagável por cada dia **de hospitalização do Segurado em UTI (Unidade de Terapia Intensiva) ou CTI (Centro de Terapia Intensiva) em uma Instituição Hospitalar**, desde que a hospitalização seja decorrente de Acidente Pessoal ou doença, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais.
- 3.2.** O valor de cada diária será estabelecido na Proposta de Adesão e ratificado no Certificado Individual.
- 3.3.** Caracteriza-se como hospitalização uma internação em uma Instituição Hospitalar pelo período mínimo de 12 (doze) horas.
- 3.4.** O benefício máximo pagável sob este seguro é de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, sendo que, nas reinternações as diárias serão cumulativas para este efeito.
- 3.5.** Considerar-se-á como reinternação, a internação que se iniciar no período de vigência deste Seguro, dentro dos 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias subsequentes ao fim de uma internação já sofrida, e que resulte de causas que sejam iguais ou relacionadas com a mesma, e para a qual já se tenha pago benefício concedido por este Seguro.
- 3.6.** Nos casos de hospitalização no exterior, os encargos de tradução dos documentos comprobatórios ficarão por conta da Seguradora.

## 4. RISCOS EXCLUÍDOS

---

**4.1. Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídas, além das hospitalizações decorrentes dos eventos já relacionados no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais:**

- a) hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal – check-up, e investigação diagnóstica;**
- b) hospitalizações decorrentes de infecção pelo vírus HIV ou suas variações, incluindo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e todos os complexos de doenças relacionadas à ela;**
- c) hospitalizações quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;**
- d) cirurgia para mudança de sexo, inseminação artificial e qualquer tratamento para esterilidade quando voluntários ou controle da natalidade e suas consequências;**
- e) cirurgias plásticas e suas consequências, incluindo-se aquelas derivadas de problemas congênitos. Estão cobertas as cirurgias plásticas restauradoras decorrentes de acidentes pessoal ocorrido na vigência do Seguro;**
- f) hospitalizações decorrentes de doenças congênitas;**
- g) tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou anti-ético;**
- h) tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde.**

**4.2. Exclusões por Condições Médicas Preexistentes**

**4.2.1. A hospitalização resultante de doença ou lesão caracterizada como condição médica preexistente somente estará coberta após o Segurado ter permanecido neste seguro durante um período contínuo de 12 (doze) meses.**

**4.2.1.1. Uma condição médica preexistente significa a doença ou lesão em função da qual o Segurado tenha recebido tratamento médico, ou recomendação médica para tal, a qualquer momento, nos 6 (seis) meses anteriores à data de início deste seguro, ou ainda saiba ser portador ou sofredor à época da contratação, não declarada na Proposta de Adesão por meio de preenchimento de Declaração Pessoal de Saúde, mesmo que ainda não tenha recebido tratamento médico, mas já tenha diagnóstico e/ou recomendação médica para tanto.**

**4.3. Exclusões por Instituições não Cobertas**

**4.3.1. Estão excluídas da cobertura deste seguro as internações em instituições do tipo abaixo relacionados:**

- a) Instituição para atendimento de deficientes mentais, ou seja, uma instituição primordialmente dedicada ao tratamento de**

**enfermidade psiquiátricas, incluindo subnormalidades; ou ainda o departamento psiquiátrico de um hospital.**

- b) Local para idosos, casas de descanso, asilos e assemelhados.**
- c) Clínicas ou local para recuperação de viciados em álcool e drogas.**
- d) Instituições de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais; casa de saúde para convalescentes; unidade especial de Hospital usada primordialmente como um lugar para viciados em drogas ou álcool, ou como uma instituição de saúde para convalescentes ou para reabilitação; clínicas de emagrecimento e SPA.**

## **5. BENEFICIÁRIO**

---

- 5.1.** O beneficiário desta cobertura é o próprio segurado.

## **6. CAPITAL SEGURADO**

---

- 6.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da internação.
- 6.2.** O Capital Segurado estabelecido para a cobertura contratada constará no Certificado Individual do Segurado, e representará o valor a ser pago por cada diária de hospitalização.

## **7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS**

---

- 7.1.** Quando forem aplicáveis, franquias e/ou carências estarão fixadas no contrato.
- 7.2.** Para esta cobertura, o período de franquia será de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data do evento.
- 7.3.** O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.
- 7.4.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 7.5.** Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de internação hospitalar em UTI ou CTI ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.

## **8. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

---

- 8.1. Em caso de internação coberta pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:**
- a) Formulário Aviso de Sinistro preenchido e assinado;**
  - b) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado**
  - c) Original e cópia da nota fiscal ou de qualquer outro documento legal comprobatório da hospitalização, emitido pela Instituição Hospitalar.**
  - d) Prontuário Médico, fornecido pela Instituição Hospitalar;**
  - e) Cópia do comprovante de residência nominal ao segurado e beneficiários;**
  - f) Dados bancários completos em nome dos beneficiários.**

## **9. DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

- 9.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.**

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI OU CTI POR ACIDENTE

### 1. OBJETIVO

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Diária por Internação Hospitalar em UTI ou CTI por acidente.

### 2. DEFINIÇÕES

- 2.1.** **Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou Centro de Terapia Intensiva (CTI):** é a dependência hospitalar específica, adequada do ponto de vista operacional, técnico e profissional, responsável pela manutenção das condições vitais de pacientes que apresentam estados fisiológicos críticos, que requeiram controles clínicos e tratamentos médico e paramédico permanentes e intensivos.
- 2.2.** Além da definição acima serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### 3. GARANTIA

- 3.1.** A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de um valor diário fixo, pagável por cada dia **de hospitalização do Segurado em UTI (Unidade de Terapia Intensiva) ou CTI (Centro de Terapia Intensiva) em uma Instituição Hospitalar**, desde que a hospitalização seja exclusivamente decorrente de Acidente Pessoal, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais.
- 3.2.** O valor de cada diária será estabelecido na Proposta de Adesão e ratificado no Certificado Individual.
- 3.3.** Caracteriza-se como hospitalização uma internação em uma Instituição Hospitalar pelo período mínimo de 12 (doze) horas.
- 3.4.** O benefício máximo pagável sob este seguro é de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, sendo que, nas reinternações as diárias serão cumulativas para este efeito.
  - 3.4.1.** Considerar-se-á como reinternação, a internação que se iniciar no período de vigência deste Seguro, dentro dos 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias subsequentes ao fim de uma internação já sofrida, e que resulte de causas que sejam iguais ou relacionadas com a mesma, e para a qual já se tenha pago benefício concedido por este Seguro.
- 3.5.** Nos casos de hospitalização no exterior, os encargos de tradução dos documentos comprobatórios ficarão por conta da Seguradora.

