

CONDIÇÕES GERAIS SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

SICOOB Seguradora de Vida e Previdência SA
(CNPJ: 26.314.512.0001/16)

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL
Processo Susep nº 15414.901289/2016-67

CONDIÇÕES GERAIS

1) OBJETIVO DO SEGURO

Art. 1º. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao segurado ou aos seus beneficiários na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas coberturas contratadas, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais.**

Parágrafo único. Devido à natureza do regime financeiro de repartição simples onde cada prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações no período, neste plano não será permitida a concessão de resgate ou devolução de quaisquer prêmios pagos.

2) DEFINIÇÕES

Art. 2º. Para efeito destas condições gerais, considera-se:

a) Acidente Pessoal: evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tendo como consequência direta a morte ou a invalidez permanente total do segurado, ou que torne necessário tratamento médico;

a.1) Incluem-se, ainda, no conceito de acidente pessoal as lesões decorrentes de:

- suicídio, ou a sua tentativa;
- ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- escapamento acidental de gases e vapores;
- sequestros e tentativas de sequestros; e
- alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

a.2) Não se incluem no conceito de acidente pessoal:

- as 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, causado em decorrência de acidente coberto;
- as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.

b) Apólice: documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente;

c) Beneficiário: pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro;

d) Capital Segurado: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro;

e) Carregamento: importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização;

f) Coberturas: são as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto;

g) Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais e da apólice;

h) Condições Especiais: conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro;

i) Condições Gerais: conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da seguradora, dos segurados e dos beneficiários;

j) Consignante: pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos segurados;

k) Doenças ou Lesões Preexistentes e suas Consequências: são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento e não foram declaradas na proposta de contratação na data da contratação de seguro;

l) Evento Coberto: é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas coberturas contempladas nestas condições gerais;

m) Formulário de Aviso de Sinistro: é o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro a seguradora;

n) Hospital: é o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes. **Não se entende como estabelecimento hospitalar, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescença para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela seguradora;**

o) Indenização: valor que a seguradora deverá pagar ao segurado ou a seus beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto contratado;

p) Início de Vigência: é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela seguradora;

q) Médico do Segurado: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos laudos de médicos onde o mesmo é o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

r) Nota Técnica Atuarial: documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização;

s) Período de Cobertura: aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados;

t) Período de Sobrevivência: período em que um segurado coberto precisa sobreviver, após o diagnóstico de uma doença grave coberta, a fim de se tornar elegível para a cobertura contratada. Se a morte ocorrer durante o período de sobrevivência, nenhuma indenização será devida;

u) Prazo de Carência: período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados;

v) Prêmio: valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro;

w) Prêmio Puro: valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento e os impostos;

x) Proponente: o interessado em contratar a cobertura;

y) Proposta de Contratação: documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais;

z) Riscos Excluídos: são aqueles riscos, previstos nas condições gerais ou nas condições especiais, que não serão cobertos pelo plano;

aa) Segurado: pessoa(s) física(s) sobre a(s) qual(is) se estabelecerá o seguro;

ab) Segurado Principal: pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e que subscreveu o plano de seguro;

ac) Seguradora: é a companhia de seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas, nos termos destas condições gerais;

ad) Sinistro: a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro; e

ae) Vigência da Cobertura: é o período no qual a apólice de seguro está em vigor.

3) COBERTURAS DO SEGURO

Art. 3º. O seguro terá a seguinte cobertura básica:

I. Morte (M): É a garantia do pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais, durante a vigência deste seguro.

Art. 4º. O seguro terá também as seguintes coberturas opcionais, as quais poderão ser contratadas isoladamente:

I. Morte Acidental (MAC): É a garantia do pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a falecer por acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência deste seguro.

II. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA): É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, relativa 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, ocorrido durante a vigência deste seguro.

III. Doenças Graves (DG): É a garantia do pagamento de um capital segurado em caso de diagnóstico positivo de uma das doenças graves previstas nas condições especiais, diagnosticadas durante o período de cobertura.

IV. Auxílio Funeral Complementar (AFC): Corresponde ao reembolso das despesas havidas com o funeral do segurado ou a prestação do serviço de assistência funeral, até o limite do capital segurado contratado.

3.1) Cobertura Suplementar:

Art. 5º. O cônjuge poderá ser incluído de forma facultativa pelo segurado principal, nas coberturas de Morte, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Auxílio Funeral Complementar.

§ 1º. São equiparados aos cônjuges, as(os) companheiras(os) dos segurados principais, desde que haja concordância com a anotação feita na carteira profissional. Os segurados principais pertencentes a categorias profissionais para as quais não são expedidas carteiras profissionais poderão incluir no seguro as(os) companheiras(os), quando estas estiverem registradas de acordo com regulamentação própria.

§ 2º. Para as coberturas de Morte e IPA o capital segurado será correspondente a 50% do capital segurado para o segurado principal nas

mesmas coberturas. Para a cobertura de Auxílio Funeral o capital segurado corresponderá a 100% da mesma cobertura do segurado principal.

Art. 6º. Os filhos menores de 21 (vinte e um) anos do segurado principal poderão ser incluídos na cobertura de Auxílio Funeral Complementar com 100% do capital correspondente ao segurado principal para a mesma cobertura.

Parágrafo único. São equiparados aos filhos os enteados e menores considerados dependentes econômicos do segurado principal, de acordo com o regulamento do imposto de renda.

4) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 7º. Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste seguro os eventos ocorridos em consequência:

a) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

b) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, salvo se tratar de prestação de serviço militar ou de ato de humanidade em auxílio de outrem;

c) de doenças preexistentes à contratação do seguro de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de contratação;

d) prática, por parte do segurado, dos beneficiários ou pelo representante de um e de outro, de atos ilícitos dolosos ou por culpa grave, equiparável ao dolo, ou atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares, sem a devida habilitação legal;

e) de acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

f) epidemias e/ou pandemias declaradas por órgão competente;

g) anomalias do nascimento, independentemente de quando se manifestem de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de contratação;

h) de suicídio ou tentativa de suicídio do Segurado, exceto se ocorrido após o período de 2 (dois) anos contados da vigência inicial do seguro ou de sua recondução depois de suspenso;

i) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto se decorrente de acidente pessoal;

j) o choque anafilático e suas consequências, exceto se decorrente de acidente pessoal.

Art. 8º. Não estão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar 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.

5) ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS

Art. 9º. As coberturas do seguro previstas nestas condições aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

Parágrafo único. Os eventos relativos à cobertura de Auxílio Funeral Complementar serão garantidos em qualquer parte do globo terrestre, somente na forma de reembolso. Quando da opção pela prestação de serviços constante das condições especiais, estes somente serão prestados em território brasileiro.

