

Seguro Vida Mulher – Condições Contratuais do Segurado Individual

1. OBJETIVO

O objetivo do seguro é garantir o pagamento de indenização, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Contratuais.**

2. COBERTURAS

2.1. **Cobertura Básica – Morte**, garante aos Beneficiários o pagamento do capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de morte do segurado, devidamente coberta.

2.2. **Cobertura Adicional – Doenças Graves**, garante ao Segurado o pagamento do capital segurado, em caso de diagnóstico comprovado por Médico Habilitado e exames complementares, de uma das doenças devidamente cobertas por este Seguro, ocorrida e diagnosticada durante a vigência do Seguro e após o período de carência. **Esta cobertura cessará quando o Segurado completar 60 anos.**

2.2.1. Estão cobertas, **única e exclusivamente**, as doenças abaixo relacionadas e caracterizadas, sendo necessário que os seus diagnósticos devem ser aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

2.2.1.1. Doença Neoplásica Maligna
(câncer ou tumor maligno)

Risco coberto: estão cobertos os portadores de neoplasia maligna com metástases à distância, devidamente comprovado através de exames complementares especializados. Estarão cobertos também, os tumores malignos cerebrais, de fígado, leucemias agudas (mielóide e linfóide) e os linfomas estágio III e IV com envolvimento de gânglios acima e abaixo do diafragma ou órgãos como pulmão, fígado e medula óssea. Também terão cobertura o Câncer de Mama ou Colo de Útero, desde que diagnosticados por médico habilitado em oncologia e demonstrado através dos laudos de exames citológicos e histológicos apropriados para cada caso.

2.2.1.2. Doenças Cardiológicas

Risco coberto: estão cobertas as doenças cardiológicas decorrentes de coronariopatias agudas ou crônicas, doenças valvulares ou musculares, devidamente comprovadas e que necessitem de cirurgia a céu aberto.

2.2.1.3. Acidente Vascular Cerebral

Risco coberto: estão cobertos os portadores de seqüelas de AVC avaliados

após 6 (seis) meses do evento, quando houver a persistência de paralisia total de pelo menos 2 membros ou distúrbios cognitivos graves, que necessitem de Curatela. A avaliação deverá ser realizada por médico especialista em neurologia, comprovado com exames complementares de imagem (Tomografias, Ressonância Magnética, Angioressonância ou Doppler de Carótidas).

2.2.1.4. Transplantes de Órgãos Vitais

Risco coberto: estará coberto o Segurado que necessitar do transplante caracterizado pela perda irreversível da função dos órgãos vitais relacionados abaixo, mediante indicação do médico especialista na patologia e de exames específicos: **coração, fígado, medula óssea, pâncreas, pulmão e rim.**

2.2.1.5. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – SIDA (AIDS)

Risco coberto: estará coberto o Segurado portador do vírus HIV em estágio avançado (estado grave) acometidos de afecções oportunistas recorrentes (infecções freqüentes, diarreias crônicas, complicações neurológicas ou neoplasias malignas) e com comprometimento do estado geral e resistente a tratamentos convencionais e que tenham os exames laboratoriais recentes com o seguinte perfil:

- Linfócitos CD4 – abaixo de 200 células por mm³
- Linfócitos CD8 – abaixo de 600 células por mm³
- Relação CD4/CD8 – abaixo de 0,8
- Carga Viral – acima de 50.000

2.2.2. Para todas as doenças cobertas, só terão direito ao Capital Segurado os Segurados que se encontrarem em vida após 60 (sessenta) dias contados a partir da data do diagnóstico da doença ou da data em que o Segurado for submetido à cirurgia coberta, e desde que a doença de origem da cobertura tenha ocorrido e sido diagnosticada no período de vigência da apólice, após cumprido o período de Carência do seguro.

2.2.3. Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada ou cirurgia realizada, desde que comunicados à Seguradora, não havendo, em hipótese alguma acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.

2.2.4. O pagamento de qualquer Indenização decorrente da cobertura de Doenças Graves significa o cancelamento imediato do seguro.

2.2.5. Este seguro abrange a contratação conjunta de todas as coberturas aqui descritas.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos de todas as Coberturas deste seguro para

todos segurados os eventos ocorridos em consequência:

- a) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo 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, ato terrorista e suas decorrências ou outras perturbações da ordem pública, exceto se decorrentes da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- d) de doenças preexistentes à contratação do seguro, não declaradas na Proposta de Adesão e de conhecimento do Segurado;**
- e) da prática, por parte do Segurado, seu(s) beneficiário(s) ou seu representante legal de um ou de outro de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei;**
- f) suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;**
- g) sinistro ocorrido durante o período de suspensão da cobertura por atraso nos pagamentos de prêmios.