## **4. RISCOS EXCLUÍDOS**

---

**4.1. Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídas, além das hospitalizações decorrentes dos eventos já relacionados no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais:**

- a) Hospitalizações decorrentes de qualquer tipo de doença;**
- b) hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal – check-up, e investigação diagnóstica;**
- c) hospitalizações quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;**
- d) cirurgia para mudança de sexo, inseminação artificial e qualquer tratamento para esterilidade quando voluntários ou controle da natalidade e suas consequências;**
- e) cirurgias plásticas e suas consequências, incluindo-se aquelas derivadas de problemas congênitos. Estão cobertas as cirurgias plásticas restauradoras decorrentes de acidentes pessoal ocorrido na vigência do Seguro;**
- f) tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou anti-ético;**
- g) tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde.**

**4.2. Exclusões por Condições Médicas Preexistentes**

**4.2.1. A hospitalização resultante de doença ou lesão caracterizada como condição médica preexistente somente estará coberta após o Segurado ter permanecido neste seguro durante um período contínuo de 12 (doze) meses.**

**4.2.1.1. Uma condição médica preexistente significa a doença ou lesão em função da qual o Segurado tenha recebido tratamento médico, ou recomendação médica para tal, a qualquer momento, nos 6 (seis) meses anteriores à data de início deste seguro, ou ainda saiba ser portador ou sofredor à época da contratação, não declarada na Proposta de Adesão por meio de preenchimento de Declaração Pessoal de Saúde, mesmo que ainda não tenha recebido tratamento médico, mas já tenha diagnóstico e/ou recomendação médica para tanto.**

**4.3. Exclusões por Instituições não Cobertas**

**4.3.1. Estão excluídas da cobertura deste seguro as internações em instituições do tipo abaixo relacionados:**

- a) Instituição para atendimento de deficientes mentais, ou seja, uma instituição primordialmente dedicada ao tratamento de enfermidade psiquiátricas, incluindo subnormalidades; ou ainda o departamento psiquiátrico de um hospital.**
- b) Local para idosos, casas de descanso, asilos e assemelhados.**

- c) **Clínicas ou local para recuperação de viciados em álcool e drogas.**
- d) **Instituições de saúde hidroterápica ou clínica de método curativos naturais; casa de saúde para convalescentes; unidade especial de Hospital usada primordialmente como um lugar para viciados em drogas ou álcool, ou como uma instituição de saúde para convalescentes ou para reabilitação; clínicas de emagrecimento e SPA.**

## **5. BENEFICIÁRIO**

---

- 5.1.** O beneficiário desta cobertura é o próprio segurado.

## **6. CAPITAL SEGURADO**

---

- 6.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da internação.
- 6.2.** O Capital Segurado estabelecido para a cobertura contratada constará no Certificado Individual do Segurado, e representará o valor a ser pago por cada diária de hospitalização.

## **7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS**

---

- 7.1.** Quando forem aplicáveis, franquias e/ou carências estarão fixadas no contrato.
- 7.2.** Para esta cobertura, o período de franquia será de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data do evento.
- 7.3.** O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.
- 7.4.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 7.5.** Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de internação hospitalar em UTI ou CTI ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.

## **8. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

---

- 8.1.** Em caso de internação coberta pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:
  - a) **Formulário Aviso de Sinistro preenchido e assinado;**
  - b) **Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado**
  - c) **Original e Cópia da nota fiscal ou de qualquer outro documento legal comprobatório da hospitalização, emitido pela Instituição Hospitalar.**
  - d) **Prontuário Médico, fornecido pela Instituição Hospitalar;**

- e) Cópia do comprovante de residência nominal ao segurado e beneficiários;**
- f) Dados bancários completos em nome dos beneficiários.**

## **9. DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

- 9.1.** Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

### 1. OBJETIVO

---

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Diária por Internação Hospitalar por Acidente em Veículo.

### 2. DEFINIÇÕES

---

- 2.1.** Serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### 3. GARANTIA

---

- 3.1.** A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de um valor diário fixo, a cada dia de hospitalização dos Participantes no momento do Acidente Coberto até o máximo de 5 (cinco) pessoas por Veículo Cadastrado. A causa da hospitalização deve ser única e exclusivamente a ocorrência de um Acidente Coberto com o Veículo Cadastrado, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais.
- 3.2.** O valor de cada diária será estabelecido na Proposta de Adesão e ratificado no Certificado Individual.
- 3.3.** Caracteriza-se como hospitalização uma internação em uma Instituição Hospitalar pelo período mínimo de 12 (doze) horas.
- 3.4.** O benefício máximo pagável sob este seguro é de 60 (sessenta) diárias por evento, sendo que, nas reinternações as diárias serão cumulativas para este efeito.
- 3.4.1.** Considerar-se-á como reinternação, a internação que se iniciar no período de vigência deste Seguro, dentro dos 60 (sessenta) dias subsequentes ao fim de uma internação já sofrida, e que resulte de causas que sejam iguais ou relacionadas com a mesma, e para a qual já se tenha pago benefício concedido por este Seguro.
- 3.5.** Nos casos de hospitalização no exterior, os encargos de tradução dos documentos comprobatórios ficarão por conta da Seguradora.

### 4. RISCOS EXCLUÍDOS

---

- 4.1.** Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídas, além das hospitalizações decorrentes dos eventos já relacionados no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais:

- a) hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal – check-up, e investigação diagnóstica;
- b) hospitalizações decorrentes de infecção pelo vírus HIV ou suas variações, incluindo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e todos os complexos de doenças relacionadas à ela;
- c) hospitalizações quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;
- d) cirurgia para mudança de sexo, inseminação artificial e qualquer tratamento para esterilidade quando voluntários ou controle da natalidade e suas consequências;
- e) cirurgias plásticas e suas consequências, incluindo-se aquelas derivadas de problemas congênitos. Estão cobertas as cirurgias plásticas restauradoras decorrentes de acidentes pessoal ocorrido na vigência do Seguro;
- f) hospitalizações decorrentes de doenças congênitas;
- g) tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou anti-ético;
- h) tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde.