6) CARÊNCIAS E FRANQUIA

Art. 10º. Não haverá prazo de carência para as coberturas de Morte, Morte Acidental, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Auxílio Funeral Complementar.

Art. 11. Para a cobertura de Doenças Graves, o prazo de carência será de 60 (sessenta) dias, contados a partir do início de vigência da cobertura individual. Caso a cobertura seja suspensa, a contagem do prazo será interrompida, sendo retomada no momento da reabilitação.

Art. 12. Não haverá carência para os benefícios pagos em decorrência de acidente, exceto para o caso de suicídio, que deverá observar carência de 24 meses.

Art. 13. O pagamento antecipado dos prêmios não reduz o período de carência do seguro.

7) ACEITAÇÃO DO SEGURO

Art. 14. Poderão ser incluídos no seguro os proponentes com idade mínima de 16 (dezesseis) anos e máxima de 65 (sessenta e cinco) anos, mediante a assinatura pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado e o preenchimento completo da proposta de contratação, bem como a entrega dos documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

§ 1º. Recebida a proposta de contratação pela seguradora, com todos os documentos exigidos para análise dos riscos, terá início um período de 15 (quinze) dias, no qual a seguradora avaliará o risco.

§ 2º. O seguro será automaticamente aceito, caso a seguradora não manifeste a recusa da proposta de contratação por escrito ao proponente, no prazo de 15 (quinze) dias, devidamente justificada. Este prazo será suspenso quando a seguradora solicitar a apresentação de novos documentos para análise dos riscos, o que poderá ocorrer somente uma única vez, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega dos mesmos.

§ 3º. Em caso de recusa do risco, onde tenha sido efetuado o pagamento do prêmio, após a formalização da recusa pela seguradora, o valor pago deduzido da parcela *pro rata temporis* correspondente ao período que tiver prevalecido a cobertura, compreendido entre a data de recepção do prêmio pela seguradora e a data de formalização da recusa, deverá ser devolvido, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, atualizado pela variação do IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), apurado entre o último índice publicado antes da data do recebimento do prêmio e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução, estando ainda sujeito à aplicação de mora, conforme disposto no art. 23.

Art. 15. A cada segurado incluído no seguro será enviada uma apólice, assinada pelos representantes legais da seguradora, que conterá no mínimo os seguintes elementos:

- a)** nome completo da sociedade seguradora, seu CNPJ e código de registro junto à Susep;
- b)** indicação do número da proposta e da apólice às quais o certificado individual está vinculado;
- c)** número de controle do certificado individual;

- d) número do(s) processo(s) administrativo(s) de registro junto à Susep do(s) produto(s) de seguro vinculado(s) ao certificado individual;
- e) nome ou razão social do segurado, seu endereço completo e respectivo CPF, se pessoa física, ou CNPJ, se pessoa jurídica;
- f) identificação do(s) beneficiário(s), no caso de seguro de pessoas;
- g) cobertura(s) contratada(s);
- h) valor monetário do limite máximo de garantia ou do capital segurado de cada cobertura contratada;
- i) carência(s) aplicável(is) a cada cobertura, se prevista(s);
- j) o período de vigência, incluindo as datas de início e término da(s) cobertura(s) contratada(s);
- k) valor total do prêmio de seguro, discriminando:
 - I. valor do prêmio de seguro por cobertura contratada;
 - II. adicional de fracionamento, quando for o caso;
 - III. valor do IOF, quando for o caso; e
- l) data da emissão do certificado individual;
- m) chancela ou assinatura do representante da sociedade seguradora;
- n) nome e número do registro Susep do corretor de seguros, se houver;
- o) número de telefone da central de atendimento ao segurado/beneficiário disponibilizado pela sociedade seguradora responsável pela emissão do certificado individual;
- p) número do telefone da ouvidoria da seguradora;
- q) número de telefone gratuito de atendimento ao público da Susep;
- r) informação do “link” no portal da Susep onde podem ser conferidas todas as informações sobre o(s) produtos (s) de seguro vinculado(s) ao certificado, e;
- s) texto informativo, com a seguinte redação: “SUSEP – Superintendência de Seguros Privados – Autarquia Federal responsável pela fiscalização, normatização e controle dos mercados de seguro, previdência complementar aberta, capitalização, resseguro e corretagem de seguros.”

Parágrafo único. Para fins do disposto na alínea “e”, caso o segurado seja estrangeiro, poderá ser utilizado o número do passaporte, com a identificação do País de expedição.

8) VIGÊNCIA DA COBERTURA

Art. 16. Caso a proposta tenha sido recepcionada pela seguradora, antes do pagamento do prêmio, o início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas do dia de pagamento do respectivo prêmio, sendo esta data expressamente acordada entre as partes. O fim de vigência da cobertura não poderá ultrapassar a vigência da apólice.

Parágrafo único. A proposta recepcionada com adiantamento de valor para futuro pagamento total ou parcial do prêmio terá seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela seguradora.

9) VIGÊNCIA DO SEGURO

Art. 17. A vigência do seguro será de 60 (sessenta) meses e poderá ser renovada, automaticamente, uma única vez, salvo se a seguradora ou o segurado, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias comunicar por escrito o desinteresse pela mesma.

§ 1º. A apólice terá seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim nela indicada.

§ 2º. Será enviada nova apólice aos segurados em cada uma das renovações do seguro.

§ 3º. Com exceção da primeira renovação, a qual poderá ser feita de forma automática, nas demais é obrigatório o consentimento expresso.

§ 4º. Caso a seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar aos segurados mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam ao final de vigência da apólice.

10) CAPITAL SEGURADO

Art. 18. O critério de estabelecimento do capital segurado consta de cada uma das condições especiais das coberturas.

11) ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

Art. 19. Nos casos de pagamento por desconto em folha, o valor do prêmio e dos capitais segurados será atualizado anualmente, no mês de maio pelo IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem ao mês de abril.

Parágrafo único - A primeira atualização observará o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado, proporcional ao número de meses decorridos desde a data de início de vigência da apólice.

Art. 20. Nos demais casos, onde o pagamento não se der por desconto em folha, o valor do prêmio e dos capitais segurados será atualizado anualmente, no mês de aniversário da contratação do Plano, pelo IPCA (Índice de Preços ao

Consumidor Amplo) acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao de aniversário da contratação do plano.

Art. 21. Caso o segurado tenha optado pela periodicidade anual do pagamento dos prêmios, o capital segurado será atualizado até a data de ocorrência do evento gerador, observado o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado, proporcional ao número de meses decorridos desde a última atualização.

Art. 22. Além da atualização monetária, o valor dos prêmios sofrerá acréscimo periodicamente em decorrência da mudança de faixa etária do segurado e consequente aumento de risco, com a finalidade de manter o equilíbrio atuarial, financeiro e econômico do plano.

