

BB SEGUROS

Companhia de Seguros
Aliança do Brasil

SEGURO DE VIDA EM GRUPO
EXCLUSIVO PARA O PÚBLICO FEMININO
Condições Gerais

ÍNDICE**CONDIÇÕES GERAIS**

Conteúdo	Páginas
1. Objetivo do seguro	
2. Definições	
3. Estipulante	
4. Coberturas do seguro	
5. Riscos excluídos	
6. Âmbito geográfico de cobertura	
7. Condições para aceitação e inclusão no seguro	
8. Beneficiários	
9. Capital segurado	
10. Prêmio do seguro	
11. Pagamento do prêmio	
12. Suspensão e reabilitação das coberturas	
13. Atualização monetária	
14. Início, vigência e renovação da cobertura individual	
15. Término da cobertura individual	
16. Cancelamento da apólice	
17. Início, vigência e renovação da apólice	
18. Certificado individual	
19. Condições para pagamento da indenização em caso de sinistro	
20. Perda do direito	
21. Modificações nas cláusulas da apólice	
22. Disposições gerais	
23. Propaganda e publicidade	
24. Foro	

CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA E INDENIZAÇÃO SUPLEMENTAR DE IPA

Conteúdo	Páginas
1. Objetivo	
2. Definição	
3. Coberturas	
4. Riscos excluídos	
5. Capital segurado	
6. Beneficiário	
7. Condições para pagamento da indenização em caso de sinistro	
8. Disposições gerais	

CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

O presente seguro de vida em grupo, exclusivo para o público feminino, tem por objetivo garantir o pagamento de indenização à segurada ou aos seus beneficiários do seguro, conforme o caso, estando a apólice e as respectivas coberturas em vigor na data da ocorrência de um dos eventos previstos nestas condições gerais, exceto se decorrente de riscos excluídos.

2. DEFINIÇÕES

Proponente: é a pessoa física, do sexo feminino, que mediante o preenchimento e assinatura da proposta de adesão, propõe a sua inclusão na apólice de seguro e que passará à condição de segurada somente após a aceitação formal pela seguradora da mesma proposta de adesão.

Segurada: é a proponente cuja proposta de adesão tiver sido aceita pela seguradora.

Seguradora: é a Companhia de Seguros Aliança do Brasil que, por força do recebimento do prêmio correspondente, se responsabiliza pela cobertura do seguro.

Beneficiários: são as pessoas designadas pela segurada a quem, em razão do seu falecimento, enquadrado na cobertura do seguro, será paga a indenização respectiva, observados os termos e disposições destas condições gerais. Em caso de diagnóstico de câncer, enquadrado na cobertura do seguro, será beneficiária a própria segurada. Caso a segurada venha a óbito antes do recebimento da indenização referente à cobertura de diagnóstico de câncer, os beneficiários do seguro serão seus herdeiros legais.

Proposta de adesão: é o documento pelo qual a proponente expressa sua vontade de contratar o seguro, propondo as coberturas e seus respectivos capitais prestando todas as informações solicitadas e declarações que lhe couber sobre o seu estado de saúde e de atividade, e confirma plena ciência acerca dos termos e disposições destas condições gerais.

Período de cobertura: é o período durante o qual a segurada, tendo pago o prêmio correspondente, terá direito às coberturas previstas no item 4 destas condições gerais.

Carência: é o período durante o qual a seguradora está isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.

Início de vigência individual: às 24h (vinte e quatro horas) do dia da contratação do seguro, conforme estabelecido no certificado individual.

Certificado individual: é o documento emitido pela seguradora, destinado a cada segurada como comprovante de sua inclusão na apólice e que contém informações específicas do seguro contratado.

Sinistro: é a ocorrência de um evento previsto na apólice e enquadrado nas suas condições de cobertura.

Eventos cobertos:

É o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas coberturas:

- a) cobertura básica: morte natural ou acidental, nos termos expressos nas condições de cobertura;
- b) cobertura diagnóstico de câncer de mama ou de colo do útero, nos termos expressos nas condições de cobertura.

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

Prêmio: é a importância a ser paga pela segurada à seguradora para obter a cobertura do seguro no período contratado.

Capital segurado: é a importância máxima a ser paga pela seguradora à segurada ou a seus beneficiários, conforme o caso, na ocorrência de um dos eventos previstos na apólice, desde que contratada a respectiva cobertura.

Indenização: é a importância a ser paga pela seguradora à segurada ou aos beneficiários do seguro, conforme o caso, na ocorrência dos eventos previstos na apólice, desde que contratada a respectiva cobertura.

Neoplasia: doença caracterizada pela proliferação anormal de células, tumoral ou não, de caráter benigno ou maligno.

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

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

Neoplasia maligna: proliferação anormal e descontrolada de células, de diversos tipos de tecidos, que podem disseminar pela corrente sanguínea ou através dos vasos linfáticos, com potencial de implantação em outros órgãos e tecidos, causando metástases e que apresenta características celulares e anátomo-patológicas, macroscópicas e microscópicas de neoplasia maligna.

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

Câncer: é a designação genérica de neoplasia maligna, caracterizada pelo desenvolvimento de células ditas malignas no corpo humano.

PARA OS EFEITOS DA COBERTURA DIAGNÓSTICO DE CÂNCER, SÓ ESTARÃO COBERTAS A NEOPLASIA MALIGNA DE MAMA OU A NEOPLASIA MALIGNA DE COLO DO ÚTERO, DESDE QUE, CUMULATIVAMENTE, SEJAM CUMPRIDOS OS SEGUINTE REQUISITOS:

- A) NÃO ESTEJA ABRANGIDA PELO ITEM 5, RISCOS EXCLUÍDOS, DESTAS CONDIÇÕES GERAIS;**
- B) QUE A NEOPLASIA TENHA O SEU PRIMEIRO DIAGNÓSTICO COMPROVADO EM DATA POSTERIOR AO INÍCIO DA VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL DA SEGURADA;**
- C) OCORRA DEPOIS DE FINDO O PERÍODO DE CARÊNCIA DETERMINADO NESTAS CONDIÇÕES GERAIS.**