#### **4.2. Exclusões por Condições Médicas Preexistentes**

4.2.1. A hospitalização resultante de doença ou lesão caracterizada como condição médica preexistente somente estará coberta após o Segurado ter permanecido neste seguro durante um período contínuo de 12 (doze) meses.

4.2.1.1. Uma condição médica preexistente significa a doença ou lesão em função da qual o Segurado tenha recebido tratamento médico, ou recomendação médica para tal, a qualquer momento, nos 6 (seis) meses anteriores à data de início deste seguro, ou ainda saiba ser portador ou sofredor à época da contratação, não declarada na Proposta de Adesão por meio de preenchimento de Declaração Pessoal de Saúde, mesmo que ainda não tenha recebido tratamento médico, mas já tenha diagnóstico e/ou recomendação médica para tanto.

#### **4.3. Exclusões por Instituições não Cobertas**

4.3.1. Estão excluídas da cobertura deste seguro as internações em instituições do tipo abaixo relacionados:

- a) Instituição para atendimento de deficientes mentais, ou seja, uma instituição primordialmente dedicada ao tratamento de enfermidade psiquiátricas, incluindo subnormalidades; ou ainda o departamento psiquiátrico de um hospital.
- b) Local para idosos, casas de descanso, asilos e assemelhados.
- c) Clínicas ou local para recuperação de viciados em álcool e drogas.
- d) Instituições de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais; casa de saúde para convalescentes; unidade especial de Hospital usada primordialmente como um lugar para viciados em drogas ou álcool,

**ou como uma instituição de saúde para convalescentes ou para reabilitação; clínicas de emagrecimento e SPA.**

## **5. BENEFICIÁRIO**

---

**5.1.** O beneficiário desta cobertura é o Participante do acidente com o veículo cadastrado.

## **6. CAPITAL SEGURADO**

---

**6.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da internação.

**6.2.** O Capital Segurado estabelecido para a cobertura contratada constará no Certificado Individual do Segurado, e representará o valor a ser pago por cada diária de hospitalização.

## **7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS**

---

**7.1.** Quando forem aplicáveis, as franquias estarão fixadas no contrato.

**7.2.** Para esta cobertura, o período de franquia será de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data do evento.

**7.3.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

**7.4.** Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de internação hospitalar por acidente automobilístico ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.

## **8. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

---

**8.1.** Em caso de internação coberta pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) Formulário Aviso de Sinistro preenchido e assinado;**
- b) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado**
- c) Original e Cópia da nota fiscal ou de qualquer outro documento legal comprobatório da hospitalização, emitido pela Instituição Hospitalar;**
- d) Prontuário Médico, fornecido pela Instituição Hospitalar;**
- e) Cópia do boletim de ocorrência autenticado;**
- f) Cópia do comprovante de endereço nominal ao beneficiário;**
- g) Dados bancários completo em nome do beneficiário.**

## **9. DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

- 9.1.** Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO EM UTI OU CTI

### 1. OBJETIVO

---

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Diária por Internação Hospitalar em UTI ou CTI.

### 2. DEFINIÇÕES

---

- 2.1. Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou Centro de Terapia Intensiva (CTI):** é a dependência hospitalar específica, adequada do ponto de vista operacional, técnico e profissional, responsável pela manutenção das condições vitais de pacientes que apresentam estados fisiológicos críticos, que requeiram controles clínicos e tratamentos médico e paramédico permanentes e intensivos.
- 2.2.** Além da definição acima serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### 3. GARANTIA

---

- 3.1.** A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de um valor diário fixo adicional de 50% do valor pago para a cobertura de Diária por Internação Hospitalar por Acidente Automobilístico, pagável por cada dia **de hospitalização do Segurado em UTI (Unidade de Terapia Intensiva) ou CTI (Centro de Terapia Intensiva) em uma Instituição Hospitalar**, desde que a hospitalização seja decorrente de Acidente Pessoal ou doença, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais.
- 3.2.** O valor de cada diária será estabelecido na Proposta de Adesão e ratificado no Certificado Individual.
- 3.3.** Caracteriza-se como hospitalização uma internação em uma Instituição Hospitalar pelo período mínimo de 12 (doze) horas.
- 3.4.** O benefício máximo pagável sob este seguro é de 60 (sessenta) diárias por evento, sendo que, nas reinternações as diárias serão cumulativas para este efeito.
- 3.4.1. Considerar-se-á como reinternação, a internação que se iniciar no período de vigência deste Seguro, dentro dos 60 (sessenta) dias subsequentes ao fim de uma internação já sofrida, e que resulte de causas que sejam iguais ou relacionadas com a mesma, e para a qual já se tenha pago benefício concedido por este Seguro.
- 3.5.** Nos casos de hospitalização no exterior, os encargos de tradução dos documentos comprobatórios ficarão por conta da Seguradora.

## 4. RISCOS EXCLUÍDOS

---

**4.1. Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídas, além das hospitalizações decorrentes dos eventos já relacionados no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais:**

- a) hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal – check-up, e investigação diagnóstica;**
- b) hospitalizações decorrentes de infecção pelo vírus HIV ou suas variações, incluindo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e todos os complexos de doenças relacionadas à ela;**
- c) hospitalizações quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;**
- d) cirurgia para mudança de sexo, inseminação artificial e qualquer tratamento para esterilidade quando voluntários ou controle da natalidade e suas consequências;**
- e) cirurgias plásticas e suas consequências, incluindo-se aquelas derivadas de problemas congênitos. Estão cobertas as cirurgias plásticas restauradoras decorrentes de acidentes pessoal ocorrido na vigência do Seguro;**
- f) hospitalizações decorrentes de doenças congênitas;**
- g) tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou anti-ético;**
- h) tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde.**

**4.2. Exclusões por Condições Médicas Preexistentes**

**4.2.1. A hospitalização resultante de doença ou lesão caracterizada como condição médica preexistente somente estará coberta após o Segurado ter permanecido neste seguro durante um período contínuo de 12 (doze) meses.**

**4.2.1.1. Uma condição médica preexistente significa a doença ou lesão em função da qual o Segurado tenha recebido tratamento médico, ou recomendação médica para tal, a qualquer momento, nos 6 (seis) meses anteriores à data de início deste seguro, ou ainda saiba ser portador ou sofredor à época da contratação, não declarada na Proposta de Adesão por meio de preenchimento de Declaração Pessoal de Saúde, mesmo que ainda não tenha recebido tratamento médico, mas já tenha diagnóstico e/ou recomendação médica para tanto.**