§ 1º. Foram elaborados grupos de profissões, visando adotar agravamentos quando necessário, em função dos manuais de subscrição e experiência dos nossos resseguradores parceiros. A seguir, seguem algumas profissões referentes aos Grupos, sendo as demais, agrupadas de acordo com as similaridades dos riscos físico e moral das mesmas:

Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Advogado	Mecânico de Veículos	PoliciaI Militar
Médico	Pedreiro	PoliciaI Civil
Dentista	Mestre (Construção Civil)	Bombeiro
Engenheiro	Pescador artesanal de peixes	Seguranças/ Vigias/ Vigilantes
		Desipe

§ 2º. O acréscimo, em decorrência da mudança de faixa etária, será realizado nas datas previstas nos arts. 19 e 20 conforme a forma de pagamento escolhida pelo segurado, de acordo com a tabela abaixo, onde constam os percentuais de reajuste de uma faixa etária para a imediatamente anterior:

Idade	MORTE / AFC Grupos 1 e 2	MORTE / AFC - Grupo 3	MAC – Grupos 1, 2 e 3	IPA – Grupos 1, 2 e 3	DG – Grupos 1, 2 e 3
16	-	-	-	-	-
17	2,69%	10,60%	0,00%	0,00%	-
18	3,06%	6,59%	0,00%	0,00%	-
19	3,39%	4,49%	0,00%	0,00%	0,00%
20	3,48%	2,15%	0,00%	0,00%	0,00%
21	-4,62%	0,53%	0,00%	0,00%	0,00%

22	4,00%	-1,05%	0,00%	0,00%	0,00%
23	4,40%	-1,59%	0,00%	0,00%	0,00%
24	4,56%	-2,15%	0,00%	0,00%	0,00%
25	4,36%	-2,75%	0,00%	0,00%	0,00%
26	4,50%	-2,26%	0,00%	0,00%	24,07%
27	4,15%	-1,16%	0,00%	0,00%	0,00%
28	3,99%	-0,58%	0,00%	0,00%	0,00%
29	3,84%	0,59%	0,00%	0,00%	0,00%
30	3,83%	1,17%	0,00%	0,00%	0,00%
31	3,56%	2,89%	0,00%	0,00%	32,37%
32	3,56%	2,81%	0,00%	0,00%	0,00%
33	3,56%	4,37%	0,00%	0,00%	0,00%
34	3,91%	4,71%	0,00%	0,00%	0,00%
35	4,68%	5,50%	0,00%	0,00%	0,00%
36	5,56%	6,16%	0,00%	0,00%	50,46%
37	6,61%	7,14%	0,00%	0,00%	0,00%
38	7,95%	7,50%	0,00%	0,00%	0,00%
39	9,16%	8,14%	0,00%	0,00%	0,00%
40	10,28%	8,24%	0,00%	0,00%	0,00%
41	11,26%	8,94%	0,00%	0,00%	45,01%
42	12,13%	8,21%	0,00%	0,00%	0,00%
43	12,73%	8,71%	0,00%	0,00%	0,00%
44	12,88%	8,27%	0,00%	0,00%	0,00%
45	12,68%	8,59%	0,00%	0,00%	0,00%
46	12,26%	8,13%	0,00%	0,00%	35,56%
47	11,73%	8,13%	0,00%	0,00%	0,00%
48	11,10%	7,89%	0,00%	0,00%	0,00%
49	10,50%	8,19%	0,00%	0,00%	0,00%
50	9,83%	8,05%	0,00%	0,00%	0,00%
51	9,22%	8,79%	0,00%	0,00%	28,45%
52	8,60%	9,04%	0,00%	0,00%	0,00%
53	8,02%	9,42%	0,00%	0,00%	0,00%
54	7,56%	9,76%	0,00%	0,00%	0,00%
55	7,21%	9,52%	0,00%	0,00%	0,00%
56	6,92%	-12,44%	75,29%	0,00%	32,67%
57	6,71%	8,99%	0,00%	0,00%	0,00%
58	6,59%	8,81%	0,00%	0,00%	0,00%
59	6,75%	8,68%	0,00%	0,00%	0,00%

60	7,14%	8,87%	0,00%	0,00%	0,00%
61	7,74%	9,08%	0,00%	0,00%	29,92%
62	8,43%	9,41%	0,00%	0,00%	0,00%
63	9,14%	9,74%	0,00%	0,00%	0,00%
64	9,73%	9,88%	0,00%	0,00%	0,00%
65	10,18%	9,85%	0,00%	0,00%	0,00%
66	10,49%	9,56%	0,00%	0,00%	17,53%
67	10,69%	9,30%	0,00%	0,00%	0,00%
68	10,80%	9,03%	0,00%	0,00%	0,00%
69	10,81%	8,98%	0,00%	0,00%	0,00%
70	10,75%	9,23%	0,00%	0,00%	0,00%
71	10,65%	9,59%	0,00%	0,00%	-
72	10,50%	10,05%	0,00%	0,00%	-
73	10,35%	10,47%	0,00%	0,00%	-
74	10,26%	10,54%	0,00%	0,00%	-
75	10,23%	10,31%	0,00%	0,00%	-
76	10,23%	9,88%	0,00%	0,00%	-
77	10,24%	9,34%	0,00%	0,00%	-
78	10,25%	8,79%	0,00%	0,00%	-
79	10,23%	8,52%	0,00%	0,00%	-
80	10,18%	8,56%	0,00%	0,00%	-
81	10,11%	8,74%	0,00%	0,00%	-
82	10,02%	9,09%	0,00%	0,00%	-
83	9,88%	9,39%	0,00%	0,00%	-
84	9,65%	9,35%	0,00%	0,00%	-
85	9,32%	9,06%	0,00%	0,00%	-
86	8,94%	8,59%	0,00%	0,00%	-
87	8,53%	8,10%	0,00%	0,00%	-
88	8,12%	7,64%	0,00%	0,00%	-
89	7,80%	7,25%	0,00%	0,00%	-
90	7,57%	6,99%	0,00%	0,00%	-
91	7,40%	6,86%	0,00%	0,00%	-
92	7,29%	6,95%	0,00%	0,00%	-
93	7,21%	7,36%	0,00%	0,00%	-
94	7,15%	8,74%	0,00%	0,00%	-
95	7,10%	11,51%	0,00%	0,00%	-
96	7,06%	16,54%	0,00%	0,00%	-
97	7,03%	24,87%	0,00%	0,00%	-

98	7,13%	37,02%	0,00%	0,00%	-
99	7,31%	51,98%	0,00%	0,00%	-
100	7,55%	0,00%	0,00%	0,00%	-
101	7,83%	0,00%	0,00%	0,00%	-
102	8,12%	0,00%	0,00%	0,00%	-
103	8,41%	0,00%	0,00%	0,00%	-
104	8,68%	0,00%	0,00%	0,00%	-
105	8,92%	0,00%	0,00%	0,00%	-
106	9,13%	0,00%	0,00%	0,00%	-
107	9,30%	0,00%	0,00%	0,00%	-
108	9,43%	0,00%	0,00%	0,00%	-
109	9,52%	0,00%	0,00%	0,00%	-
110	9,57%	0,00%	0,00%	0,00%	-
111	9,59%	0,00%	0,00%	0,00%	-
112	9,58%	0,00%	0,00%	0,00%	-
113	9,54%	0,00%	0,00%	0,00%	-
114	9,47%	0,00%	0,00%	0,00%	-
115	9,39%	0,00%	0,00%	0,00%	-

12) APLICABILIDADE DE MORA

Art. 23. Os valores relativos às obrigações pecuniárias da seguradora serão acrescidos de juros moratórios de 1% ao mês, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado no art. 36, sendo efetuada a partir do primeiro dia posterior ao término do referido prazo.

