



---

## CONDIÇÕES GERAIS

### Visão Protegida

---

#### 1. Objetivo do Seguro

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma importância ao Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s), até o limite dos respectivos capitais segurados, caso venha a ocorrer um dos Eventos Cobertos previstos nas garantias contratadas, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais, do Contrato e das Condições Especiais expressamente convencionadas.**

O registro deste Plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

#### 2. Definições

Para o propósito destas **Condições Gerais**, as definições no singular incluem o plural, e as definições no plural incluem o singular.

**2.1. Acidente Pessoal:** É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente total ou parcial do Segurado ou que torne necessário tratamento médico, observado o disposto no item 4 destas Condições Gerais.

2.1.1 Incluem-se nesse conceito:

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



- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

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

- a) as doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;
- b) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas 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 conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- c) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal; e,
- d) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto.

**2.2. Aditivo e/ou Endosso:** É o documento emitido pela Seguradora, acessório ao contrato de seguro, que formaliza toda e qualquer alteração na Apólice, durante sua vigência, implicando em modificação de dados, condições ou objeto do contrato de seguro ou sua transferência para outrem. Uma vez anexado à Apólice, o Aditivo/Endosso passa a prevalecer sobre as condições originais do contrato.

**2.3. Apólice:** é o instrumento do contrato de seguro celebrado entre a Seguradora e o Estipulante. A Apólice será emitida pela Seguradora, devendo conter, obrigatoriamente, a íntegra destas Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e do Contrato. A apólice prova a existência e o conteúdo do contrato de seguro.

**2.4. Beneficiário** – Será sempre o segurado.



- 2.5. Capital Segurado:** é a importância máxima, contratada para cada garantia e definida nas Condições Especiais e no certificado individual, a ser paga pela Seguradora em caso de ocorrência de sinistro coberto. Nenhuma indenização poderá ser superior ao capital segurado de cada garantia.
- 2.6. Carência** - É o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência do seguro individual, do aumento do capital ou da recondução depois de suspenso, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito às garantias contratadas, sem prejuízo do pagamento dos prêmios individuais. A carência poderá ser total ou parcial, abrangendo todas as garantias ou algumas delas, exceto as de acidente pessoal.
- 2.7. Carregamento** - É o percentual incidente sobre os prêmios pagos destinado a atender às despesas administrativas e de comercialização do Seguro.
- 2.8. Certificado Individual:** é o documento emitido pela Seguradora e entregue ao Segurado Principal para comprovar sua inclusão no seguro.
- 2.9. Condições Contratuais** - É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais, da Apólice e, quando for o caso de plano coletivo, do Contrato, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual do seguro.
- 2.10. Condições Especiais:** É conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro;
- 2.11. Condições Gerais:** É o conjunto das cláusulas, comuns a todas as modalidades e/ou garantias de um plano de seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes.
- 2.12. Contrato:** É o instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da Seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.
- 2.13. Corretor:** É a pessoa física ou jurídica autorizada a angariar e promover contratos de seguros. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.



- 2.14. Declaração Pessoal de Saúde:** é a declaração, constante da proposta de adesão, que o proponente a Segurado terá que preencher, de próprio punho, na qual presta informações sobre as suas condições de saúde para análise de aceitação do seguro pela Seguradora.
- 2.15. Endosso:** vide definição de aditivo.
- 2.16. Estipulante:** é a pessoa física ou jurídica que contrata o seguro em proveito dos segurados e fica investida dos poderes de representação destes perante a Seguradora, nos limites da legislação aplicável e das disposições contratuais.
- 2.17. Evento Coberto:** É o acontecimento futuro e de data incerta, previsto nas garantias do seguro inclusas na Apólice, ocorrido durante sua vigência e não excluído nas Condições Gerais do Seguro e, se houver, das Condições Especiais e do Contrato, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seus Beneficiários.
- 2.18. Evento Preexistente:** São sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas ou acidentes sofridos pelo segurado antes da contratação do seguro, que seja do conhecimento do segurado e/ou Estipulante e não declarado na Proposta de Adesão.
- 2.19. Excedente Técnico:** Saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período.
- 2.20. Franquia:** É a participação obrigatória do Segurado em caso de sinistro, e que será aplicada sobre o valor da indenização.
- 2.21. Grupo Segurável:** é a totalidade das pessoas vinculadas ao Estipulante que, gozando de perfeitas condições de saúde, podem aderir ou ser incluídos no seguro, desde que atendam aos demais requisitos estabelecidos nestas Condições Gerais e, se houver, nas Especiais e no Contrato.
- 2.22. Grupo Segurado:** é a totalidade de componentes do grupo segurável regularmente incluídos no seguro, nos termos destas Condições Gerais.
- 2.23. Hospital:** é qualquer estabelecimento legalmente constituído devidamente instalado e equipado para a prática de tratamentos médicos clínicos e/ou cirúrgicos a pessoas que deles necessitem.