**4.3. Exclusões por Instituições não Cobertas**

**4.3.1. Estão excluídas da cobertura deste seguro as internações em instituições do tipo abaixo relacionados:**

- a) Instituição para atendimento de deficientes mentais, ou seja, uma instituição primordialmente dedicada ao tratamento de enfermidade**

**psiquiátricas, incluindo subnormalidades; ou ainda o departamento psiquiátrico de um hospital.**

- b) Local para idosos, casas de descanso, asilos e assemelhados.**
- c) Clínicas ou local para recuperação de viciados em álcool e drogas.**
- d) Instituições de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais; casa de saúde para convalescentes; unidade especial de Hospital usada primordialmente como um lugar para viciados em drogas ou álcool, ou como uma instituição de saúde para convalescentes ou para reabilitação; clínicas de emagrecimento e SPA.**

## **5. BENEFICIÁRIO**

---

**5.1.** O beneficiário desta cobertura é o Participante do acidente com o veículo cadastrado.

## **6. CAPITAL SEGURADO**

---

**6.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da internação.

**6.2.** O Capital Segurado estabelecido para a cobertura contratada constará no Certificado Individual do Segurado, e representará o valor a ser pago por cada diária de hospitalização.

## **7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS**

---

**7.1.** Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.

**7.2.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

**7.3.** Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de internação hospitalar por acidente automobilístico em UTI ou CTI ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.

## **8. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

---

**8.1.** Em caso de internação coberta pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) Formulário Aviso de Sinistro preenchido e assinado;**
- b) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado**
- c) Original e Cópia da nota fiscal ou de qualquer outro documento legal comprobatório da hospitalização, emitido pela Instituição Hospitalar;**
- d) Prontuário Médico, fornecido pela Instituição Hospitalar;**
- e) Cópia do boletim de ocorrência autenticado;**
- f) Cópia do comprovante de endereço nominal ao beneficiário;**

**g) Dados bancários completo em nome do beneficiário.**

## **9. DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

- 9.1.** Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR NO EXTERIOR

### 1. OBJETIVO

---

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Diária por Internação Hospitalar.

### 2. DEFINIÇÕES

---

- 2.1.** Serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### 3. GARANTIA

---

- 3.1.** A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de um valor diário fixo, pagável por cada dia de hospitalização do Segurado em uma Instituição Hospitalar, desde que a hospitalização seja decorrente de Acidente Pessoal ou doença, exclusivamente ocorridas no Exterior, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais.
- 3.2.** O valor de cada diária será estabelecido na Proposta de Adesão e ratificado no Certificado Individual.
- 3.3.** Caracteriza-se como hospitalização uma internação em uma Instituição Hospitalar pelo período mínimo de 12 (doze) horas.
- 3.4.** O benefício máximo pagável sob este seguro é de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, sendo que, nas reinternações as diárias serão cumulativas para este efeito.
- 3.4.1. Considerar-se-á como reinternação, a internação que se iniciar no período de vigência deste Seguro, dentro dos 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias subsequentes ao fim de uma internação já sofrida, e que resulte de causas que sejam iguais ou relacionadas com a mesma, e para a qual já se tenha pago benefício concedido por este Seguro.
- 3.5.** Nos casos de hospitalização no exterior, os encargos de tradução dos documentos comprobatórios ficarão por conta da Seguradora.

### 4. RISCOS EXCLUÍDOS

---

- 4.1. Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídas, além das hospitalizações decorrentes dos eventos já relacionados no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais:**

- a) hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal – check-up, e investigação diagnóstica;
- b) hospitalizações decorrentes de infecção pelo vírus HIV ou suas variações, incluindo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e todos os complexos de doenças relacionadas à ela;
- c) hospitalizações quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;
- d) cirurgia para mudança de sexo, inseminação artificial e qualquer tratamento para esterilidade quando voluntários ou controle da natalidade e suas consequências;
- e) cirurgias plásticas e suas consequências, incluindo-se aquelas derivadas de problemas congênitos. Estão cobertas as cirurgias plásticas restauradoras decorrentes de acidentes pessoal ocorrido na vigência do Seguro;
- f) hospitalizações decorrentes de doenças congênitas;
- g) tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou anti-ético;
- h) tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde.

#### **4.2. Exclusões por Condições Médicas Preexistentes**

4.2.1. A hospitalização resultante de doença ou lesão caracterizada como condição médica preexistente somente estará coberta após o Segurado ter permanecido neste seguro durante um período contínuo de 12 (doze) meses.

4.2.1.1. Uma condição médica preexistente significa a doença ou lesão em função da qual o Segurado tenha recebido tratamento médico, ou recomendação médica para tal, a qualquer momento, nos 6 (seis) meses anteriores à data de início deste seguro, ou ainda saiba ser portador ou sofredor à época da contratação, não declarada na Proposta de Adesão por meio de preenchimento de Declaração Pessoal de Saúde, mesmo que ainda não tenha recebido tratamento médico, mas já tenha diagnóstico e/ou recomendação médica para tanto.

#### **4.3. Exclusões por Instituições não Cobertas**

4.3.1. Estão excluídas da cobertura deste seguro as internações em instituições do tipo abaixo relacionados:

- a) Instituição para atendimento de deficientes mentais, ou seja, uma instituição primordialmente dedicada ao tratamento de enfermidade psiquiátricas, incluindo subnormalidades; ou ainda o departamento psiquiátrico de um hospital.
- b) Local para idosos, casas de descanso, asilos e assemelhados.
- c) Clínicas ou local para recuperação de viciados em álcool e drogas.

- d) Instituições de saúde hidroterápica ou clínica de método curativos naturais; casa de saúde para convalescentes; unidade especial de Hospital usada primordialmente como um lugar para viciados em drogas ou álcool, ou como uma instituição de saúde para convalescentes ou para reabilitação; clínicas de emagrecimento e SPA.**

## **5. BENEFICIÁRIO**

---

- 5.1.** O beneficiário desta cobertura é o próprio segurado.

## **6. CAPITAL SEGURADO**

---

- 6.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da internação.
- 6.2.** O Capital Segurado estabelecido para a cobertura contratada constará no Certificado Individual do Segurado, e representará o valor a ser pago por cada diária de hospitalização.
- 6.3.** O Capital Segurado não poderá ultrapassar 1/365 (um trezentos e sessenta e cinco avos) do Limite Técnico de Aceitação da Seguradora.