Parágrafo único. Para este plano não será adotada multa.

13) PAGAMENTO DE PRÊMIO

Art. 24. Os prêmios serão pagos mensalmente, trimestralmente, semestralmente ou anualmente, de acordo com o estabelecido na proposta de contratação, e sempre antecipadamente ao período de cobertura.

Art. 25. Os prêmios poderão ser pagos pelo segurado em dinheiro, cheque, boleto, ordem de pagamento, documento de ordem de crédito, débito em conta corrente ou desconto em folha de pagamento.

§ 1º. Caso a data para pagamento do prêmio corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente.

§ 2º. Servirão de comprovante de pagamento de prêmios o recibo de pagamento em dinheiro ou cheque, o débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado, ou ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento.

§ 3º. Caso a forma de pagamento seja o desconto em folha, a ausência de repasse a seguradora de prêmios recolhidos pelo consignante não poderá causar prejuízo aos segurados, no que se refere às coberturas previstas neste plano.

§ 4º. O segurado que não receber a ficha de compensação ou outro documento correspondente deverá entrar em contato com seu corretor ou com a Central de Relacionamento SICOOB Seguradora para obter informações da forma como poderá regularizar seu pagamento.

14) CONDIÇÕES PARA MANUTENÇÃO E CANCELAMENTO DAS COBERTURAS

Art. 26. Se, após a data estabelecida para pagamento do prêmio, este não tiver sido quitado, as coberturas deste seguro estarão suspensas a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura a que se referir à cobrança, ficando o segurado ou o beneficiário sem direito a receber indenização referente a qualquer cobertura contratada no caso de ocorrência do sinistro.

§ 1º. O segurado poderá ter a cobertura reabilitada no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da data de vencimento do primeiro prêmio devido e não pago, mediante quitação do prêmio do risco a decorrer e, as coberturas serão restabelecidas a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que for retomado o pagamento do prêmio, respondendo a seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então.

§ 2º. Durante a vigência do contrato, a cobertura somente poderá ser suspensão por 3 (três) vezes.

§ 3º. O período em que a cobertura estiver suspensa não será considerado para efeito de cumprimento do período de carência, sendo retomada a contagem deste no momento da reabilitação da cobertura.

Art. 27. No caso do prêmio pago mensalmente, a falta de pagamento de 3 (três) parcelas, consecutivas e, depois de transcorrido o prazo de 60 (sessenta) dias, a contar da data de vencimento da primeira parcela de prêmio devida e não paga, acarretará o cancelamento do seguro, não

produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de inadimplência, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

§ 1º. Para os prêmios pagos semestralmente ou anualmente, o cancelamento do seguro ocorrerá depois de transcorrido o prazo de 60 (sessenta) dias, a contar da data do vencimento de uma parcela de prêmio devida e não paga, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de inadimplência, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

§ 2º. A falta de pagamento de 3 (três) parcelas não consecutivas, para a periodicidade de pagamento mensal, também acarretará o cancelamento do seguro, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

§ 3º. A seguradora notificará o segurado com antecedência de pelo menos 10 (dez) dias antes do término do prazo previsto no *caput* deste artigo e no parágrafo 1º, através de correspondência ao mesmo, advertindo-o quanto à necessidade de quitação dos prêmios em atraso, sob pena de cancelamento do seguro.

Art. 28. O seguro será cancelado ainda:

- a) com a solicitação do segurado;
- b) com a morte do segurado;
- c) com o recebimento de 100% (cem por cento) do capital correspondente a invalidez permanente por acidente; e
- d) a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes.

Art. 29. No caso de pedido de cancelamento do plano de seguro cujos prêmios foram pagos trimestralmente, semestralmente ou anualmente, o segurado permanecerá coberto pelo período correspondente ao risco ainda a decorrer, em função do prazo a que se refere o prêmio já pago.

Art. 30. As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

Art. 31. No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

Art. 32. O segurado é obrigado a comunicar à seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura se for provado que silenciou de má-fé.

§ 1º. A seguradora, desde que o faça nos quinze dias seguintes ao recebimento do aviso da agravação do risco, poderá dar ciência ao segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o contrato.

§ 2º. O cancelamento só será eficaz trinta dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

15) PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

Art. 33. O segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

Art. 34. Se o segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

Parágrafo único. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a seguradora poderá:

I. na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

II. 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 do prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago

ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

III. na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado:

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

16) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 35. Os documentos para liquidação de sinistros constam das condições especiais para cada cobertura.

Art. 36. A partir da entrega de toda documentação exigível, listada nas condições especiais das coberturas, por parte do segurado ou beneficiários, a seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para liquidação do sinistro.

Art. 37. É facultada a seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar outros documentos que julgar necessários à apuração do sinistro.

Parágrafo único. A contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa a partir da data de solicitação dos documentos e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em forem completamente atendidas às exigências.

Art. 38. 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.

§ 1º. A junta médica de que trata o *caput* deste artigo será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

§ 2º. 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.

§ 3º. 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.

Art. 39. Todas as despesas com a comprovação do sinistro correm por conta do segurado, com exceção dos exames solicitados pela seguradora, ou de providências determinadas pela mesma. As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

Art. 40. O segurado, ao propor sua adesão ao seguro, autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar ou hospitalar e requerer e proceder a exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o segurado, seu médico e a seguradora.

§ 1º. Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

§ 2º. Em caso de impossibilidade da realização da perícia, devido ao desaparecimento dos sintomas ou da condição de invalidez, a seguradora devolverá a documentação ao segurado, que ficará sem direito ao recebimento de qualquer indenização.

Art. 41. A indenização devida e não paga sujeita-se a atualização monetária no caso de não cumprimento do prazo disposto no art. 36 e, somente neste caso, será atualizada monetariamente da data do evento gerador até a data do efetivo pagamento pelo IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

§ 1º. Considerando o disposto no *caput* deste artigo, a atualização será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data do evento e aquele publicado imediatamente antes à data de sua efetiva liquidação, estando ainda sujeito à aplicação de mora conforme disposto no art. 23.