Além dos riscos mencionados acima, estão expressamente excluídos da cobertura de Doenças Graves (DG):

- a) para Doença Neoplásica Maligna (câncer ou tumor maligno):
 - as displasias e lesões pré-cancerígenas.
 - para portadores do sexo feminino, exclui-se ainda: o carcinoma "in situ" (incluindo displasia cervical), neoplasias malignas primárias de pele na região das mamas, neoplasias não primárias do tecido mamário na região anatômica das mamas e neoplasias benignas das mamas ou do colo do útero.
- b) para Doenças Cardiológicas:
 - angioplastias transluminal coronariana e procedimentos intra-arteriais (procedimentos realizados no interior dos vasos sanguíneos arteriais objetivando sua desobstrução e restauração e restabelecimento do fluxo sanguíneo), como colocação de "stents".
- c) para Acidente Vascular Cerebral:
 - Ataques isquêmicos transitórios (AIT).

4. CAR NCIA

Haverá carência de 2 (dois) meses contados à partir da data de início da vigência individual para a Cobertura de Doenças Graves (DG), para as demais coberturas e eventos decorrentes de acidente pessoal não haverá carência. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

5. VIGÊNCIA DA APÓLICE MESTRA

5.1. O início de vigência da apólice mestra se dará às 24 (vinte e quatro) horas da data expressa no Contrato.

5.2. O fim de vigência da apólice mestra se dará às 24 (vinte e quatro) horas do dia anterior ao seu aniversário anual.

5.3. A apólice mestra poderá ser renovada automaticamente, por igual período, salvo se o Estipulante ou a SEGURADORA manifestar-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 dias.

5.3.1. A renovação automática prevista no item anterior só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Estipulante e da Seguradora.

5.3.2. Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou deveres adicionais para os segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

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

6. VIGÊNCIA DOS SEGUROS INDIVIDUAIS

6.1. O seguro de cada segurado terá vigência anual a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data expressa no Certificado de Seguro.

6.1.1. Caso não haja pagamento de prêmio quando do protocolo da Proposta de Adesão, o início de vigência é o dia de aceitação da proposta ou outro se solicitado pelo proponente. Em havendo pagamento parcial ou total do prêmio, considera-se o início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora.

6.2. A data de fim de vigência do seguro individual será às 24 (vinte e quatro) horas do dia anterior ao seu aniversário anual.

6.3. Os seguros individuais vigorarão enquanto vigorar a apólice mestra, desde que não ocorra nenhuma causa de cancelamento do contrato individual previsto nestas Condições Gerais.

6.3.1. No caso de não renovação da apólice mestra, a cobertura de cada

segurado cessa automaticamente no final de vigência da apólice, respeitado o período correspondente ao prêmio pago.

7. ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS

7.1. Poderão ser incluídos no presente seguro, as pessoas com idade entre 18 e 50 anos, possuidoras do Cartão C&A ou ibiCard, seja como portador ou titular e os Parentes Diretos do titular, por ele indicado na Proposta de Adesão ao seguro, que se encontram em plena atividade profissional, perfeitas condições de saúde na data da respectiva adesão ao seguro.

7.2. A inclusão será mediante Proposta de Adesão preenchida de próprio punho e assinada pelo proponente, junto à autorização do Titular do Cartão C&A ou ibiCard para débito do Prêmio Individual desde que entregue em uma das lojas da C&A ou lojas ibi, sendo o Estipulante responsável pelo o envio à Seguradora.

8. BENEFICIÁRIOS

8.1. O Segurado poderá indicar ou alterar livremente seus Beneficiários, ressalvadas as restrições legais, devendo fazê-lo por escrito à Seguradora.

8.2. Não havendo Beneficiário indicado na ocasião do falecimento do Segurado Principal, o Capital Segurado será pago na forma da Lei.

8.3. No caso da cobertura de Doenças Graves (DG), o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

9. CAPITAIS SEGURADOS

Os Capitais Segurados para fins de indenização serão pagos ou reembolsados os valores estabelecidos para cada cobertura conforme tabela a seguir:

*Faixa etária não disponível para venda, apenas para manutenção do seguro.

Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado:

a) na Cobertura Básica, a data do falecimento; e,

d) na Cobertura de Doenças Graves (DG), a data do diagnóstico da doença confirmado por exames.

10. CERTIFICADO INDIVIDUAL

No início de cada vigência será encaminhado pela Seguradora um Certificado Individual a cada Segurado, contendo os seguintes elementos mínimos:

- a) **data do início e término do seguro individual do segurado;**
- b) capitais Segurados de cada Cobertura;
- c) valor do prêmio total.

11. CUSTEIO DO SEGURO

O custeio do seguro é totalmente contributivo, ou seja, os Segurados pagam pelo seguro o respectivo Prêmio Individual na sua totalidade.

12. PRÊMIO INDIVIDUAL

12.1. A forma de pagamento do prêmio é mensal, e seu valor será estipulado no Contrato.

12.2. Por ocasião da renovação do seguro, o Prêmio será reenquadrado automaticamente sempre que o segurado mudar de faixa etária, de acordo com a tabela do item 9 destas condições.

12.3. Tanto em relação aos prêmios individuais como em relação ao prêmio total, deve-se observar o disposto nos subitens abaixo:

12.4. Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento integral do prêmio houver sido feito, no máximo até a data limite prevista para esse fim. Caso a data limite para pagamento caia em dia em que não haja expediente bancário, o seguro poderá ser pago no primeiro dia subsequente em que haja referido expediente.

12.5. Este seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao Estipulante.

12.6. Atraso no Pagamento de Prêmio Individual pelo Segurado

Será concedido um prazo de tolerância de 45 (quarenta e cinco) dias a partir da data de vencimento da parcela de prêmio em atraso, mantendo aos Segurados ou seus beneficiários direito ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro coberto, ocorrido durante o período de tolerância.

12.7. O Cancelamento do Seguro por Falta de Pagamento de Prêmio Individual pelo Segurado

O não pagamento da parcela de prêmio dentro do prazo de tolerância do item 12.6 acima, acarretará no cancelamento do seguro.

13. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

13.1. Ocorrendo o Sinistro, desde que o seguro não esteja cancelado, a

cobertura suspensa ou o evento previsto como Risco Excluído, este deverá ser comunicado imediatamente à SEGURADORA, por fax, telegrama, telex, carta ou qualquer meio disponível no momento para que sejam informados os procedimentos para o aviso de sinistro e os documentos necessários.

13.2. Os valores devidos em razão de sinistros cobertos serão pagos no prazo máximo de 30 (trinta dias), contados da apresentação de todos os documentos necessários à liquidação solicitados na abertura do processo.

13.3. Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar outros documentos além daqueles inicialmente solicitados, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias previsto será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

13.4. Na hipótese do não cumprimento do prazo estabelecido para pagamento da indenização, a Seguradora pagará multa de 2% e juros de mora de 1,0% ao mês, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, além da atualização monetária pela variação positiva do índice IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, apurada entre o último índice publicado antes da data do evento do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior a data de sua efetiva liquidação.

14. JUNTA MÉDICA

14.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza, diagnóstico ou extensão das lesões ou da doença, a Seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

14.2. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo segurado e, um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

15. PERÍCIA DA SEGURADORA

15.1. A Seguradora reserva-se o direito de solicitar perícias em todos os casos em que houver dúvida fundada e justificável para comprovar a ocorrência da hospitalização nos termos destas Condições Gerais.

15.2. O Segurado autoriza expressamente seu Médico Assistente e as

entidades de prestação de ASSIST NCIA médico hospitalar, envolvidas em seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

15.3. Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento da Indenização, cancelará o respectivo contrato de seguro e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações penais cabíveis.

16. CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL

Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro individual:

- a) com o desaparecimento do vínculo existente entre o Estipulante e o Segurado Principal;**
- b) com a morte do Segurado Principal;**
- c) com o recebimento do capital segurado relativo à cobertura de Doenças Graves (DG);**
- d) por solicitação do Segurado Principal, mediante comunicação por escrito;**
- e) automaticamente se o segurado, seus prepostos, seus dependentes ou seus beneficiários agirem com dolo, culpa grave, ou cometerem fraude no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato;**
- f) pela inobservância das obrigações convencionadas no seguro, por parte do segurado, seus beneficiários ou prepostos, inclusive quanto ao pagamento do prêmio;**
- g) com o cancelamento ou final de vigência, sem renovação, da Apólice Mestra;**
- h) automaticamente se houver inexatidão ou omissão nas declarações do segurado e/ou estipulante no ato da contratação e/ou durante a vigência do contrato.**

17. CANCELAMENTO DO SEGURO

17.1. A Apólice Mestra será cancelada:

17.1.1. por acordo entre o Estipulante e a Seguradora mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado;

17.1.2. pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais, inclusive no tocante ao pagamento de prêmios, nos termos do item 12.