- 2.24. Hospitalização:** é a permanência em hospital sob regime de internação, caracterizada pela utilização de acomodação qualquer que seja o tipo, para tratamento médico que não possa ser realizado em residência. Caracteriza-se como hospitalização o período de vinte e quatro horas, admitindo-se o período mínimo de doze horas, no caso de utilização de uma diária no início ou final do período de internação.
- 2.25. Indenização:** é a porcentagem do Capital Segurado a ser pago pela Seguradora caso ocorra o sinistro durante a vigência do seguro.
- 2.26. IPCA-IBGE:** Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo calculado mensalmente pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).
- 2.27. Limite Técnico ou Limite de Retenção:** É o valor básico da retenção que a seguradora adota, em cada ramo, ou modalidade em que operar, fixado pela SUSEP, representando a quantia máxima que ela poderá reter em cada risco isolado. O limite técnico de cada seguradora é fixado tendo em vista a sua situação econômico-financeira e as condições técnicas de sua carteira no ramo ou modalidade de seguro.
- 2.28. Prêmio:** é o valor a ser pago à Seguradora em contraprestação à(s) garantia(s) contratada(s).
- 2.29. Proponente:** É a pessoa física que propõe a sua adesão ao seguro, e que passará à condição de Segurado desde que aceito pela Seguradora.
- 2.30. Proposta de Contratação:** É o 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.
- 2.31. Proposta de Adesão:** É o formulário fornecido pela Seguradora que, devidamente preenchido, assinado e entregue à Seguradora, caracteriza a vontade do proponente de ser incluído no seguro. Será anexada à proposta de adesão a íntegra destas Condições Gerais, para que o proponente delas tenha conhecimento antes de manifestar sua adesão.
- 2.32. Renda Diária:** é o valor da indenização contratada pelo Segurado, correspondente a cada dia de hospitalização, na ocorrência de evento coberto, durante a vigência do seguro.



**2.33. Regime Financeiro de Repartição Simples:** É aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados neste mesmo período.

**2.34. Segurado Principal:** é a pessoa física que mantém vínculo com o Estipulante, regularmente incluída e aceita no seguro.

**2.35. Segurados Dependentes:** são o cônjuge ou a (o) companheira(o) e os filhos do Segurado Principal regularmente incluídos no seguro.

2.35.1. São considerados e/ou equiparados a filhos do Segurado Principal, para fins deste seguro, os seguintes dependentes econômicos do Segurado Principal:

I - o filho(a) e o enteado(a) do Segurado Principal, de até 18 (dezoito) anos, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;

II - o menor pobre, de até 18 (dezoito) anos, que o Segurado Principal crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial;

III - o irmão ou o neto, sem arrimo dos pais, de até 18 (dezoito), desde que o Segurado Principal detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho; e,

IV - o absolutamente incapaz, do qual o contribuinte seja tutor ou curador.

**2.36. Seguradora:** é a AIG SEGUROS BRASIL, que, devidamente autorizada a operar no ramo de seguros, sob a fiscalização da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, assume a responsabilidade pelos riscos garantidos pela apólice, mediante recebimento do respectivo prêmio

**2.37. Sinistro:** é a ocorrência de um evento coberto pelas garantias contratadas, ocorrido durante a vigência material do seguro e capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora.

**2.38. Tratamento:** é o conjunto de atos médicos e hospitalares que objetiva, o restabelecimento da saúde do segurado, com a cura da doença.