## **7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS**

---

- 7.1.** Quando forem aplicáveis, franquias e/ou carências estarão fixadas no contrato.
- 7.2.** Para esta cobertura, o período de franquia será de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data do evento.
- 7.3.** O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.
- 7.4.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 7.5.** Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de internação hospitalar no exterior ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.

## **8. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

---

- 8.1.** Em caso de internação coberta pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:
- a) Formulário Aviso de Sinistro preenchido e assinado;**
  - b) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;**
  - c) Original e Cópia da nota fiscal ou de qualquer outro documento legal comprobatório da hospitalização, emitido pela Instituição Hospitalar.**

- d) Prontuário Médico, fornecido pela Instituição Hospitalar;**
- e) Cópia do comprovante de residência nominal ao segurado e beneficiários;**
- f) Dados bancários completos em nome dos beneficiários.**

## **9. DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

- 9.1.** Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS

### 1. OBJETIVO

---

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas.

### 2. DEFINIÇÕES

---

- 2.1.** Serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### 3. GARANTIA

---

- 3.1.** A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o reembolso, limitado ao Capital Segurado, de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais.
- 3.2.** Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares, desde que legalmente habilitados.
- 3.3.** Desde que preservada a livre escolha, pode a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviço médico-hospitalares para facilitar a prestação de assistência ao Segurado.
- 3.4.** A comprovação das despesas médico-hospitalares deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente, podendo ser aceitos pela Seguradora outros documentos a seu critério.

### 4. RISCOS EXCLUÍDOS

---

- 4.1. Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídas as despesas decorrentes de, além dos eventos já relacionados no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais:**
- a) estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes;**
  - b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e as próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.**

## **5. BENEFICIÁRIO**

---

**5.1.** O beneficiário desta cobertura é o próprio Segurado.

## **6. CAPITAL SEGURADO**

---

**6.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

## **7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS**

---

- 7.1.** Quando forem aplicáveis, as franquias estarão fixadas no contrato.
- 7.2.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 7.3.** Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de despesas médicas, hospitalares e odontológicas ocasionadas por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.

## **8. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

---

- 8.1.** Em caso de sinistro coberto pelo presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:
- a)** Formulário Aviso de Sinistro preenchido e assinado;
  - b)** Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;
  - c)** Relatório do médico assistente, comprovando o tratamento, anexando os exames realizados pelo Segurado e indicando a data do evento;
  - d)** Cópias autenticadas dos comprovantes originais das despesas médicas, hospitalares e odontológicas;
  - e)** Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do segurado;

## **9. DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

**9.1.** Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE RENDA POR HOSPITALIZAÇÃO EM CONSEQUÊNCIA DE CRIME

### 1. OBJETIVO

---

- 1.1. Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Renda por Internação Hospitalar, em consequência de Crime praticado contra o segurado.

### 2. DEFINIÇÕES

---

- 2.1. **Entende-se como Crime a violação culpável da lei penal que cause dano físico ao segurado.**
- 2.2. Além da definição acima serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### 3. GARANTIA

---

- 3.1. A presente Condição Especial, **desde que contratada e pago o respectivo prêmio**, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de um valor fixo, pagável em caso de hospitalização do Segurado em uma Instituição Hospitalar, desde que a hospitalização seja decorrente de Crime praticado por terceiro contra o segurado, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais.
- 3.2. O valor de indenização será estabelecido na Proposta de Adesão e ratificado no Certificado Individual.
- 3.3. Caracteriza-se como hospitalização uma internação em uma Instituição Hospitalar pelo período mínimo de 12 (doze) horas.
- 3.4. Nos casos de hospitalização no exterior, os encargos de tradução dos documentos comprobatórios ficarão por conta da Seguradora.

### 4. RISCOS EXCLUÍDOS

---

- 4.1. **Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídas, além das hospitalizações decorrentes dos eventos já relacionados no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais:**
- a) **Qualquer agravação do risco por parte do segurado que origine a internação, estando englobada nesta exclusão eventual reação por parte do mesmo em caso de ser vítima de ação criminosa.**
- b) **Qualquer internação resultante de crime em que seja o segurado, seus familiares de primeiro grau ou colaterais, co-autores ou partícipes da ação criminosa.**

c) Qualquer outra internação que não decorrente de ação criminosa.

#### **4.2. Exclusões por Instituições não Cobertas:**

- a) **Instituição para atendimento de deficientes mentais, ou seja, uma instituição primordialmente dedicada ao tratamento de enfermidade psiquiátricas, incluindo subnormalidades; ou ainda o departamento psiquiátrico de um hospital.**
- b) **Local para idosos, casas de descanso, asilos e assemelhados.**
- c) **Clínicas ou local para recuperação de viciados em álcool e drogas.**
- d) **Instituições de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais; casa de saúde para convalescentes; unidade especial de Hospital usada primordialmente como um lugar para viciados em drogas ou álcool, ou como uma instituição de saúde para convalescentes ou para reabilitação; clínicas de emagrecimento e SPA.**

## **5. BENEFICIÁRIO**

---

**5.1.** O beneficiário desta cobertura é o próprio segurado.

**5.2.** Serão elegíveis todas as pessoas físicas, que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

## **6. CAPITAL SEGURADO**

---

**6.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da internação.

**6.2.** O Capital Segurado estabelecido para a cobertura contratada constará no Certificado Individual do Segurado e representará o valor máximo a ser pago.

## **7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS**

---

**7.1.** Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.

**7.2.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

## **8. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

---

**8.1.** Em caso de internação coberta pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos, que em caso de sinistro fora do Brasil, com documentos expedidos em língua estrangeira deverão ser traduzidos para o português por um tradutor juramentado:

- a) **Formulário Aviso de Sinistro preenchido e assinado;**
- b) **Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;**

- c) Original e Cópia autenticada da nota fiscal ou de qualquer outro documento legal comprobatório da hospitalização, emitido por Instituição Hospitalar;**
- d) Prontuário Médico, fornecido pela Instituição hospitalar;**
- e) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;**
- f) Comprovante de endereço nominal do segurado;**
- g) Autorização para crédito em conta corrente nominal ao segurado.**

**8.2. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgar necessários.**

## **9. DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

**9.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.**

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES

**1. OBJETIVO**

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Doenças Graves.