Diagnóstico de câncer: É A CONSTATAÇÃO DE CÂNCER NA SEGURADA, EXCLUSIVO PARA A NEOPLASIA MALIGNA DE MAMA OU PARA A NEOPLASIA MALIGNA DE COLO DO ÚTERO, REALIZADO EM VIDA NA SEGURADA, EFETUADA POR EXAME MICROSCÓPICO DE TECIDO FIXO AFETADO PELA MOLÉSTIA, SENDO O DE MAIOR IMPORTÂNCIA O ANÁTOMO-PATOLÓGICO, ALÉM DE EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA. O DIAGNÓSTICO DADO PELO PATOLOGISTA SERÁ CONSIDERADO VÁLIDO, PARA FINS DO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, DESDE QUE PRECEDIDO DE EXAME HISTOLÓGICO MINUCIOSO DO TUMOR MALIGNO, OU DO TECIDO COLETADO, EM QUE EFETIVAMENTE SE EVIDENCIE A EXISTÊNCIA DO CÂNCER.

O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER TERÁ DE ATENDER, INTEGRALMENTE, OS CRITÉRIOS ESTABELECIDOS NA LITERATURA MUNDIAL E ACEITOS PELAS

RESPECTIVAS SOCIEDADES MÉDICO-CIENTÍFICAS ESPECIALIZADAS E PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL.

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

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

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE: É A DECLARAÇÃO CONSTANTE DA PROPOSTA DE ADESÃO, NO QUAL A PROPONENTE PRESTA AS INFORMAÇÕES E DECLARAÇÕES SOBRE O SEU ESTADO DE SAÚDE E DE ATIVIDADE PROFISSIONAL EXERCIDA, SOB SUA RESPONSABILIDADE E SOB AS PENAS PREVISTAS NO ARTIGO 766 DO CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO, PARA AVALIAÇÃO DO RISCO PELA SEGURADORA.

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

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

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

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

Médico assistente: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, da escolha da segurada, responsável pelo seu acompanhamento clínico e pelo diagnóstico e conduta realizados.

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

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

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

3. ESTIPULANTE

O estipulante da apólice é a pessoa jurídica investida dos poderes de representação do grupo segurado perante a seguradora. O estipulante não representa a seguradora perante o grupo segurado.

4. COBERTURAS DO SEGURO

4.1. Básica de morte é a garantia de pagamento de 100% do capital segurado desta cobertura, em caso de morte natural ou por acidente da segurada, **DESDE QUE NÃO ABRANGIDA PELO ITEM 5 - RISCOS EXCLUÍDOS DESTAS CONDIÇÕES GERAIS.**

4.2. Diagnóstico de câncer é a garantia de pagamento de 100% do capital segurado desta cobertura, em caso de diagnóstico de câncer na segurada, desde que:

- a) **O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER SEJA EXCLUSIVO PARA A NEOPLASIA MALIGNA DE MAMA OU PARA A NEOPLASIA MALIGNA DE COLO DO ÚTERO;**
- b) **A NEOPLASIA MALIGNA, DE MAMA OU DE COLO DO ÚTERO DEVERÁ SER OBRIGATORIAMENTE DIAGNOSTICADA EM VIDA;**
- c) **O CÂNCER NÃO DECORRA OU DE QUALQUER MODO NÃO SE RELACIONE COM QUALQUER DOS ATOS, FATOS OU SITUAÇÕES ABRANGIDOS PELO DISPOSTO NO ITEM 5 - RISCOS EXCLUÍDOS DESTAS CONDIÇÕES GERAIS;**
- d) **A NEOPLASIA MALIGNA DE MAMA OU A NEOPLASIA MALIGNA DE COLO DO ÚTERO DEVERÁ TER O SEU PRIMEIRO DIAGNÓSTICO COMPROVADO EM DATA POSTERIOR AO INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL DA SEGURADA E FINDO O PERÍODO DE CARÊNCIA DE 60 (SESSENTA) DIAS CORRIDOS, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE INÍCIO DE VIGÊNCIA INDIVIDUAL CONSTANTE DO CERTIFICADO INDIVIDUAL.**

4.2.1. SOMENTE HAVERÁ GARANTIA DESTA COBERTURA PARA A PRIMEIRA NEOPLASIA MALIGNA DIAGNOSTICADA, NA MAMA OU NO COLO DO ÚTERO,

CONFORME ALÍNEA D ACIMA, ESTANDO EXCLUÍDAS, EM TODA E QUALQUER HIPÓTESE PARA OS EFEITOS DESTES SEGUROS E DE SUAS RENOVAÇÕES, SE OCORREREM, POSSIBILIDADE DE ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES PELO DIAGNÓSTICO DE MAIS DE UM CÂNCER.

4.2.2. A segurada terá direito a prorrogação automática de sua cobertura individual por período correspondente à carência fixada na alínea d do item 4.2, ou seja, 60 (sessenta) dias, respeitada a prerrogativa de seu cancelamento pela Seguradora por impossibilidade de manutenção do grupo segurado.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS DO SEGURO OS EVENTOS RELACIONADOS A OU OCORRIDOS EM CONSEQÜÊNCIA:

- A) DO USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, INCLUINDO A EXPLOSÃO NUCLEAR PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO A CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA, OU A EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;**
- B) DE ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, DE GUERRA QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, INVASÕES, ATOS MILITARES, HOSTILIDADES, DE GUERRA CIVIL OU GUERRILHA, DE REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES; EXCETO SE DECORRENTE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR OU ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;**
- C) DE DANOS E PERDAS CAUSADAS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATO TERRORISTA, CABENDO À SEGURADORA COMPROVAR COM DOCUMENTAÇÃO HÁBIL, ACOMPANHADA DE LAUDO CIRCUNSTANCIADO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTEMENTE DE SEU PROPÓSITO, E DESDE QUE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATENTATÓRIO A ORDEM PÚBLICA PELA AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE;**
- D) DE ATOS ILÍCITOS DOLOSOS, PRATICADOS PELA SEGURADA, PELO BENEFICIÁRIO OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO;**
- E) DE EVENTOS PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO NÃO DECLARADOS PELA SEGURADA NA PROPOSTA DE ADESÃO;**

F) DA TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO E SUAS CONSEQÜÊNCIAS, OCORRIDOS ANTES DE COMPLETADOS DOIS ANOS ININTERRUPTOS DO INÍCIO DA RESPECTIVA COBERTURA INDIVIDUAL.