17.1.3. se houver dolo, culpa ou prática de fraude por parte do Estipulante, no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato.

17.1.4. quando o Estipulante praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa fé que devem existir por ocasião da contratação e durante a vigência do contrato.

18. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

18.1. A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente Seguro, caso haja por parte do Segurado, seus prepostos, dependentes ou beneficiários:

- a) inexactidão ou omissão nas declarações prestadas no ato da contratação deste seguro ou durante toda sua vigência, bem como por ocasião da regulação do sinistro, quando estas ocorrem pela má-fé da(s) parte(s);
- b) inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro;
- c) fraude ou tentativa de fraude comprovada simulando sinistro ou agravando suas conseqüências.
- d) dolo, fraude, simulação ou culpa grave para obter ou majorar a indenização;
- e) inobservância do artigo 768 do Código Civil, que dispõe que o segurado perderá o direito à cobertura do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato;
- f) não fornecimento da documentação solicitada.

18.1.1. Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de prêmio, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades.

Se a inexactidão ou a omissão nas declarações mencionadas na alínea a) do item 19.1 não resultar de má-fé do segurado, a sociedade 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 de 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, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

19. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e no Contrato, constituem, ainda, as obrigações do Estipulante:

- I. fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela seguradora, incluindo dados cadastrais;
- II. manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- III. fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- IV. repassar os prêmios à sociedade seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- V. repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- VI. discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o segurado;**
- VII. comunicar, de imediato, à seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- VIII. dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- IX. comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- X. fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado; e,
- XI. informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora,

bem como o percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do estipulante.

20. ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIG NCIA

20.1. O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante.

20.2. Para manter o equilíbrio técnico do seguro e sempre que possível, as taxas serão reavaliadas anualmente tendo como base a experiência da Seguradora.

20.3. Qualquer modificação da apólice em vigor, inclusive nas taxas do seguro, que implique em ônus ou dever para os segurados dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

20.4. A renovação que não implicar em alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os segurados ou a redução de seus direitos, poderá ser feita pelo Estipulante.

21. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a promoção do seguro, por parte do Estipulante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da SEGURADORA, respeitadas as condições contratuais e as normas do seguro.

22. DISPOSIÇÕES GERAIS

22.1. O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os Prêmios ou Capital Segurado, deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.

22.2. O registro deste plano na SUSEP – Superintendência de Seguros Privados não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

23. PRESCRIÇÃO

Qualquer direito do Segurado, ou do beneficiário, com fundamento na presente Seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

24. DO FORO

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

25. CONCEITOS

Apólice Mestra – É o documento escrito, emitido pela Seguradora, que caracteriza o instrumento do contrato de seguro celebrado entre a Seguradora e o Estipulante, e que é integrado por estas Condições Gerais e, se houver, pelo Contrato. A apólice prova a existência e o conteúdo do contrato de seguro.

Carência – É o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência do seguro individual, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito às Coberturas Contratadas, sem prejuízo do pagamento dos prêmios individuais. A carência poderá ser total ou parcial, abrangendo todas as Coberturas ou algumas delas.

Condições Contratuais – É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Seguro, das Condições Gerais, da Apólice e respectivos Aditivos, do Contrato, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual.

Condições Gerais – É o instrumento jurídico que disciplina os direitos e obrigações das partes contratantes, bem como as características gerais do seguro, sendo obrigatoriamente parte integrante da Proposta de Seguro e da Apólice Mestra.

Doença Pré-Existente – Doença de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de adesão.

Estipulante – É a pessoa que contrata este seguro em proveito dos segurados, ficando investida dos poderes de representação destes perante a SEGURADORA, nos limites da legislação pertinente e das disposições contratuais.

Evento Coberto – É o acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nas Condições Gerais do Contrato de Seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seus Beneficiários.

SERVIÇO – APOIO E QUALIDADE DE VIDA

1. Âmbito Territorial

A execução dos SERVIÇOS, se dará em todo território nacional.