§ 2º. Nenhuma correção será devida no caso de cumprimento do prazo para pagamento disposto no art. 36.

§ 3º. 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.

17) DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 42. No caso de extinção ou vedação do índice de atualização de valores, a

seguradora adotará como índice substitutivo o IGP-M (Índice Geral de Preços - Mercado).

Art. 43. O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os prêmios e/ou indenizações deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.

Art. 44. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

Art. 45. O registro deste seguro na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

Art. 46. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

Art. 47. Qualquer alteração na apólice em vigor dependerá de anuência do segurado.

Art. 48. Este seguro é por prazo determinado, tendo a seguradora à faculdade de não renovar a apólice na data do vencimento, sem a devolução dos prêmios pagos, nos termos da apólice.

Art. 49. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

18) FORO

Art. 50. As questões judiciais, entre o segurado ou beneficiário e a seguradora, serão processadas no foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

Parágrafo único. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no *caput* deste artigo.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º. Esta cobertura garante o pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais, durante a vigência deste seguro, observados o período de carência, os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

Parágrafo Único. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente seja ela majorada ou não, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 2º. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento na cobertura de morte a data do falecimento do segurado.

3) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 3º. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) beneficiário(s) deverá(ão) comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados abaixo:

I. EM CASO DE MORTE NATURAL:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL OU CÔNJUGE

- a)** cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b)** cópia da carteira de identidade e CPF;
- c)** cópia do laudo emitido pelo Médico do Segurado com indicação do CRM; e
- d)** documentos médicos, tais como prontuários, receitas e laudos médicos.

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

- a)** Formulário de Habilitação de beneficiários, devidamente preenchido;
- b)** cópia da carteira de identidade e CPF;
- c)** cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de

- serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo etc);
- d)** cópia autenticada da certidão de casamento ou de nascimento;
- e)** declaração de união estável, no caso de companheiro(a);
- f)** Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes; e
- g)** Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes.

II. EM CASO DE MORTE ACIDENTAL:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL OU CÔNJUGE

- a)** cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b)** cópia da carteira de identidade e CPF;
- c)** Formulário de Aviso de Sinistro de seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;
- d)** cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- e)** cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- f)** cópia autenticada do Laudo de Exame Cadavérico, se houver; e
- g)** cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado.

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

- a)** Formulário de Habilitação de beneficiários, devidamente preenchido;
- b)** cópia da carteira de identidade e CPF;
- c)** cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo etc);
- d)** cópia autenticada da certidão de casamento ou de nascimento;
- e)** declaração de união estável, no caso de companheiro(a);
- f)** Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes; e
- g)** Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes.

Art. 4º. O pagamento da indenização será realizado sob a forma de parcela única.

4) BENEFICIÁRIOS

Art. 5º. Os beneficiários serão designados pelo segurado na proposta de contratação, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada.

§ 1º. Deve ser observado que não se pode instituir beneficiário, pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do segurado.

§ 2º. No caso de morte do cônjuge, o beneficiário será o segurado principal.

§ 3º. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do cônjuge, as indenizações referentes à cobertura do segurado principal e cônjuge deverão ser pagas aos respectivos beneficiários indicados, ou na ausência destes, aos herdeiros legais do segurado.

§ 4º. Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º. Esta cobertura garante o pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a falecer por causas acidentais, durante a vigência deste seguro, observados os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

§ 1º. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente seja ela majorada ou não, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte.

§ 2º. A indenização de morte acidental se acumula com a cobertura de morte em caso de acidente, isto é, caso o seguro venha a falecer por acidente pessoal coberto, os beneficiários receberão a cobertura de morte e morte acidental.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 2º. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento na cobertura de morte acidental a data do acidente.

3) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 3º. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) beneficiário(s) deverá(ão) comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

- a)** cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b)** cópia da carteira de identidade e CPF;
- c)** Formulário de Aviso de Sinistro de seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;
- d)** cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- e)** cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- f)** cópia autenticada do Laudo de Exame Cadavérico, se houver; e
- g)** cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico,

quando realizado.

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

- a) Formulário de Habilitação de beneficiários, devidamente preenchido;
- b) cópia da carteira de identidade e CPF;
- c) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo etc.);
- d) cópia autenticada da certidão de casamento ou de nascimento;
- e) declaração de união estável, no caso de companheiro(a);
- f) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes; e
- g) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes.

Art. 4º. O pagamento da indenização será realizado sob a forma de parcela única.

4) BENEFICIÁRIOS

Art. 5º. Os beneficiários serão designados pelo segurado principal na proposta de contratação, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada.

§ 1º. Deve ser observado que não se pode instituir beneficiário, pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do segurado.

§ 2º. Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º. Esta cobertura garante o pagamento de uma indenização ao segurado principal em decorrência de diagnóstico definitivo de qualquer uma das doenças graves devidamente especificadas em riscos cobertos.

2) RISCOS COBERTOS

Art. 2º. Para os efeitos desta cobertura, são consideradas “Doenças Graves”, exclusivamente, os seguintes eventos:

- a) **Câncer:** doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas, e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por exame histológico conclusivo. A doença também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a Doença de Hodgkin.

- b) **Infarto Agudo do Miocárdio:** é a morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista e basear-se na ocorrência, concomitante, de:
 - 1. História de dores torácicas típicas
 - 2. Alterações recentes e características de Infarto no eletrocardiograma – ECG (Depressão de onda, ondas T, Q).
 - 3. Elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica (incluindo CK-MB).

- c) **Acidente Vascular Cerebral:** obstrução aguda da circulação sanguínea cardiovascular causada por hemorragia subaracnóideia, hemorragia intracerebral e/ou infarto cerebral resultando em dano neurológico permanente (distúrbio da fala, perda de atividades, paralisia). O diagnóstico de acidente vascular cerebral crítico deve ser confirmado por médico especialista e feito por meio de tomografia computadorizada do cérebro ou ressonância magnética. Os sintomas clínicos de déficit neurológico devem ser documentados para auxiliar o diagnóstico.

- d) **Cirurgia de Revascularização Miocárdio com Implante de Ponte(s) Vascular(es) nas Artérias Coronarianas (Bypass):** realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias

coronárias, que está ou estão estenosada(s) ou ocluída(s), com implante de ponte(s) vascular(es) (Bypass) na(s) artéria(s) coronária(s). A indicação da cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia e confirmada por um médico especialista.