5.2. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DIAGNÓSTICO DE CÂNCER EXCLUSIVO PARA A NEOPLASIA MALIGNA DE MAMA OU PARA A NEOPLASIA MALIGNA DE COLO DO ÚTERO:

- A) CARCINOMA IN SITU NO COLO DO ÚTERO;**
- B) NEOPLASIAS MALIGNAS PRIMÁRIAS DE PELE, NA REGIÃO DAS MAMAS;**
- C) NEOPLASIAS NÃO PRIMÁRIAS DO TECIDO MAMÁRIO, NA REGIÃO ANATÔMICA DAS MAMAS;**
- D) NEOPLASIAS BENIGNAS DAS MAMAS OU DO COLO DO ÚTERO.**

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

O âmbito territorial de cobertura é o globo terrestre.

7. CONDIÇÕES PARA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO NO SEGURO

7.1. Poderá ser aceita como segurada a proponente que se encontre, na data da proposta de adesão ao seguro, em perfeitas condições de saúde e em plena atividade profissional, com idade compreendida entre 18 (dezoito) anos completos e 64 (sessenta e quatro) anos completos, conforme o subitem 7.3. abaixo.

7.2. ESTE PLANO DE SEGURO NÃO É EXTENSIVO AOS CÔNJUGES DAS SEGURADAS TITULARES.

7.3. A CONTRATAÇÃO DO SEGURO SE FORMALIZARÁ ATRAVÉS DO PREENCHIMENTO DA PROPOSTA DE ADESÃO PELA PROPONENTE, CONTENDO A DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E DE ATIVIDADE E DA RESPECTIVA ACEITAÇÃO PELA SEGURADORA, QUE TEM O PRAZO DE 15 (QUINZE) DIAS, COM COBERTURA CONDICIONAL, APÓS O RECEBIMENTO DA PROPOSTA DE ADESÃO PARA DECIDIR SOBRE A SUA ACEITAÇÃO.

7.4. APÓS O PRAZO DE 15 DIAS, A ACEITAÇÃO DO SEGURO SERÁ AUTOMÁTICA, CASO NÃO HAJA A COMUNICAÇÃO À PROPONENTE POR ESCRITO, EM CASO DE RECUSA.

7.5. ESSE PRAZO DE 15 (QUINZE) DIAS SERÁ SUSPENSO, QUANDO A SEGURADORA VERIFICAR QUE AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NA PROPOSTA DE ADESÃO SÃO INSUFICIENTES E SOLICITAR A APRESENTAÇÃO DE NOVOS DOCUMENTOS OU DE EXAMES. A CONTAGEM DO NOVO PRAZO DE 15 (QUINZE) DIAS CONTINUARÁ A CORRER À ZERO HORA DO DIA SEGUINTE EM QUE OCORRER A ENTREGA PROTOCOLADA DO QUE TIVER SIDO SOLICITADO.

7.6. NA PROPOSTA DE ADESÃO DEVERÃO SER PRESTADAS PELA PROPONENTE TODAS AS INFORMAÇÕES QUE PERMITAM À SEGURADORA AVALIAR AS CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO OU DE RECUSA DO SEGURO E QUE, NA EXISTÊNCIA DE OMISSÕES OU DE DECLARAÇÕES INVERÍDICAS, DETERMINARÃO A NULIDADE DO CONTRATO, CONFORME O DISPOSTO NO ARTIGO 766 DO CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO.

7.7. Em caso de recusa do risco, a cobertura condicional terá validade até 48 (quarenta e oito horas) úteis, após a formalização da recusa pela seguradora.

8. BENEFICIÁRIOS

8.1. No caso de morte da segurada, os beneficiários são aqueles designados na proposta de adesão ou os indicados em alteração posterior feita pela segurada por meio do preenchimento de formulário próprio, devidamente recebido pela seguradora. Na falta ou inoperância da designação feita pela segurada, a indenização será devida metade ao cônjuge não separado judicialmente e a outra metade aos herdeiros da segurada, obedecida a ordem da vocação hereditária, conforme disposto no artigo 792 do Código Civil Brasileiro.

8.2. No caso de diagnóstico de câncer, o pagamento da indenização será feito à própria segurada. Caso a mesma se encontre impossibilitada de receber a indenização, o pagamento será feito a quem legalmente a represente nos atos da vida civil.

8.2.1. Em caso de falecimento da segurada após o diagnóstico do câncer, sem que tenha sido realizado o pagamento da indenização, este reverterá em favor dos herdeiros legais da segurada.

8.3. A segurada pode, a qualquer tempo, substituir os beneficiários, através de formulário próprio, a ser obtido nas agências do Banco do Brasil, tendo como destinatária a seguradora.

8.4. QUALQUER ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO SOMENTE TERÁ VALIDADE APÓS SEU RECEBIMENTO PELA SEGURADORA.

9. CAPITAL SEGURADO

9.1. O capital segurado será escolhido pela proponente, na data do preenchimento da proposta de adesão, de acordo com as coberturas contratadas, observado o limite máximo de cada cobertura e a idade da proponente.

9.2. CADA SEGURADA SÓ PODERÁ CONTRATAR UM ÚNICO SEGURO, RESPEITANDO O LIMITE MÁXIMO DE CAPITAL SEGURADO POR COBERTURA EM FUNÇÃO DA SUA IDADE.

9.3. O capital segurado inicialmente contratado para cada cobertura não poderá ser aumentado, incidindo, exclusivamente, conforme o previsto no item 13 destas condições gerais, atualização monetária à época da renovação da cobertura individual.

9.4. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação da responsabilidade da seguradora e do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros:

a) na cobertura básica de morte: a data do falecimento;

b) na cobertura diagnóstico de câncer: a data do diagnóstico de câncer, realizado em vida.