2. Condições de Utilização dos Serviços

Para que os SEGURADOS tenham direito a todos os SERVIÇOS descritos abaixo, estes deverão contatar através de chamada telefônica gratuita à sua Central de Atendimento de segunda a sexta-feira, das 8 às 20 horas pelo número **0800 727 2459**. O segurado descreverá o tipo de ajuda de que necessita e a ASSIST NCIA fornecerá todas as informações necessárias.

3. Serviços

3.1. Serviços de Apoio e Assistência Social

3.1.1. Atendimento e encaminhamento para ONGs e Associações de acordo com a identificação da doença grave coberta pelo seguro. As ONG's e Associações serão selecionadas, avaliadas e posteriormente cadastradas no Banco de Atendimento da ASSIST NCIA para prestação deste serviço.

3.1.2. Orientação psicológica emergencial por telefone

A ASSIST NCIA prestará atendimento emergencial psicológico através do 0800 ao SEGURADO portador de doença grave coberta pelo seguro, indicando se necessário profissionais do ramo para acompanhamento do caso. Os custos do profissional indicado serão de responsabilidade do SEGURADO.

3.1.3. Informações médico-hospitalares por telefone

A ASSIST NCIA de acordo com a Doença Grave identificada do SEGURADO, indicará especialistas do ramo, bem como Centros Hospitalares especializados. Os custos com os profissionais e Centros Hospitalares serão de responsabilidade do SEGURADO.

3.2. Health Assistance

3.2.1. Aluguel de muletas, cadeira de rodas e camas hospitalares

Se, em decorrência de Doença Grave for solicitado pelo SEGURADO, a ASSIST NCIA organizará o aluguel de muletas, cadeira de rodas e camas hospitalares, as despesas com o aluguel serão por conta do SEGURADO.

3.2.2. Organização de checkup médico nas principais cidades do Brasil

Após 11 meses da contratação do seguro, o SEGURADO terá 30 (trinta) dias para entrar em contato com a Central de Atendimento e solicitar o agendamento da consulta médica e checkup médico em Centros Especializados neste serviço.

A ASSIST NCIA compromete-se a providenciar e organizar os serviços de checkup nas cidades onde há disponibilidade do serviço, sendo também de responsabilidade da ASSIST NCIA, os custos com a consulta e os exames solicitados. Este checkup contempla os exames abaixo:

- Eletrocardiograma;
- Hemograma completo;
- Colesterol total e frações;
- Preventivo ginecológico;
- Exame clínico de mamas;
- Parasitológico de fezes;
- Urina;
- Glicemia em jejum (diabetes);
- Sódio;
- Potássio;

- Uréia;
- Creatinina.

Este serviço está limitado a 01 (uma) utilização ao ano.

3.2.3. Transporte ou remoção médica inter-hospitalar

Se, solicitado pelo SEGURADO, e verificada a necessidade de remoção da mesma, a ASSIST NCIA organizará e assumirá todas as despesas de remoção para um hospital mais adequado ou até o seu DOMICÍLIO, até o limite total de despesas de R\$ 500,00 (quinhentos reais) por evento, consideradas as exigências médicas quanto ao modo de transporte, data e local de hospitalização.

Em todos os casos, a remoção será decidida de acordo com o serviço médico da ASSIST NCIA.

O serviço de ASSIST NCIA não garante a internação (vagas em hospital), ficando a busca ou reserva da mesma por conta do SEGURADO e/ou médico que atende no local e/ou acompanhantes ou familiares. A responsabilidade do serviço de ASSIST NCIA limita-se à remoção.

As despesas decorrentes de atendimento médico, hospitalar e despesas com medicamentos, serão integralmente assumidas pelo SEGURADO e a ASSIST NCIA não terá responsabilidade alguma sobre estes valores. Este serviço está limitado a 1 intervenção ao ano.

3.2.4. Acompanhante em caso de hospitalização

Se, em decorrência de hospitalização por Doença Grave coberta pelo seguro for solicitado pelo SEGURADO a presença de um acompanhante, a ASSIST NCIA assumirá os custos da permanência do mesmo.

Este serviço está limitado a 48 horas a partir do 7º dia de internação e 1 intervenção ao ano.

3.2.5. Serviço de enfermagem

Em consequência de Doença Grave coberta pelo seguro com o SEGURADO, a ASSIST NCIA encarrega-se de providenciar serviço de enfermagem, indicado pelo próprio SEGURADO, correndo o custo deste serviço, por conta da ASSIST NCIA.

Este serviço está limitado a 48 horas e 1 intervenção ao ano.