**2.39. Vigência:** É o período de tempo fixado para a validade do seguro ou garantias.



### 3. Garantias

As garantias principais passíveis de contratação para este seguro são as abaixo mencionadas, respeitadas as conjugações disponibilizadas pela Seguradora e os riscos excluídos destas Condições Gerais e das respectivas Condições Especiais.

#### 3.1. Garantias:

1. PERDA DE VISÃO POR ACIDENTE – PVA
2. PERDA DE VISÃO POR DOENÇA – PVD
3. GARANTIA DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR – HC
4. GARANTIA DE CIRURGIA CASH – GCC
5. GARANTIA PROTESE OCULAR – GPO

3.2. Para caracterização deste plano deverá ser contratada obrigatoriamente a garantia de PERDA DE VISÃO POR ACIDENTE- PVA

3.3. A descrição e as normas das garantias estão reguladas nas respectivas Cláusulas destas Condições Gerais.

### 4. Riscos Excluídos

**Estão expressamente excluídos de todas as garantias deste seguro os eventos ocorridos em consequência de:**

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operação de guerra, declarada ou não, da guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos terroristas, ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se decorrentes da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) doenças, acidentes ou lesões pré-existentes à contratação do seguro não declaradas na proposta de adesão e de conhecimento do segurado no momento da contratação, inclusive as congênitas, bem como doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- d) tentativas de suicídio, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;



- e) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto nos casos de utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- f) da prática, por parte do Segurado, seu(s) beneficiário(s) ou pelo representante legal de um ou de outro, de atos ilícitos dolosos;**
  - f.1) Nos seguros contratados por pessoas jurídicas a exclusão do item acima aplica-se aos sócios controladores, aos seus dirigentes e administradores legais, aos beneficiários e aos seus respectivos representantes legais;**
- g) a prática, por parte do Segurado, de atos contrários à Lei, inclusive a condução ou pilotagem de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal;**
- h) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza.**
- i) evento provocado por epidemia declarada pela autoridade competente;**
- j) acidentes ocorridos durante a participação do segurado em apostas ou rachas, exceto na prática de esportes e nos casos onde o mesmo tenha comunicado tal prática à Seguradora e esta tenha expressamente aceito o risco.**

## **5. Âmbito Territorial da Cobertura**

- 5.1. Nas respectivas Cláusulas de cada garantia serão estabelecidos os critérios de âmbito territorial.

## **6. Carências/Franquias**

- 6.1. Caso existam carências e/ou franquias, as mesmas estarão definidas nas respectivas Cláusulas de cada garantia.

## **7. Aceitação da Proposta de Contratação**

- 7.1. A Proposta de Contratação, assinada obrigatoriamente pelo Estipulante, deverá ser entregue à Seguradora.

- 7.1.1.1. As Condições Gerais completas deste Seguro deverão estar à disposição do Estipulante e dos Segurados, quando da apresentação da Proposta de Contratação.



7.2. A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da Proposta de Contratação, para aceitá-la ou recusá-la. Vencido o prazo de 15 (quinze) dias, sem manifestação da Seguradora, o seguro será considerado aceito.

7.2.1.1. A Seguradora poderá por uma única vez solicitar documentos complementares para análise e aceitação da Proposta de Contratação. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação complementar.

7.3. A não aceitação da Proposta de Contratação, por parte da Seguradora, será comunicada por escrito ao Estipulante e implicará na devolução integral de qualquer pagamento de Prêmio eventualmente efetuado no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, atualizados da data do pagamento até a data da efetiva restituição, pelo IPCA.

7.3.1. Caso exista pagamento antecipado de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, este valor é devido no momento da formalização da recusa, e será restituído no prazo máximo de 10 dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. Neste caso fica assegurada a cobertura para o proponente entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio até a data da formalização da recusa.

## 8. Aceitação de Segurados

8.1. Poderão ser incluídos no seguro os Proponentes que preencham as seguintes condições:

- a) estejam em plenas condições de saúde;
- b) não tenham idade superior ao estabelecido no Contrato na data do início da cobertura individual; e,
- c) estejam em plena atividade profissional.