10. PRÊMIO DO SEGURO

10.1. O valor do prêmio inicial será determinado em função da idade da segurada e do capital segurado na época da contratação.

10.2. O valor do prêmio poderá ser alterado em função da experiência do grupo segurado, quando da renovação da apólice, independentemente do reenquadramento de taxas por mudança de idade e da sua atualização monetária. Tais alterações serão comunicadas ao grupo segurado no prazo de até 30 (trinta) dias antes da data da renovação da apólice.

10.3. Nas renovações automáticas ou por proposta, de cada seguro individual, o prêmio será aumentado em razão da elevação da idade da segurada, de acordo com a tabela de comercialização vigente na época do reenquadramento de taxas por mudança de idade.

10.4. O valor do prêmio será proporcionalmente reduzido no caso de exclusão da cobertura de diagnóstico de câncer, em razão do pagamento da respectiva indenização ante a sua configuração.

10.5. Caso seja diagnosticado o câncer da neoplasia maligna de mama ou da neoplasia maligna de colo do útero durante o período de carência, a cobertura de diagnóstico de câncer será excluída, sendo o valor do prêmio proporcionalmente reduzido.

10.6. Caso seja constatada a preexistência à data da contratação do seguro do diagnóstico de câncer da neoplasia maligna de mama ou da neoplasia maligna de colo do útero, o seguro será cancelado, sem devolução de prêmio à segurada.

11. PAGAMENTO DO PRÊMIO

11.1. O pagamento dos prêmios do seguro será mensal, sendo custeado integralmente pela segurada através do débito automático em conta corrente indicada pela segurada no Banco do Brasil S.A., em data por ela definida na proposta de adesão, ou no vencimento da fatura de qualquer um dos cartões de crédito indicado pela segurada, comercializados pelo Banco do Brasil S.A.

11.2. A primeira parcela do prêmio mensal será debitada após a respectiva aceitação pela seguradora para os casos de opção pelo débito em conta corrente.

11.3. Para os casos de opção pelo pagamento através dos cartões de crédito comercializados pelo Banco do Brasil S.A., a primeira parcela do prêmio mensal será debitada no vencimento da fatura do cartão de crédito, após a respectiva aceitação pela seguradora.

11.4. A qualquer tempo a segurada poderá solicitar, junto às agências do Banco do Brasil, a substituição da forma de pagamento do prêmio de débito em conta corrente para cartão de crédito, ou vice-versa.

11.5. Os prêmios em atraso serão cobrados de uma só vez e acrescidos da variação do IGP-M/FGV – Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas, calculada na base pró-rata dia, ou por outro índice oficial que venha a substituí-lo.

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

11.7. PARA OS CASOS DE OPÇÃO PELO PAGAMENTO ATRAVÉS DOS CARTÕES DE CRÉDITO COMERCIALIZADOS PELO BANCO DO BRASIL S.A, O NÃO PAGAMENTO DE PELO MENOS A FATURA MÍNIMA DO CARTÃO ACARRETERÁ A INADIMPLÊNCIA DA SEGURADA.

11.8. NÃO HAVERÁ DEVOLUÇÃO OU RESGATE DE PRÊMIOS NO SEGURO, RESPEITADA A VIGÊNCIA DOS PRÊMIOS PAGOS, EM CASO DE NÃO RENOVAÇÃO OU CANCELAMENTO DA APÓLICE, CONFORME O DISPOSTO NO ITEM 15.

12. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DAS COBERTURAS

12.1. NÃO HAVERÁ SUSPENSÃO DAS COBERTURAS DO SEGURO, ANTES DO CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL POR FALTA DE PAGAMENTO DA 1ª (PRIMEIRA) PARCELA DO PRÊMIO, OU DE 2 (DUAS) PARCELAS CONSECUTIVAS.

12.2. NÃO HAVERÁ REABILITAÇÃO DAS PROPOSTAS CANCELADAS. HAVENDO INTERESSE POR PARTE DA SEGURADA, A MESMA DEVERÁ PROPOR A CONTRATAÇÃO DE NOVO SEGURO COM INTEGRAL OBSERVÂNCIA DE TODOS OS PRÉ-REQUISITOS DA ACEITAÇÃO/INCLUSÃO NO SEGURO, NA FORMA DISPOSTA NO ITEM 7 DESTAS CONDIÇÕES GERAIS, SEM QUE COM ISSO SE PRODUZA QUALQUER ESPÉCIE DE VÍNCULO COM O SEGURO ANTERIORMENTE CANCELADO.

13. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

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

14. INÍCIO, VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

A cobertura individual de cada segurada iniciar-se-á com a vigência prevista no certificado individual, ou seja, às 24h (vinte e quatro horas) do dia da aceitação da proposta, sendo renovada automaticamente por igual período, por uma única vez, desde que respeitados os itens 15 e 16 destas condições gerais, e de forma expressa nas renovações posteriores.

15. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

15.1. A COBERTURA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADA TERMINA:

- A) NO FINAL DO PRAZO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE, SE ESTA NÃO FOR RENOVADA, RESPEITADAS AS RESPECTIVAS VIGÊNCIAS MENSAS EM CURSO DOS SEGUROS INDIVIDUAIS, CUJOS PRÊMIOS TENHAM SIDO INTEGRALMENTE PAGOS;
- B) EM CASO DE CANCELAMENTO DA APÓLICE, SEGUNDO AS REGRAS ESTABELECIDAS NESTAS CONDIÇÕES GERAIS, RESPEITADAS AS RESPECTIVAS VIGÊNCIAS MENSAS EM CURSO DOS SEGUROS INDIVIDUAIS, CUJOS PRÊMIOS TENHAM SIDO INTEGRALMENTE PAGOS;
- C) AO SER CONSTATADO QUE A SEGURADA, SEUS PREPOSTOS OU SEUS BENEFICIÁRIOS AGIRAM COM DOLO, FRAUDE, SIMULAÇÃO OU CULPA GRAVE NA CONTRATAÇÃO DO SEGURO, OU AINDA PARA OBTER OU PARA MAJORAR A INDENIZAÇÃO, OBSERVANDO-SE, EM QUALQUER CASO, QUE SE DÁ AUTOMATICAMENTE A CADUCIDADE DO SEGURO, SEM RESTITUIÇÃO DOS PRÊMIOS PAGOS OU ISENÇÃO DOS PRÊMIOS VENCIDOS, FICANDO A SEGURADORA ISENTA DE QUALQUER RESPONSABILIDADE;
- D) COM A EXCLUSÃO DA SEGURADA DA APÓLICE:
- PELO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO POR MORTE;
 - POR FALTA DE PAGAMENTO DA PRIMEIRA PARCELA DO PRÊMIO OU DE 2 (DUAS) PARCELAS CONSECUTIVAS;
 - NA DATA EM QUE A SEGURADA SOLICITAR O CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL; E
 - COM O EVENTUAL CANCELAMENTO DO CONTRATO DO CARTÃO DE CRÉDITO E/OU O ENCERRAMENTO DA CONTA CORRENTE JUNTO AO BANCO DO BRASIL S.A., INDICADOS PARA DÉBITO DO PRÊMIO, RESPEITADA A VIGÊNCIA INDIVIDUAL DO SEGURO.