- e) **Doença de Alzheimer:** Deterioração da capacidade intelectual ou comportamento anormal, apresentado pelo estado clínico e aos questionários padronizados a respeito da doença de Alzheimer, ou de alterações orgânicas irreversíveis, excluindo neurose e doenças psiquiátricas que resultam na diminuição importante do funcionamento social e que requer supervisão contínua do assegurado. O diagnóstico deverá ser confirmado clinicamente por médico especialista.
- f) **Insuficiência Renal Crônica:** Estágio final da doença renal, caracterizada pela perda funcional de ambos os rins, que necessita de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.
- g) **Perda da Audição:** Perda total e irreversível da audição em ambos os ouvidos. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.
- h) **Perda da Visão:** Ocorrência de cegueira legal decorrente de acidente ou doença. Considera-se como cegueira legal para esta cobertura a acuidade visual igual ou inferior a 20/200 no melhor olho com a melhor correção, e/ou campo visual ou inferior a 20 graus no melhor olho. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.
- i) **Perda da Fala:** Perda total e irreversível da capacidade de falar decorrente de acidente ou doença. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.
- j) **Transplante de Órgãos:** É a transferência de coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor). A indicação de transplante deve ser feita por médico especialista na doença em questão.
- k) **Paralisia de Membros:** Perda total e irreversível da função motora muscular e sensitiva do conjunto de dois ou mais membros (hemiplegia, paraplegia triplegia, tetraplegia) como resultado de acidente ou doença. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

Art. 3º. O segurado somente terá direito a indenização se a doença grave for diagnosticada após o prazo de carência e desde que se encontre em vida após 30 (trinta) dias contados a partir da data do diagnóstico da doença.

Art. 4º. Somente haverá cobertura para o primeiro diagnóstico definitivo de doenças graves previstas nestas Condições Especiais, estando excluída a possibilidade de acumulação de indenizações pelo diagnóstico definitivo de mais de uma doença grave. Esta garantia será cancelada após o recebimento da indenização ou no primeiro dia posterior à data em que o segurado completar 70 anos de idade, o que ocorrer primeiro.

3) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 5º. Configuram riscos excluídos da cobertura de Doenças Graves:

I. Câncer:

- a) Tumores histologicamente classificados como pré-malignos, não invasivos ou in situ (incluindo carcinoma ductal ou lobular in situ da mama, e neoplasia intraepitelial cervical – NIC-1, NIC-2 e NIC-3);
- b) Câncer de próstata com classificação histológica com escore de Gleason menor do que 7 (sete) ou estadiamento menos avançado que T2, N0, M0;
- c) Leucemia linfocítica (ou linfóide) crônica – LLC no estágio A de Binet;
- d) Carcinoma basocelular e carcinoma de células escamosas da pele, exceto se houver metástase; e melanoma maligno estágio IA (T1 a, N0, M0);
- e) Carcinoma papilífero da tireoide menor que 1cm de diâmetro e histologicamente classificado como T1, N0, M0;
- f) Microcarcinoma papilífero da bexiga histologicamente classificado como Ta;
- g) Policitemia rubra vera e trombocitemia essencial;
- h) Gamopatia monoclonal de significado indeterminado;
- i) Linfoma MALT gástrico responsivo à terapêutica de erradicação do H. pylori;
- j) Tumor estromal gastrointestinal (GIST) estádios I e II, de acordo com o Manual do American Joint Committee on Cancer (AJCC), 7ª edição, 2010;
- k) Linfoma cutâneo, exceto se houve tratamento com quimioterapia ou radioterapia;
- l) Carcinoma microinvasivo da mama (classificado histologicamente como T1mic), exceto se foi realizada mastectomia, quimioterapia e radioterapia;
- m) Carcinoma microinvasivo do colo uterino (classificado histologicamente como estágio IA1), exceto se foi realizada histerectomia, quimioterapia ou radioterapia;

II. Infarto Agudo do Miocárdio:

- a) Angina do peito incluindo angina estável e instável;
- b) Angina decúbito;
- c) Infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG com elevação da troponina “I” ou “T”;e
- d) Outras síndromes coronarianas agudas.

III. Acidente Vascular Cerebral Agudo:

- a) Ataque Isquêmico Transitório e deficiências neurológicas isquêmicas;
- b) Hemorragia cerebral causada por acidentes;
- c) Hemorragia cerebral causada por cirurgia do cérebro;
- d) Obstrução da artéria oftálmica resultando em dano neurológico; e
- e) Sintomas neurológicos provocados por enxaquecas.

IV. Cirurgia de Revascularização Miocárdio com Implante de Ponte(s) Vascular(es) nas Artérias Coronarianas (Bypass):

- a) Angioplastia e outros procedimentos intra-arteriais;
- b) Cirurgia tipo “key-hole” (quaisquer procedimentos a tórax fechado, utilizando-se cateteres cirúrgicos); e
- c) Quaisquer procedimentos ou técnicas não cirúrgicas.

V. Doença de Alzheimer:

- a) eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a outros tipos de demência;

VI. Insuficiência Renal Crônica:

- a) Insuficiência Renal Aguda e/ou Insuficiência Renal Crônica que não necessite de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal;

VII. Perda da Audição:

- a) eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - i. surdez decorrente de Perda Auditiva Induzida por Ruído Ocupacional (PAIRO);
 - ii. doenças otorrinolaringológicas ou neurológicas, agudas ou crônicas, preexistentes à contratação do seguro e que acarretem redução progressiva da audição;

VIII. Perda da Visão:

- a) eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - i. doenças oftalmológicas ou neurológicas, agudas ou crônicas, preexistentes à contratação do seguro e que acarretem redução progressiva da acuidade visual;

- ii. cegueira de origem central (sistema nervoso central).

IX. Perda da Fala:

- a) eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - i. mudança de tom, na produção e na qualidade da voz (disfonia, rouquidão);
 - ii. perdas temporárias da voz decorrente de acidente ou doença.

X. Transplante de Órgãos:

- a) qualquer autotransplante, demais órgãos ou células, exceto os cobertos citados na alínea “j” do art. 3º;

XI. Paralisia de Membros:

- a) eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - i. qualquer forma de paralisia temporária e/ou transitória;
 - ii. paralisia provocada por Síndrome de Guillain-Barré;
 - iii. a perda parcial das funções motoras e sensitivas (paresias).

Art. 6º. Não estão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar 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.

4) CAPITAL SEGURADO

Art. 6º. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do diagnóstico definitivo da doença grave coberta, comprovado por resultado de exame anátomo-patológico ou de qualquer outro exame complementar específico.

5) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 7º. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o segurado ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

- a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;
- b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);
- c) formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido e assinado pelo segurado com data posterior a 30 dias da data do diagnóstico;
- d) documentos médicos, tais como prontuários e receitas;

Para as doenças cobertas:

i. Câncer:

- a) laudo médico com diagnóstico do câncer, firmado por médico de especialidade em oncologia, contendo o carimbo com o CRM do médico assistente, com expressa indicação médica da necessidade de tratamento cirúrgico, quimioterapia e/ou radioterapia, data do primeiro diagnóstico e o tipo histológico; e
- b) cópia autenticada do resultado da biópsia ou outro exame complementar que evidenciou a doença maligna.

ii. Infarto agudo do miocárdio:

- a) laudo médico, firmado por médico de especialidade em cardiologia;
- b) cópia dos exames de enzimas cardíacas;
- c) laudo de cateterismos cardíaco; e
- d) eletrocardiogramas recentes.

iii. Acidente Vascular Cerebral:

- a) laudo médico, firmado por médico de especialidade neurológica, diagnosticando o acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico, com destruição do tecido cerebral causada por trombose, hemorragia ou embolia de origem extracraniana, indicando a seqüela decorrente; e
- b) exame de imagem apropriado de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética.

iv. Cirurgia de Revascularização Miocárdio com Implante de Ponte(s) Vascular(es) nas Artérias Coronarianas (Bypass):

- a) laudo médico, firmado por médico de especialidade em cirurgia cardíaca ou hemodinâmica diagnosticando a insuficiência da(s)

artéria(s) coronariana(s), e com a expressa indicação da necessidade de realização de cirurgia cardíaca com tórax aberto ou angioplastia através de cateterismo cardíaco;

- b) laudo de cateterismos cardíaco ou da angioplastia ou o relatório da cirurgia cardíaca; e
- c) eletrocardiogramas recentes.

v. Doença de Alzheimer:

- a) laudo médico, firmado por médico de especialidade neurológica, informando a data do diagnóstico da doença, condição atual do segurado e se o mesmo já possui indicação para o termo de curatela; e
- b) exame de imagem apropriado de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética.

vi. Insuficiência Renal Crônica:

- a) laudo do nefrologista assistente comprovando a realização do tratamento dialítico regular, a data do seu início ou a inclusão no cadastro de transplante renal.

vii. Perda da Visão:

- a) laudo do oftalmologista assistente informando a acuidade visual do(a) segurado(a) com a melhor correção possível e a medida do campo visual (campimetria).

viii. Perda da Audição:

- a) laudo do otorrinolaringologista assistente comprovando a surdez total e bilateral, acompanhado de laudo de audiometria ratificando a mesma. Informar a data da caracterização da irreversibilidade no quadro.

ix. Perda da Fala:

- a) laudo do otorrinolaringologista assistente comprovando a perda total e irreversível da fala e informando sua etiologia e a data da sua caracterização.

x. Transplante de Órgãos:

- a) laudo do médico assistente comprovando a falência do órgão a ser

transplantado, a data da sua caracterização e a inclusão no cadastro de receptor do transplante.

xi. Paralisia de Membros:

- a) laudo do neurologista assistente comprovando a plegia de dois ou mais membros, sua etiologia e a data da sua caracterização.

6) BENEFICIÁRIOS

Art. 8º. O beneficiário será sempre o segurado principal.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º. É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, relativa 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, ocorrida durante a vigência deste seguro, observados os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

Art. 2º. A cobertura deverá ser avaliada após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e, se neste caso, for verificada a existência de invalidez permanente, avaliada quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará ao próprio segurado uma indenização, de acordo com a tabela abaixo:

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre a Importância Segurada
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Perda total de ambos os rins	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
	Perda total de um rim	15
	Amputação total do nariz	25
	Amputação total de uma orelha	8
	Amputação total de ambas as orelhas	12
	Perda do baço	15
	Perda de um ovário	6
	Perda de dois ovários	20
	Perda de um testículo	6
	Perda de dois testículos	12
	Amputação traumática do pênis	40
	Mastectomia total de um seio	10
	Mastectomia total de dois seios	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 da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
CIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50

Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a 1/2 e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
Encurtamento de um dos membros inferiores	
- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- de 4 (quatro) centímetros	10
- de 3 (três) centímetros	6
- menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	

§ 1º. 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 seguro para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

§ 2º. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

§ 3º. Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão ou atividade.

§ 4º. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).

§ 5º. Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

§ 6º. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

§ 7º. Caso, quando do mesmo acidente, o percentual a ser indenizado atinja 100% (cem por cento), esta cobertura extingue-se, imediata e automaticamente, bem como o presente seguro. Caso, quando do mesmo acidente, o percentual a ser indenizado não atinja 100% (cem por cento), o capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado, sem cobrança de prêmio adicional.

§ 8º. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 3º. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento na cobertura de IPA a data do acidente.

3) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 4º. Em caso de sinistro coberto, o segurado deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL OU CÔNJUGE

- a)** cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;
- b)** cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo etc.);
- c)** Formulário de Aviso de Sinistro de seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;
- d)** Formulário de Habilitação, devidamente preenchido;
- e)** Formulário Aviso de Alta Médica, devidamente preenchido;
- f)** Laudo do Médico do segurado, atestando a invalidez permanente, com indicação de seu CRM;
- g)** Laudo Oftalmológico, se necessário;
- h)** radiografias, se houver;
- i)** cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- j)** cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado; e
- k)** cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado.

Art. 5º. O pagamento da indenização será realizado sob a forma de parcela única.

4) BENEFICIÁRIOS

Art. 6º. O próprio segurado será o beneficiário.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA AUXÍLIO FUNERAL COMPLEMENTAR

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º. Esta cobertura garante o reembolso das despesas havidas com o funeral do segurado, até o limite do capital segurado contratado para a cobertura de morte caso este venha a falecer por causas naturais ou acidentais, durante a vigência deste seguro, observados o período de carência, se estabelecido, os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

§ 1º. O segurado, ou o beneficiário poderá optar de forma expressa pela prestação dos serviços de assistência funeral por uma empresa terceirizada, indicada pela SICOOB Seguradora, que possui uma rede credenciada de prestadores de serviços no Brasil.

§ 2º. Esta cobertura, tanto para o titular, quanto para os dependentes, só poderá ser contratada juntamente com a cobertura de morte e estará limitada a 100% desta.

Art. 2º. Estas coberturas poderão ser contratadas somente com cobertura para o segurado principal ou abrangendo também o cônjuge ou companheiro (a) e seus filhos de acordo com o regulamento do imposto de renda.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 3º. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do falecimento do segurado.