**8.2. A inobservância a qualquer das condições previstas no item 8.1 destas Condições Gerais, acarretará ao participante do Grupo Segurado a perda da condição de Segurado, exceto nas hipóteses em que o Contrato disponha de forma diferente.**

8.3. A adesão ao Seguro será realizada mediante a assinatura, pelo proponente, de proposta de adesão.

8.4. A celebração ou alteração do seguro individual somente poderá ser feita mediante proposta de adesão assinada pelo proponente. A Proposta de Adesão assinada deverá ser entregue à Seguradora, a qual fornecerá protocolo identificando a proposta recepcionada, com indicação de data e hora de seu recebimento.

8.5. As Condições Gerais completas deste Seguro estarão à disposição dos Segurados, quando da apresentação da Proposta de Adesão.

8.6. A aceitação do seguro estará sujeita a análise do risco e a Seguradora poderá



eventualmente exigir, além dos questionários existentes na Proposta de Adesão, outros documentos necessários à análise do risco, tais como: declaração complementar de saúde, relatório médico, resultado de exames complementares, e informações sobre a situação financeira do Segurado.

- 8.7. A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a proposta, seja para seguros novos ou renovações, bem como alterações que impliquem modificação do risco.
- 8.8. A Seguradora poderá por uma única vez solicitar documentos complementares para análise e aceitação do risco ou de alteração da proposta. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação. Vencido o prazo de 15 (quinze) dias, sem manifestação da Seguradora, o seguro será considerado aceito.
- 8.9. A análise e aceitação do risco individual basear-se-á em critérios técnicos adotados pela Seguradora, que reserva a si o direito de aceitar ou não a proposta apresentada.
- 8.10. No início do contrato e a cada renovação a Seguradora entregará ao segurado certificado individual comprovando a aceitação, contendo os seguintes elementos mínimos:
- a) Data do início e término de vigência do seguro individual do segurado principal e dos segurados dependentes;
  - b) Capital Segurado de cada garantia relativa ao segurado principal e aos segurados dependentes;
  - c) Valor do prêmio total.
- 8.11. **A recusa da Proposta de Adesão será comunicada por escrito.**
- 8.12. A não aceitação da Proposta de Adesão, por parte da Seguradora, será comunicada por escrito ao Proponente e implicará na devolução integral de qualquer prêmio eventualmente pago, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, atualizados da data do pagamento pelo Segurado até a data da efetiva restituição, pelo IPCA-IBGE.
- 8.12.1. Caso exista pagamento antecipado de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, este valor é devido no momento da formalização da recusa, e será restituído no prazo máximo de 10 dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. Neste caso fica assegurada a cobertura para o proponente entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio até a data da formalização da recusa.
- 8.13. A compensação do cheque ou o efetivo recebimento do valor do prêmio pela Seguradora não implica na aceitação da Proposta de Adesão, devendo-se observar o disposto no item 8.7 destas Condições Gerais.
- 8.14. É facultado à Seguradora solicitar, para efeito de aceitação da Proposta de Adesão,



informação ao proponente ou ao Segurado quanto à contratação de outros seguros de pessoas com coberturas concomitantes.

## **9. Atualização dos Valores do Seguro**

- 9.1 A atualização dos valores dos Capitais Segurados e prêmios relativos a este seguro será feita anualmente no aniversário do seguro individual pelo IPCA-IBGE, tomando-se por base, nas datas anuais de reajuste, a variação anual acumulada deste índice.
- 9.2 O índice e a periodicidade de correção poderão ser alterados por lei ou por determinação da SUSEP (Superintendência de Seguros Privados).
- 9.3 O Contrato poderá estabelecer ainda que, no caso de capital segurado múltiplo salarial, o valor do capital segurado e dos prêmios poderão ser alterados segundo a variação do salário ou provento do Segurado Principal.