15.2. A SEGURADORA NOTIFICARÁ A SEGURADA, COM ANTECEDÊNCIA DE PELO MENOS 10 (DEZ) DIAS DO CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL, QUANTO À NECESSIDADE DE QUITAÇÃO DAS PARCELAS DO PRÊMIO EM ATRASO.

16. CANCELAMENTO DA APÓLICE

16.1. A APÓLICE, A QUE SE REFEREM ESTAS CONDIÇÕES GERAIS, PODERÁ SER CANCELADA A QUALQUER TEMPO, MEDIANTE ACORDO ENTRE A SEGURADORA E O ESTIPULANTE, COM AVISO PRÉVIO ÀS SEGURADAS, DE 30 (TRINTA) DIAS NO MÍNIMO.

16.2. CASO NÃO HAJA ACORDO COM O ESTIPULANTE QUANTO À REAVALIAÇÃO DE TAXAS, A APÓLICE PODERÁ SER CANCELADA PELA SEGURADORA,

MEDIANTE AVISO PRÉVIO DE 30 (TRINTA) DIAS, NO MÍNIMO, DIRIGIDO ÀS SEGURADAS, CASO A NATUREZA DOS RISCOS VENHA A SOFRER ALTERAÇÕES QUE TORNE EXCESSIVAMENTE ONEROSA A CONTINUIDADE DA PRESTAÇÃO ATRIBUÍDA À SEGURADORA, EM VIRTUDE DE ACONTECIMENTOS EXTRAORDINÁRIOS E IMPREVISÍVEIS, INCOMPATÍVEIS COM AS CONDIÇÕES TÉCNICAS E ATUARIAIS MÍNIMAS DE MANUTENÇÃO, OBSERVADA A VIGÊNCIA DOS SEGUROS EM CURSO CUJOS PRÊMIOS TENHAM SIDO PAGOS.

17. INÍCIO, VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

A apólice de seguro de vida em grupo nº tem vigência de 1 (um) ano, com início em, e será renovada automaticamente por igual período, caso não haja expressa desistência do estipulante ou da seguradora, até 30 (trinta) dias antes do seu aniversário.

18. CERTIFICADO INDIVIDUAL

18.1. Será emitido para cada segurada, com base na proposta de adesão por ela preenchida e assinada e aceita pela Seguradora, um certificado individual que servirá como prova de sua inclusão no seguro, onde constará a data de início de vigência do seguro individual, o prêmio e os capitais segurados de cada cobertura contratada.

18.2. Na renovação automática, por igual período ao inicialmente contratado, será emitido novo certificado com data de início de vigência do seguro individual, prêmio e capitais segurados atualizados das coberturas contratadas, respeitadas estas condições gerais.

19. CONDIÇÕES PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

19.1. Ocorrendo qualquer um dos eventos cobertos pelo seguro, a segurada ou seus beneficiários, deverão comunicar imediatamente o sinistro à seguradora, através das agências do Banco do Brasil.

19.2. A ocorrência de um dos eventos previstos no seguro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos:

19.2.1. Documentação da segurada:

- cópia autenticada dos seguintes documentos: CIC/CPF, carteira de identidade, certidão de casamento ou nascimento.

19.2.2. Documentação dos beneficiários:

- cópia autenticada dos seguintes documentos: CIC/CPF, carteira de identidade, certidão de nascimento ou casamento dos beneficiários indicados;
- os menores de dezoito anos deverão ser assistidos por um dos seus pais, ou a quem legalmente os represente nos atos da vida civil;
- comprovante de residência.

19.2.3. Documentação na falta de indicação de beneficiários:

- declaração dos herdeiros legais da segurada, com firma reconhecida em cartório, nomeando-os;
- documentos dos herdeiros legais da segurada (carteira de identidade e CIC/CPF);
- declaração que comprove união estável firmada em cartório ou emitida pelo órgão previdenciário, caso a segurada tenha deixado companheiro.

19.2.4. Documentação para o evento morte natural:

- documentações da segurada e dos beneficiários descritas nos itens 19.2.1 e 19.2.2 e, se aplicável 19.2.3;
- aviso de sinistro;
- cópia autenticada da certidão de óbito da segurada;
- declaração médica em formulário da seguradora, devidamente preenchida e assinada pelo médico assistente da segurada;

19.2.5. Documentação para o evento morte acidental:

- documentações da segurada e dos beneficiários descritas nos itens 19.2.1 e 19.2.2 e, se aplicável 19.2.3;
- aviso de sinistro;
- cópia autenticada da certidão de óbito da segurada;
- cópia autenticada do boletim de ocorrência policial, se houver;
- cópia autenticada do inquérito policial, se houver;
- laudo da perícia técnica; se houver;
- laudo da necropsia, se houver;
- laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado ou declaração da não realização emitida pelo órgão competente;
- cópia autenticada da carteira nacional de habilitação de motorista, quando decorrente de acidente automobilístico e a segurada tiver sido a condutora do veículo;
- laudo da capitania dos portos em caso de naufrágio e/ou afogamento, se houver;
- brevê do piloto em caso de acidente aeronáutico estando a segurada pilotando a aeronave.