**2. DEFINIÇÕES**

- 2.1. Acidente Cérebro Vascular:** isquemia cerebral ou hemorragia intracraniana resultante de problemas vasculares e que produz seqüela neurológica com duração superior à 24 (vinte e quatro) horas.
- 2.1.1. O Acidente Cérebro Vascular deve ser diagnosticado por médico habilitado em neurologia ou neurocirurgia e demonstrado através de exames complementares apropriados.
- 2.1.2. **Para fins da caracterização desta garantia, estão excluídos os seguintes eventos:**
- a) **ataques isquêmicos transitórios;**
  - b) **qualquer outra alteração neurológica resultante de acidente vascular;**
  - c) **injúria cerebral resultante de hipóxia ou trauma.**
- 2.2. Câncer:** tumor maligno que se caracteriza pelo crescimento descontrolado de células com invasão e destruição de tecido normal.
- 2.2.1. O Câncer deve ser diagnosticado por médico habilitado em oncologia e demonstrado através de laudos de exames citológicos e histológicos apropriados para cada caso.
- 2.2.2. **Para fins da caracterização desta garantia, estão excluídos os seguintes eventos:**
- a) **carcinomas não invasivos “in situ” (incluindo displasia cervical) e outras lesões pré-neoplásicas;**
  - b) **carcinoma baso-celular;**
  - c) **sarcoma de Kaposi e outros tumores relativos à AIDS;**
  - d) **qualquer tipo de Câncer de pele que não seja melanoma maligno invasivo de menos de 1,2mm de espessura determinado por exame e menos de Clark level 3;**
  - e) **leucemia linfática crônica.**
- 2.2.3. **Doença Coberta:** Estarão cobertas por esta garantia o diagnóstico positivo de Câncer, Infarto, Acidente Cérebro Vascular, Insuficiência Renal e Transplante de

Órgãos, respeitadas as definições, caracterizações e exclusões de cada doença, conforme os subitens 2.1., 2.2., 2.4., 2.5. e 2.6. desta Condição Especial.

- 2.3. Infarto:** necrose de parte do músculo cardíaco em consequência de um fluxo sanguíneo inadequado.
- 2.3.1. O Infarto deve ser diagnosticado por médico habilitado em cardiologia e demonstrado através de pelo menos 02 (dois) dos seguintes sintomas ou sinais:
- a) histórico da dor precordial típica;
  - b) alterações eletrocardiográficas;
  - c) alterações das enzimas cardíacas;
  - d) outros exames complementares aplicáveis ao caso.
- 2.3.2. **Para fins da caracterização desta garantia, estão excluídos os Infartos do miocárdio antigos demonstrados através do ECG.**
- 2.4. Insuficiência Renal:** estágio final da patologia renal com falência funcional e consequente indicação de hemodiálise ou transplante renal.
- 2.4.1. A Insuficiência Renal deve ser diagnosticada por médico habilitado em nefrologia e demonstrada através de exames complementares apropriados.
- 2.5. Transplante de Órgãos:** necessidade médica de recepção de transplante, em função da perda irreversível da função dos seguintes órgãos: fígado, coração, pulmão, rins ou medula óssea.
- 2.5.1. O Transplante de Órgãos deve ter o diagnóstico e a recomendação feitos pelo menos por dois médicos habilitados na especialidade da patologia em questão.
- 2.5.2. **Para fins da caracterização desta garantia, estão excluídos os seguintes eventos:**
- a) transplantes dos demais órgãos não listados no subitem 2.6. acima;
  - b) transplante de tecido;
  - c) auto-transplante.
- 2.6. Além das definições acima serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.**

### 3. GARANTIA

---

- 3.1.** A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização caso o Segurado receba um diagnóstico de uma das Doenças definidas no item 2 destas condições especiais e desde que o primeiro diagnóstico da doença ocorra durante a vigência desta cobertura e após o período de carência estabelecido no contrato.
- 3.2.** Esta garantia terminará com o diagnóstico de uma das doenças cobertas.

## **4. RISCOS EXCLUÍDOS**

---

- 4.1. Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídos os seguintes eventos, além dos já relacionados no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais:**
- a) diagnósticos concedidos pelo próprio Segurado, seus dependentes, parentes, ou pessoa com laços de dependência econômica ou que resida, com o mesmo, mesmo que estes sejam médicos profissionais habilitados;**
  - b) diagnósticos concedidos por pessoa que não seja médico profissional habilitado;**
  - c) doenças profissionais.**
- 4.2. Além dos eventos relacionados no subitem 4.1. acima, estão excluídas desta garantia as condições médicas preexistentes (de conhecimento do segurado e não declaradas na Proposta de Adesão por meio de preenchimento de Declaração Pessoal de Saúde).**

## **5. BENEFICIÁRIO**

---

- 5.1. O beneficiário desta cobertura é o próprio segurado.**

## **6. CAPITAL SEGURADO**

---

- 6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico da doença coberta.**

## **7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS**

---

- 7.1. Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.**
- 7.2. Quando forem aplicáveis, as carências estarão fixadas no contrato.**
- 7.3. O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.**

## **8. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

---

- 8.1. Em caso de sinistro coberto pela presente Condição Especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:**
- a) Formulário Aviso de Sinistro preenchido e assinado;**
  - b) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;**
  - c) Laudo ou Declaração médica atestando a doença, assinada pelo médico assistente, profissional habilitado, contendo o carimbo com o seu número**

- no Conselho Regional de Medicina (CRM), e ainda os exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico da doença;**
- d) Cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado, se menor, declaração de residência feita por terceiros;**
  - e) Dados bancários completo em nome do beneficiário / Segurado.**
  - f) Caso o segurado venha a falecer, deverão ser apresentados os documentos comprobatórios dos beneficiários.**

## **9. DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

- 9.1.** Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

### 1. OBJETIVO

---

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Diagnóstico de Câncer.

### 2. DEFINIÇÕES

---

- 2.1. Câncer:** Para efeito deste seguro, é a designação genérica de tumor maligno, caracterizado pelo desenvolvimento de células ditas malignas, no corpo humano. Tal designação deverá ser comprovada através de exame anatomopatológico. Exclui-se, no entanto, dessa designação, para efeitos do presente seguro, qualquer câncer de pele, exceto o melanoma maligno. Para os efeitos desta garantia, o tumor maligno deverá ter seu primeiro diagnóstico em data posterior ao início da vigência do Certificado Individual e findo o prazo de carência definido no contrato deste seguro. O diagnóstico de câncer maligno poderá ser realizado no paciente tanto em vida quanto em post-mortem.
- 2.2.** Além da definição acima serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### 3. GARANTIA

---

- 3.1.** A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado para esta cobertura, caso o segurado receba o primeiro diagnóstico de câncer maligno, dentro do prazo de vigência desta cobertura, desde que devidamente coberto pelo seguro, observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais.