3) PADRÃO DOS SERVIÇOS (PRESTAÇÃO POR EMPRESA TERCEIRIZADA INDICADA PELA SICOOB SEGURADORA):

Art. 4º. Estarão garantidos os seguintes serviços – PADRÃO R\$ 5.500,00, desde que o segurado esteja em dia com o pagamento dos prêmios:

1. Assessoria para as Formalidades Administrativas: Será feito o acompanhamento durante o funeral por atendentes in loco;
2. Urna: de madeira com visor, padrão semi-luxo e ornamentação de acordo com a preferência da família do SEGURADO;
3. Veículo: carro fúnebre dentro do município de residência;

4. Véu: véu simples para cobrir o corpo;
5. Capela: locação em salas velatórias públicas, caso seja realizado em salas particulares os valores deverão ser similares aos das salas públicas;
6. Documentação: registro em cartório com guia e certidão. Será fornecida uma cópia da certidão de óbito;
7. Flores: 02 (duas) coroas e 02 (dois) arranjos de flores para a decoração da sala de velório;
8. Preparação do corpo: banho, barba, vestimenta (ato de vestir), embalsamento, etc (higienização básica mais preparação e tamponamento);
9. Presença: livro ou folha para assinaturas;
10. Paramentos: jogo de paramentos, castiçais e velas que ficarão no local do velório, bem como os aparelhos de ozona;
11. Sepultamento: em túmulo (ou jazigo) da família com pagamento da taxa de sepultamento, desde que a mesma seja compatível com os custos da taxa dos cemitérios públicos. Na hipótese da necessidade de locação, o prestador de serviço providenciará o aluguel da sepultura em cemitérios públicos. Caso a família ou responsável opte por locação em cemitério particular, os custos deverão ser compatíveis aos dos cemitérios públicos. A locação será por um período de até 3 (três) anos, a contar da data do óbito. As despesas com passagem e hospedagem para o acompanhamento da Cerimônia de Sepultamento correrão por conta da família;
12. Traslado: Transporte do corpo do local de óbito (nacional ou internacional), até a cidade de residência habitual (ou distância equivalente), em urna mortuária apropriada. A PRESTADORA determinará se o transporte será aéreo ou terrestre, dependendo da distância do traslado e logística de deslocamento do local;
 - 12.1. O traslado será fornecido apenas quando o óbito ocorrer fora do município de residência do SEGURADO; caso o óbito ocorra dentro do município de residência não será fornecido este serviço;
 - 12.2. Correrão por conta da família as despesas que excedam o custo arcado pela PRESTADORA em virtude de modificação do traslado proposto por esta última. As despesas com passagem e hospedagem correrão por conta da família;
 - 12.3. Este serviço apartado do limite e não há limite monetário previsto;

13. Cremação será efetuada somente quando o falecido, em vida, deixar por escrito (registro em cartório) ou outra forma legal. O serviço será realizado na cidade do óbito ou se não houver na cidade este serviço, será na cidade mais próxima e as cinzas serão encaminhadas para a cidade de domicílio do segurado no Brasil;
 - 13.1. As despesas com passagem e hospedagem para o acompanhamento da Cerimônia de Cremação correrão por conta da família;
 - 13.2. Ao optar pelo Crematório, a PRESTADORA se responsabiliza pela realização do velório apenas no próprio Crematório.
14. Transporte Familiar: Em caso de falecimento onde houver necessidade legal da presença de um membro da família para liberação do corpo, forneceremos uma passagem aérea de ida e volta;
15. Transmissão de mensagens urgentes: A PRESTADORA transmitirá mensagens de caráter urgente, relacionadas aos serviços que serão prestados, mediante solicitação da família do SEGURADO;
16. Religião ou Credo: todos os serviços mencionados acima serão realizados sempre respeitando as condições de religiosidade ou credo solicitado pela família; e
17. Comunicação em Jornal : divulgação do óbito na imprensa, ou seja, anúncio em jornal de circulação no município do Segurado

Art. 5º. Para efeito destas condições, ficam expressamente excluídos da prestação dos seguintes serviços:

1. Roupas em geral;
2. Missa de 7º dia ou contratação de religioso para conduzir o culto;
3. Xerox da documentação;
4. Café;
5. Bebidas;
6. Refeições em geral;
7. Compra de Jazigo;

8. Confeção de gaveta em túmulo de terceiro;
9. Lápides e/ou gravações;
10. Cruzes;
11. Reforma em geral no jazigo;
12. Exumação de corpo em jazigo da família;
13. Custo de capela e sepultamento superior aos praticados pelo Município;
14. Despesas de qualquer natureza que não estejam relacionadas diretamente com o funeral, sem autorização da PRESTADORA, não previstas nestas Condições;
15. Quaisquer reembolsos de despesas providenciadas diretamente pela família e não autorizadas pela PRESTADORA, mesmo que cobertas pela presente assistência. A PRESTADORA não efetuará nenhuma espécie de reembolso, caso não seja acionada;
16. Técnicas de preservação – tanatopraxia e embalsamamento – terão seus custos cobertos apenas em caso de traslado aéreo do corpo, considerando esta despesa como parte dos valores de cobertura sendo certo que a técnica de tanatopraxia estará coberta nas cidades em que houver previsão legal, norma ou equivalente que obrigue a realização deste serviço limitado até valor total da cobertura contratada. Caso tenha excedentes, os custos ficarão por conta do segurado;
17. Necromaquiagem; e
18. O meio de traslado do corpo será decidido pela PRESTADORA. Havendo discordância do meio escolhido, a PRESTADORA arcará com o valor que gastaria pelo meio escolhido por ela.

4) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 6º. No caso da opção pela realização do serviço de assistência funeral com os prestadores de serviço indicados pela SICOOB Seguradora, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a)** cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b)** cópia da identidade do segurado principal ou de seus dependentes, dependendo de quem foi o óbito;

- c) cópia do CPF do segurado principal ou de seus dependentes, dependendo de quem foi o óbito;
- d) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de óbito dos dependentes menores; e
- e) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de óbito do cônjuge.

Art. 7º. No caso de não utilização da empresa terceirizada indicada pela SICOOB Seguradora e, para reembolso do serviço de assistência funeral prestado por outra empresa, até o limite de capital segurado contratado, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL OU DEPENDENTE

- a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b) cópia da carteira de identidade e CPF;
- c) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de óbito dos dependentes menores;
- d) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de óbito do cônjuge;

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

- e) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- f) cópia da carteira de identidade e CPF;
- g) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.); e
- h) notas fiscais originais das despesas com o funeral.

5) BENEFICIÁRIOS

Art. 8º. Será considerado como beneficiário, no caso de não utilização da empresa terceirizada indicada pela SICOOB Seguradora para a prestação do serviço de assistência funeral, a(s) pessoa(s) indicada(s) na nota fiscal do serviço de assistência funeral que tenha(m) arcado com as despesas para organização do funeral do segurado.

Parágrafo único. No caso da utilização do prestador de serviço indicado pela SICOOB Seguradora nada mais será devido a título de indenização.



Central de Atendimento Sicoob (atendimento 24 horas): 4000 1111 (capitais e regiões metropolitanas) - 0800 642 0000 (demais localidades)
Ouvidoria (de segunda a sexta, das 8h às 20h): 0800 725 0996 - 0800 940 0458 (deficientes auditivos ou de fala) - ouvidoriasicoob.com.br