19.2.6. Documentação para o evento diagnóstico de câncer:

- documentações da segurada descritas no item 19.2.1;
- aviso de sinistro;

- declaração médica em formulário da seguradora, devidamente preenchida e assinada pelo médico assistente da segurada, contendo diagnóstico anátomo-patológico, estadió da neoplasia, tratamento realizado e a realizar de modo detalhado e prognóstico.
- cópia do exame anátomo-patológico que comprove o diagnóstico de câncer
OBS: O MÉDICO ASSISTENTE NÃO DEVERÁ SER MEMBRO DA FAMÍLIA DA SEGURADA.
- laudo de perito médico, quando solicitado pela seguradora.

19.3. No caso de diagnóstico de câncer, a seguradora se reserva no direito de submeter a segurada a exames realizados por médico por ela indicado.

19.4. DIVERGÊNCIAS MÉDICAS QUANTO AO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DEVEM SER SUBMETIDAS A UMA JUNTA MÉDICA COMPOSTA POR TRÊS MEMBROS, SENDO UM NOMEADO PELA SEGURADORA, OUTRO PELA SEGURADA E UM TERCEIRO, DESEMPATADOR, ESCOLHIDO PELOS DOIS PRIMEIROS. CADA UMA DAS PARTES PAGARÁ OS HONORÁRIOS DO MÉDICO QUE TIVER DESIGNADO. OS DO TERCEIRO SERÃO PAGOS, EM PARTES IGUAIS, PELA SEGURADA E PELA SEGURADORA.

19.5. RESERVA-SE À SEGURADORA O DIREITO DE, NO CASO DE DÚVIDA FUNDADA E JUSTIFICÁVEL, SOLICITAR EXAMES OU DOCUMENTAÇÃO COMPLEMENTARES, PARA A COMPLETA ELUCIDAÇÃO DA CARACTERIZAÇÃO DA COBERTURA DO EVENTO.

19.6. A seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a liquidação do sinistro, contados da data em que lhe tiverem sido entregues os últimos documentos e informações previstas nestas condições gerais. Será interrompida a contagem deste prazo no caso de solicitação de nova documentação ou informações necessárias para a liquidação do sinistro, reiniciando a contagem do prazo com a apresentação das mesmas.

19.7. As indenizações serão atualizadas monetariamente da data da ocorrência do sinistro, conforme item 9.4, até a data do efetivo pagamento, pela variação pró-rata-dia do IPC/FIPE - Índice de Preços ao Consumidor/Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo, acumulado do mês anterior ao que antecede a data do aviso, ou outro índice que venha substituí-lo.

19.8. Vencido o prazo de 30 dias para a regulação do sinistro, após entrega de toda a documentação e informações solicitadas neste item 19, aplicar-se-á juros monetários, sobre o valor da indenização atualizada conforme item 19.7, de 0,25% ao mês “pró-rata-tempore”, do 1º dia útil posterior ao fim do prazo de 30 dias para regulação até a data do efetivo pagamento.

19.9. O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO PELA COBERTURA DIAGNÓSTICO DE CÂNCER EXCLUI ESSA COBERTURA DO SEGURO INDIVIDUAL, REDUZINDO SUA PARTE NO PRÊMIO, MAS NÃO ENCERRA A GARANTIA DAS DEMAIS COBERTURAS DO SEGURO.

19.10. O pagamento das indenizações pelas coberturas de morte e diagnóstico de câncer se acumulam, ou seja, se depois de paga uma indenização pela cobertura diagnóstico de câncer, verificar-se a morte da segurada em decorrência do mesmo evento, a seguradora responderá também pela indenização relativa à cobertura de morte, observados os termos e disposições destas condições gerais.

20. PERDA DO DIREITO

20.1 A SEGURADORA NÃO PAGARÁ QUALQUER INDENIZAÇÃO REFERENTE AO PRESENTE SEGURO, NEM RESTITUIRÁ OS PRÊMIOS DO SEGURO, CASO HAJA POR PARTE DO ESTIPULANTE, DA SEGURADA, SEUS PREPOSTOS, SEUS BENEFICIÁRIOS OU SEUS REPRESENTANTES LEGAIS:

- A) OMISSÕES, OU QUAISQUER INFORMAÇÕES INCOMPLETAS, INEXATAS OU INVERÍDICAS, NAS DECLARAÇÕES DA PROPOSTA DE ADESÃO;**
- B) FALTA DE CUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES AJUSTADAS PELO CONTRATO DESTE SEGURO;**
- C) FRAUDE CONSUMADA OU TENTATIVA DE FRAUDE SIMULANDO ACIDENTE OU AGRAVANDO AS SUAS CONSEQÜÊNCIAS.**

20.2. A SEGURADA É OBRIGADA A COMUNICAR À SEGURADORA, JUNTO ÀS AGÊNCIAS DO BANCO DO BRASIL, LOGO QUE O SAIBA DE, TODO E QUALQUER INCIDENTE SUSCETÍVEL DE AGRAVAR CONSIDERAVELMENTE O RISCO COBERTO, SOB PENA DE PERDER O DIREITO À GARANTIA, SE PROVADO QUE SILENCIOU DE MÁ-FÉ, CONFORME ARTIGO 769 DO CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO.

20.2.1. COMUNICADA A RESPEITO DE QUALQUER INCIDENTE, A SEGURADORA PODERÁ CANCELAR O SEGURO, MEDIANTE COMUNICAÇÃO POR ESCRITO À SEGURADA, DESDE QUE O FAÇA NO PRAZO MÁXIMO DE 15 (QUINZE) DIAS APÓS O RECEBIMENTO DO AVISO DA AGRAVAÇÃO DO RISCO.

20.2.2. ENTENDE-SE COMO ALTERAÇÃO DE RISCO OCORRÊNCIAS COMO: MUDANÇA DE ATIVIDADE OU DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NA PROPOSTA DE ADESÃO E NA DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE.