### 4. RISCOS EXCLUÍDOS

---

- 4.1. Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídos os seguintes eventos, além dos já relacionados no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais:**
- a) diagnósticos concedidos pelo próprio Segurado, seus dependentes, parentes, ou pessoa com laços de dependência econômica ou que resida, com o mesmo, mesmo que estes sejam médicos profissionais habilitados;**
  - b) diagnósticos concedidos por pessoa que não seja médico profissional habilitado;**
  - c) qualquer tipo de câncer de pele, exceto o melanoma maligno.**

## **5. Beneficiário**

---

- 5.1.** O beneficiário desta cobertura é o próprio segurado.

## **6. CAPITAL SEGURADO**

---

- 6.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico do câncer.

## **7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS**

---

- 7.1.** Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.
- 7.2.** Quando forem aplicáveis, as carências estarão fixadas no contrato.
- 7.3.** O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.

## **8. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

---

- 8.1.** Em caso de sinistro coberto pela presente Condição Especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:
- a)** Formulário Aviso de Sinistro preenchido e assinado;
  - b)** Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado
  - c)** Laudo ou Declaração Médica, atestando a doença, assinada pelo médico assistente, profissional habilitado, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM), e ainda os exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico da doença.
  - d)** Cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado;
  - e)** dados bancários completo em nome do segurado; (quando necessário).

## **9. DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

- 9.1.** Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS

### 1. OBJETIVO

---

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Transplante de Órgãos.

### 2. DEFINIÇÕES

---

- 2.1. Transplante de Órgãos:** necessidade médica de recepção de transplante, em função da perda irreversível da função dos seguintes órgãos: medula óssea, fígado, coração, pâncreas, pulmão, córnea ou rim.
- 2.1.1. O Transplante de Órgãos deve ter o diagnóstico e a recomendação feitos pelo menos por dois médicos habilitados na especialidade da patologia em questão.
- 2.2. Lista de espera de transplante de órgãos:** a relação controlada pela Secretaria da Saúde onde são armazenados, em ordem cronológica, os dados das pessoas que precisam receber transplante(s) de órgão(s).
- 2.3.** Além da definição acima serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### 3. GARANTIA

---

- 3.1.** A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de uma indenização, caso o Segurado necessite de transplante de algum dos órgãos definidos no item 2 desta condição especial.
- 3.2. Somente haverá cobertura para o primeiro transplante realizado, desde que comunicado à Seguradora, não havendo, em hipótese alguma acumulação de indenizações.**

### 4. RISCOS EXCLUÍDOS

---

- 4.1. Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídos os seguintes eventos, além dos já relacionados no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais:**
- a) transplantes não especificados no item 2.1. ;
  - b) transplantes cuja a data da declaração médica atestando a necessidade do transplante seja anterior ao cumprimento do Prazo de Carência;
  - c) transplantes decorrentes de Doenças ou Lesões Preexistentes (doenças de conhecimento do segurado antes da contratação do seguro e não declaradas

na Proposta de Adesão por meio de preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde).

## **5. BENEFICIÁRIO**

---

**5.1.** O beneficiário desta cobertura é o próprio segurado.

## **6. CAPITAL SEGURADO**

---

**6.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da Declaração Médica confirmando a necessidade da realização de transplante.

## **7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS**

---

**7.1.** Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.

**7.2.** Quando forem aplicáveis, as carências estarão fixadas no contrato.

**7.3.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

**7.4.** O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.

**7.5.** Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.

## **8. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

---

**8.1.** Em caso de sinistro coberto pela presente Condição Especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) Formulário Aviso de Sinistro preenchido e assinado;
- b) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;
- c) Cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado;
- d) Laudo ou Declaração Médica atestando a doença, assinada pelo médico assistente, profissional habilitado, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM), e ainda os exames complementares realizados, comprovando a necessidade da realização do transplante;
- e) Cópia autenticada do documento de inscrição na lista de espera de transplante de órgãos da secretaria da saúde.
- f) Diagnóstico e recomendação feitos pelo menos por dois médicos habilitados na especialidade da patologia em questão.

## **9. DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

- 9.1.** Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS

### 1. OJETIVO

---

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Doença Congênita de Filhos.

### 2. DEFINIÇÕES

---

- 2.1. Doenças congênitas:** disfunções fisiológicas de origem sistêmica, bem como as provocadas por má formações anatômicas, diagnosticadas e medicamente comprovadas como congênitas.
- 2.2.** Além das definições acima serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### 3. GARANTIA

---

- 3.1.** A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado para esta garantia em caso de nascimento de filho do Segurado Principal portador de invalidez permanente total por doença congênita que venha a ser diagnosticada, observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.
- 3.2. O pagamento de qualquer indenização pela Seguradora, em decorrência desta garantia, só será efetuado desde que a data de nascimento do filho ocorra no período de vigência desta cobertura.**

### 4. RISCOS EXCLUÍDOS

---

- 4.1. Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídos os seguintes eventos, além dos já relacionados no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais:**
- a) diagnósticos concedidos pelo próprio Segurado, seus dependentes, parentes, ou pessoa com laços de dependência econômica ou que resida, com o mesmo, mesmo que estes sejam médicos profissionais habilitados;**
  - b) diagnósticos concedidos por pessoa que não seja médico profissional habilitado;**
  - c) ciência da doença congênita do filho durante a gestação, antes da vigência do certificado;**

## **5. BENEFICIÁRIO**

---

- 5.1.** O beneficiário desta cobertura é o próprio segurado.

## **6. CAPITAL SEGURADO**

---

- 6.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, do diagnóstico que especifica e caracteriza a doença congênita, indicada na declaração médica.

## **7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS**

---

- 7.1.** Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.
- 7.2.** Não serão aplicadas carências nesta cobertura.