3.2.6. Assistência nutricional

A ASSIST NCIA oferece opções de cardápio personalizado, esclarecimento de dúvidas e dicas para a melhoria da saúde e obtenção de melhor qualidade de vida.

3.3. Envio de Profissionais à Residência

3.3.1. Eletricista

Em consequência de Doença Grave coberta pelo seguro com o SEGURADO,

correrão por conta da ASSIST NCIA as despesas com o envio de um electricista e a mão-de-obra empregada no local, até o limite de R\$ 80,00 (oitenta reais), sendo por conta do SEGURADO todas as despesas com peças e materiais.

Este serviço está limitado a 2 intervenções ao ano.

3.3.2. Encanador

Em consequência de Doença Grave coberta pelo seguro com o SEGURADO, a ASSIST NCIA encarrega-se do pagamento dos gastos com o envio de profissionais hidráulicos e a mão-de-obra do mesmo, empregada no local, até o limite de R\$ 80,00 (oitenta reais) por evento, sendo por conta do SEGURADO todas as despesas com peças e materiais.

Este serviço está limitado a 2 intervenções ao ano.

3.3.3. Chaveiro

Em consequência de Doença Grave coberta pelo seguro com o SEGURADO, a ASSIST NCIA encarrega-se de enviar um chaveiro até a RESID NCIA que não puder ser aberta em razão da perda das chaves, seu esquecimento no interior do imóvel ou quebra na fechadura impossibilitando ao SEGURADO de ingressar em sua RESID NCIA. Este serviço somente será disponibilizado para RESID NCIAS que utilizem sistemas de fechaduras e chaves tradicionais e caso existam prestadores num raio de até 50 km (cinquenta quilômetros) da RESID NCIA, observadas as seguintes condições:

- a) em casos de quebra, perda ou roubo de chaves correrão por conta da ASSIST NCIA as despesas com o deslocamento do profissional, a mão-de-obra e a confecção de novas chaves até o valor total de R\$ 80,00 (oitenta reais) por evento.
- b) em casos de reparação de fechaduras e tranças que se encontrarem danificadas, a ASSIST NCIA arcará com os custos de deslocamento do profissional, mão-de-obra e peças para troca e conserto da fechadura ou trança até o valor de R\$ 80,00 (oitenta reais) por evento.

Este serviço está limitado a 2 intervenções ao ano.

3.3.4. Faxineira

Em consequência de Doença Grave coberta pelo seguro com o SEGURADO, a ASSIST NCIA assumirá os gastos de uma faxineira, indicada pelo SEGURADO, até o limite de R\$ 50,00 (cinquenta reais) por dia, limitado a um período máximo de 3 (três) dias por evento.

Este serviço está limitado a 1 intervenção ao ano.

3.4. Serviços indicativos

- Locação de eletrodomésticos;
- Indicação de copeiras;
- Indicação de arquitetos, decoradores e paisagistas;

- Informações sobre buffets;
- Decoração de festas e eventos;
- Condução do veículo à oficina;
- Serviço de mensageiro;
- Reservas de restaurantes, shows, hotéis, vôos;
- Informações e compra de ingressos para cinema, teatro, festivais;
- Serviços de táxi 24 horas;
- Informações de viagem;
- Informações de feiras, congressos, workshops e festivais gastronômicos;
- Serviços de moda, saúde e beleza em domicílio;
- Serviços pessoais de entretenimento;
- Entretenimento infantil;
- Indicação de lojas de funcionamento 24 horas.

Os serviços acima são indicativos, ficando a ASSIST NCIA isenta de qualquer custo referente ao serviço utilizado pelo SEGURADO. Esses serviços podem ser utilizados a qualquer momento, independente de sinistro de Doenças Graves.

4. Sub-rogação

Após o reembolso dos prestadores de serviços ou outras despesas, a ASSIST NCIA fica sub-rogada nos correspondentes direitos do SEGURADO contra aqueles que por ato, fato, ou omissão tenham causado os prejuízos ou para eles tenham concorrido, obrigando-se o SEGURADO a facilitar os meios necessários ao exercício dessa sub-rogação.

O SEGURADO compromete-se a restituir à ASSIST NCIA toda importância que tenha recebido por parte do causador dos danos e/ou de seu Seguro, em função de liquidação da indenização a qual o SEGURADO tiver direito, até os limites assumidos pela ASSIST NCIA.

Caso o SEGURADO se negue a prestar colaboração ou a sub-rogar tais direitos, a ASSIST NCIA estará automaticamente desobrigada a abonar os gastos originados da assistência.