21. MODIFICAÇÕES NAS CLÁUSULAS DA APÓLICE

21.1. EVENTUAIS ALTERAÇÕES PODEM SER PROCESSADAS EM CONSEQÜÊNCIA DE ACORDO ENTRE A SEGURADORA E O ESTIPULANTE, COM A ANUÊNCIA DE TRÊS QUARTOS DO GRUPO SEGURADO DURANTE A VIGÊNCIA DA APÓLICE, OU NO ANIVERSÁRIO DA APÓLICE, COM AVISO PRÉVIO, DE TRINTA DIAS NO MÍNIMO, AO ESTIPULANTE.

21.2. A APÓLICE PODERÁ SER MODIFICADA PELA SEGURADORA, DE COMUM ACORDO COM O ESTIPULANTE, MEDIANTE AVISO PRÉVIO DE 30 (TRINTA) DIAS, NO MÍNIMO, DIRIGIDO ÀS SEGURADAS, CASO A NATUREZA DOS RISCOS VENHA A SOFRER ALTERAÇÕES QUE TORNE EXCESSIVAMENTE ONEROSA A CONTINUIDADE DA PRESTAÇÃO ATRIBUÍDA À SEGURADORA, EM VIRTUDE DE ACONTECIMENTOS EXTRAORDINÁRIOS E IMPREVISÍVEIS, INCOMPATÍVEIS COM AS CONDIÇÕES TÉCNICAS E ATUARIAIS MÍNIMAS DE MANUTENÇÃO, OBSERVADA A VIGÊNCIA DOS SEGUROS EM CURSO CUJOS PRÊMIOS TENHAM SIDO PAGOS.

22. DISPOSIÇÕES GERAIS

Cada segurada poderá alterar as coberturas do seguro contratado, desde que sejam sempre mantidas as obrigatórias de morte e diagnóstico de câncer, respeitando a carência de 1 (um) ano e mantendo os mesmos valores vigentes de capitais segurados contratados para cada cobertura.

23. PROPAGANDA E PUBLICIDADE

A propaganda e promoção do seguro, por parte do estipulante e ou corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa da seguradora, respeitadas as condições da apólice e as normas de seguro, ficando a seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas respectivas divulgações e por ela expressamente autorizadas.

24. FORO

BB SEGUROS

Companhia de Seguros
Aliança do Brasil

Fica eleito o foro da comarca de domicílio da segurada com a exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir eventuais litígios decorrentes do presente contrato.

Companhia de Seguros Aliança do Brasil

CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA E INDENIZAÇÃO SUPLEMENTAR DE IPA

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento de uma indenização à própria segurada, em decorrência de acidente pessoal enquadrável nas condições previstas nesta cláusula adicional, estando a apólice e a respectiva cobertura individual em vigor na data do evento, exceto se decorrente de riscos excluídos.

2. DEFINIÇÃO

Considera-se **ACIDENTE PESSOAL** o evento com data caracterizada, exclusiva e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a invalidez permanente total ou parcial por acidente da segurada.

Incluem-se, ainda, no conceito de **ACIDENTE PESSOAL**, as lesões decorrentes de:

- a) ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas a segurada tiver sujeito-se em decorrência de acidente coberto;
- b) escapamento acidental de gases e vapores;
- c) tentativas e consumações de seqüestros; e
- d) alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

NÃO SE INCLUEM NO CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL AS LESÕES DECORRENTES DE:

A) DOENÇAS (INCLUÍDAS AS PROFISSIONAIS), QUAISQUER QUE SEJAM AS SUAS CAUSAS, AINDA QUE PROVOCADAS, DESENCADEADAS OU AGRAVADAS, DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ACIDENTE, RESSALVADAS AS INFECÇÕES, ESTADOS SEPTICÊMICOS E EMBOLIAS, RESULTANTES DE FERIMENTO VISÍVEL;

B) INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES CONSEQÜENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE COBERTO;

C) MICROTRAUMAS.

3. COBERTURAS

3.1. Invalidez permanente total ou parcial por acidente (IPA), **DESDE QUE NÃO ABRANGIDA PELO ITEM 4 - RISCOS EXCLUÍDOS DESTA CLÁUSULA ADICIONAL**, é a garantia de pagamento de uma indenização proporcional ao valor do capital segurado relativo à cobertura básica, limitada a 100% desta, referente à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, conforme **TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE**, constante no subitem 3.3 desta cláusula adicional.

a) para os fins e efeitos desta cláusula adicional, considera-se invalidez permanente total ou parcial por acidente aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis na oportunidade e determine a perda total ou parcial do uso de membros ou órgãos;

b) no caso de invalidez permanente, decorrente de acidente pessoal coberto, após a conclusão do tratamento (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente avaliada quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará à própria segurada, de uma só vez, uma indenização proporcional à cobertura básica, de acordo com a TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE, descrita no subitem 3.3;

c) não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na citada tabela (subitem 3.3) para a sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau de redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75 %, 50 % e 25%;

d) em todos os casos de invalidez permanente parcial não especificados na citada tabela (subitem 3.3), a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física da segurada, independentemente da sua profissão;

e) quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% do capital segurado individual relativo à cobertura básica. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder à da indenização prevista para sua perda total;

f) a perda ou maior redução funcional de membro ou órgão já defeituoso antes do acidente será indenizada, deduzindo-se do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente;

g) A PERDA DE DENTES E OS DANOS ESTÉTICOS NÃO DÃO DIREITO À INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ PERMANENTE.

h) AS INDENIZAÇÕES PELAS COBERTURAS DE MORTE E DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE NÃO SE ACUMULAM. SE, DEPOIS DE PAGA UMA INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ PERMANENTE, VERIFICAR-SE A MORTE DA SEGURADA EM CONSEQÜÊNCIA DO MESMO ACIDENTE, A SEGURADORA PAGARÁ A INDENIZAÇÃO RELATIVA A MORTE, DEDUZIDA A IMPORTÂNCIA JÁ PAGA PELA INVALIDEZ PERMANENTE.