## **8. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

---

- 8.1. Em caso de sinistro coberto pela presente Condição Especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:**
- a) Formulário Aviso de Sinistro preenchido e assinado;**
  - b) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado principal e do filho, se menor certidão de nascimento;**
  - c) Laudo ou Declaração Médica atestando a doença, assinada pelo médico assistente, profissional habilitado, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM), e ainda os exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico da doença;**
  - d) Cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado principal e ao filho, se menor, declaração de residência;**
  - e) Dados bancários completo em nome do beneficiário.**

## **9. DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

- 9.1.** Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO

### 1. OBJETIVO

---

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Desemprego Involuntário.

### 2. DEFINIÇÕES

---

- 2.1. Assalariados:** Aqueles que mantêm vínculo empregatício com pessoa jurídica, através de contrato de trabalho formalizado pela Carteira Profissional (CPTS) e recebem pagamentos periódicos consecutivos, sendo esta a forma principal de seus rendimentos.
- 2.2.** Além das definições acima serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### 3. COBERTURA

---

- 3.1.** A presente condição especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao segurado o pagamento de “n” parcelas mensais (a serem discriminadas no contrato e/ou certificado do seguro) quando ocorrer o desemprego involuntário do segurado, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta condição especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.
- 3.2.** A indenização acima será paga em caso de rescisão injustificada do contrato de trabalho do Segurado de forma unilateral por parte do empregador e não motivada por justa causa, caso o Segurado fique desempregado por um período superior ao descrito no certificado de seguro.
- 3.3.** Somente serão considerados elegíveis ao recebimento da indenização os Segurados que na data da rescisão do contrato tiverem vínculo empregatício, com a respectiva carteira profissional de trabalho assinada, e comprovarem ter estado trabalhando para a mesma empresa pelo período descrito no certificado de seguro.
- 3.4.** O número e o valor das parcelas a serem pagas estará definida no contrato e/ou no certificado do seguro.

### 4. RISCOS EXCLUÍDOS

---

- 4.1. Além dos riscos excluídos no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, esta cobertura não garante:**
- a) demissão por justa causa;**
  - b) aposentadoria;**
  - c) adesão a Programas de Demissão Voluntária incentivados pelo empregador do Segurado;**

- d) estagiários e contratos de trabalho temporário em geral;**
- e) perda de emprego por jubilação, pensão;**
- f) perda de emprego por renúncia ou perda voluntária do trabalho;**
- g) exoneração de cargo público;**
- h) campanhas de demissões em massa. Considera-se “demissão em massa” a situação em que empresas demitam dentro de um período de 60 dias mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de funcionários;**
- i) demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador, incluindo decreto de falência ou concordata;**
- j) despesas realizadas durante o período de aviso prévio.**

## **5. BENEFICIÁRIO**

---

- 5.1.** O beneficiário desta cobertura pode ser o próprio segurado ou a pessoa jurídica descrita no certificado de seguro.
- 5.2.** Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária nesta cobertura se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

## **6. CAPITAL SEGURADO**

---

- 6.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da rescisão injustificada do contrato de trabalho.

## **7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS**

---

- 7.1.** Quando forem aplicáveis, franquias e/ou carências estarão fixadas no contrato.
- 7.2.** Para esta cobertura, o período de franquia será de, no máximo, 90 (noventa) dias, a contar da data do evento.
- 7.3.** O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.

## **8. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

---

- 8.1.** Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:
  - a) Formulário Aviso de Sinistro preenchido e assinado;**
  - b) cópia da Cédula de Identidade e do CPF do Segurado;**
  - c) cópia autenticada da CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social), das seguintes páginas:**
  - d) página da foto;**

- e) - página da qualificação civil (verso da página da foto);
- f) - página do contrato de trabalho, onde consta o último registro de trabalho;
- g) cópia autenticada do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, homologado no sindicato profissional;
- h) comprovante do pagamento do seguro;
- i) cópia do comprovante de residência nominal ao segurado e beneficiários;
- j) dados bancários completos em nome do segurado (caso seja necessário).

## **9. DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

- 9.1.** Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE VERBAS RESCISÓRIAS

### 1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Esta Condição Especial integra as Condições Contratuais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Verbas Rescisórias.

### 2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Serão utilizadas para esta cobertura as definições do item 2- Definições descritas nas Condições Gerais

### 3. GARANTIA

- 3.1. A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao Estipulante o pagamento de uma indenização, a título de reembolso das despesas com pagamento de verbas rescisórias, respeitados os limites estabelecidos contratualmente, quando ocorrer a morte do segurado, por causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.
- 3.2. Para efeito desta cobertura será considerada como “data da ocorrência do evento coberto” a data de falecimento do segurado, comprovado mediante Certidão de Óbito.

### 4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. **Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 4 - Riscos Excluídos descritos nas Condições Gerais.**

### 5. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 5.1. Este Seguro abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

### 6. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

- 6.1. A garantia compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início indicado nas condições contratuais do plano de seguro, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta cláusula não integrar o Contrato.
- 6.2. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Condição Especial termina:
  - a) simultaneamente, com o cancelamento da apólice ou da presente Cláusula;

- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice;
- c) com a morte ou invalidez permanente total do Segurado (por acidente ou por doença).

## **7. PRÊMIO**

---

- 7.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

## **8. FRANQUIAS E CARÊNCIAS**

---

- 8.1. **Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.**
- 8.2. **Quando forem aplicáveis, as carências estarão fixadas no contrato.**
- 8.3. **Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.**
- 8.4. **O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.**
- 8.5. **Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.**

## **9. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS**

---

- 9.1. Para o recebimento da Indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato.
- 9.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.
- 9.3. A partir da entrega de toda a documentação exigível, a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.
- 9.4. **A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:**
  - a) **Formulário Aviso de Sinistro preenchido e assinado;**
  - b) **Certidão de Óbito;**
  - c) **Documentos pessoais do segurado: R.G ou RNE, CPF, comprovante de residência e telefone;**
  - d) **Certidão de Nascimento ou Casamento do segurado;**
  - e) **Ficha de Registro de Empregado Atualizada e comprovante de pagamento de salário dos últimos 3 meses (se seguro com vínculo empregatício);**
  - f) **Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico (em caso de acidente);**

- g) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (se houver acidente de trânsito e se o Segurado for condutor do veículo acidentado);**
- h) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho, cópia do Termo Circunstanciado ou do Boletim de Ocorrência Policial (em caso de acidente);**

**9.5.** A documentação listada acima não é restritiva. A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos que se façam necessários, durante o processo de análise do sinistro, para sua completa liquidação.

## **10. DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

**10.1.** Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.