3.2. Indenização suplementar de invalidez permanente total ou parcial por acidente, DESDE QUE NÃO ABRANGIDA PELO ITEM 4 – RISCOS EXCLUÍDOS, é a garantia do pagamento de uma indenização, devida em caso de invalidez permanente total ou parcial por acidente, correspondente a 20% do valor da indenização paga para a cobertura de IPA.

3.2.1. A COBERTURA INDENIZAÇÃO SUPLEMENTAR DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE SÓ PODERÁ SER CONTRATADA QUANDO A COBERTURA IPA TAMBÉM O FOR.

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

Caracterizada a cobertura de invalidez permanente total ou parcial por acidente, conforme prevista nesta cláusula adicional, a indenização será efetuada conforme tabela a seguir:

TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA BÁSICA
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho quando a segurada já não tiver a outra vista	70
	Mudez incurável	50
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Perda total da visão de um olho	30
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda Total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda Total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	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	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos de uma parte do mesmo pé	25
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 05 (cinco) centímetros ou mais	15
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 04 (quatro) centímetros	10
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 03 (três) centímetros	06
Encurtamento de um dos membros inferiores de menos de 03 (três) centímetros	sem indenização	

4. RISCOS EXCLUÍDOS

ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS CONSTANTES DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DAS COBERTURAS DESTA CLÁUSULA ADICIONAL:

4.1. OS ACIDENTES OCORRIDOS EM CONSEQÜÊNCIA:

- A) DE COMPETIÇÕES EM VEÍCULOS, INCLUSIVE TREINOS PREPARATÓRIOS, EXCETO SE DECORRENTE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR OU ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;**
- B) DIRETA OU INDIRETA DE QUAISQUER ALTERAÇÕES MENTAIS CONSEQÜENTES DO USO DE ÁLCOOL, DROGAS, ENTORPECENTES OU DE SUBSTÂNCIAS TÓXICAS;**
- C) DE FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA;**

4.2. QUALQUER TIPO DE HÉRNIA E SUAS CONSEQÜÊNCIAS.

4.3. PARTO OU ABORTO E SUAS CONSEQÜÊNCIAS.

4.4. PERTURBAÇÕES E INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE, BEM COMO AS INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS, DROGAS OU MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR MÉDICO DEVIDAMENTE HABILITADO, EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO.

4.5. CHOQUE ANAFILÁTICO E SUAS CONSEQÜÊNCIAS.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Considera-se como data de evento para as coberturas previstas nesta cláusula adicional, para efeito de determinação da responsabilidade da seguradora e do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do acidente.

5.2. A reintegração do capital segurado de cada cobertura prevista nesta cláusula adicional é automática após cada acidente.

6. BENEFICIÁRIO

Considera-se como beneficiário desta cláusula adicional a própria segurada, ou, na eventual impossibilidade, a quem legalmente a represente nos atos da vida civil.

7. CONDIÇÕES PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

7.1. Ocorrendo a invalidez permanente por acidente devidamente coberta, a segurada ou seu representante legal, deverá comunicar imediatamente o sinistro à seguradora, através das agências do Banco do Brasil.

7.2. A ocorrência do evento previsto nesta cláusula adicional será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos:

- cópia autenticada do CIC/CPF, carteira de identidade, certidão de casamento ou nascimento da segurada;
- aviso de sinistro, constando expressamente o órgão e/ou membro atingido e o respectivo grau de invalidez em percentuais, além das demais informações;
- declaração médica em formulário da seguradora, devidamente preenchida e assinada pelo médico assistente da segurada;
- cópia autenticada do boletim de ocorrência policial, se houver;
- raio X do segmento afetado, com laudo radiológico (ou tomografia computadorizada, ressonância magnética, eletroencefalograma, eletroneuromiografia), quando existente;

7.3. O pagamento da indenização para a cobertura indenização suplementar de IPA será devido desde que caracterizado o direito da segurada ao recebimento de indenização referente à cobertura de IPA. O valor a ser pago corresponde a 20% do valor da indenização devida em caso de invalidez permanente por acidente.

7.4. O pagamento da indenização da cobertura suplementar de IPA será realizado conjuntamente com o pagamento da indenização referente a cobertura de invalidez permanente por acidente.

7.5. A SEGURADORA SE RESERVA O DIREITO DE SUBMETER A SEGURADA A EXAMES REALIZADOS POR MÉDICO DE SUA INDICAÇÃO, PARA CONFIRMAR O GRAU OU PERMANÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE E SUA RESPECTIVA PERCENTAGEM.

7.6. DIVERGÊNCIAS SOBRE A CAUSA, NATUREZA OU EXTENSÃO DAS LESÕES, BEM COMO A AVALIAÇÃO DA INCAPACIDADE, DEVEM SER SUBMETIDAS A UMA JUNTA MÉDICA COMPOSTA DE TRÊS MEMBROS, SENDO UM NOMEADO PELA SEGURADORA, OUTRO PELA SEGURADA E UM TERCEIRO, DESEMPATADOR, ESCOLHIDO PELOS DOIS PRIMEIROS. CADA UMA DAS PARTES PAGARÁ OS HONORÁRIOS DO MÉDICO QUE TIVER DESIGNADO. OS DO TERCEIRO SERÃO PAGOS, EM PARTES IGUAIS, PELA SEGURADA E PELA SEGURADORA.

7.7. RESERVA-SE À SEGURADORA O DIREITO DE, NO CASO DE DÚVIDA FUNDADA E JUSTIFICÁVEL, SOLICITAR EXAMES OU DOCUMENTAÇÃO COMPLEMENTARES, PARA A COMPLETA ELUCIDAÇÃO DA COBERTURA DO EVENTO.

7.8. A seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a liquidação do sinistro, contados da data em que lhe tiverem sido entregues os últimos documentos e informações previstas nestas condições gerais. Será interrompida a contagem deste prazo no caso de solicitação de nova documentação ou informações necessárias para a liquidação do sinistro, reiniciando a contagem do prazo com a apresentação das mesmas.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplicam-se às coberturas previstas nesta cláusula adicional todos os termos e as disposições contidas nas condições gerais da apólice, que não contrariem os dispositivos expressos nesta cláusula adicional.

Companhia de Seguros Aliança do Brasil