## **10. Vigência e Renovação da Apólice**

- 10.1. A Vigência da Apólice será conforme estabelecido no Contrato, o início de vigência da apólice terá início e término às 24 horas das datas para tal fim nela indicada, podendo ser renovada automaticamente por mais um período igual ao contratado inicialmente, salvo se a Seguradora, o Estipulante ou o Segurado, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias da data de renovação, comunicar por escrito o desinteresse pela continuidade. A renovação da Apólice para os demais períodos de vigência não se dará de forma automática, devendo ser expressa entre as partes.
- 10.2. A renovação automática não se aplica aos Estipulantes ou à Seguradora que comunicarem o desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da Vigência da Apólice.
- 10.3. Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar a Apólice, deverá comunicar aos Segurados e ao Estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da Vigência da Apólice.
- 10.4. Qualquer modificação da Apólice em vigor que implique em ônus ou dever para o Segurado ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de Segurados que representem no mínimo  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do Grupo Segurado.
- 10.5. Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar a Apólice, deverá comunicar os Segurados e o Estipulante mediante aviso prévio de no mínimo 60 (sessenta) dias que antecedam o final de Vigência da Apólice.
- 10.6. Em cada uma das renovações do seguro, será enviado novo Certificado Individual ao(s) Segurado(s).



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

## **11. Vigência dos Seguros Individuais**

11.1 Os seguros individuais terão vigência enquanto vigorar a apólice, desde que respeitados os demais termos destas Condições Gerais, especialmente as hipóteses de cancelamento do seguro.

11.2 O início de vigência do risco individual, desde que aceita a Proposta de Adesão, nos termos do item 8 (Aceitação de Segurados), será:

11.2.1 Nas Propostas de Adesão aceitas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação ou com data distinta, desde que expressamente estabelecida no Contrato.

11.2.2 Nas Propostas de Adesão aceitas com pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data do pagamento do prêmio.

## **12. Capital Segurado**

12.1. Para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do evento constará das respectivas Cláusulas de cada garantia.

12.2. O Capital Segurado poderá ser escolhido pelo Proponente e/ou Estipulante, conforme determinar o Contrato. Caso o capital segurado proposto e aceito pela seguradora ultrapasse o Limite de Retenção fica assegurado ao Proponente, em caso de sinistro, o pagamento do capital aceito.

12.2.1. É responsabilidade da Seguradora o repasse do valor excedente ao Limite de Retenção, caso este processo não ocorra, a seguradora responderá pelas penalidades cabíveis.

12.3. O Capital Segurado estabelecido para cada garantia constará no Certificado Individual.

12.4. O Capital Segurado dos Segurados Dependentes em quaisquer garantias contratadas não poderá em hipótese alguma ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado Principal.

## **13. Cancelamento do Seguro**

**13.1. Ocorrerá o cancelamento do seguro individual, sem qualquer restituição de prêmios:**



a) com a morte do Segurado Principal;

b) por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância das recíproca, deverão ser observadas as seguintes disposições:

I – a seguradora poderá reter o prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

II – quando adotado o fracionamento do prêmio e por pedido do segurado, a seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto abaixo:

RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
13	15/365
20	30/365
27	45/365
30	60/365
37	75/365
40	90/365
46	105/365
50	120/365
56	135/365
60	150/365
66	165/365
70	180/365
73	195/365
75	210/365
78	225/365
80	240/365
83	255/365
85	270/365
88	285/365
90	300/365
93	315/365
95	330/365
98	345/365
100	365/365

Para percentuais não previstos nesta tabela, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

c) por falta de pagamento de prêmios, respeitando o período de vigência correspondente ao prêmio pago;



- d) automaticamente se o segurado, seus prepostos, seus dependentes ou seus beneficiários agirem com dolo, culpa grave, cometerem fraude ou faltarem com o dever de lealdade e de boa-fé objetiva durante o processo de contratação ou durante toda a vigência do contrato;**
- e) automaticamente pela inobservância das obrigações convencionadas no contrato de seguro, por parte do segurado, seus beneficiários, seus dependentes ou prepostos;**
- f) automaticamente, com o cancelamento ou final de vigência sem renovação da apólice contratada entre Estipulante e a Seguradora;**
- g) automaticamente, com o desaparecimento do vínculo existente entre o Estipulante e o Segurado, respeitando o período do prêmio já pago. O Segurado poderá ser mantido no plano, desde que haja concordância expressa entre as partes (Estipulante e Seguradora), assumindo o segurado, a partir dessa data, o custeio integral das respectivas coberturas ou tendo ajustado o valor do capital segurado à parcela do custeio sob sua responsabilidade.**

### **13.2. A apólice será cancelada:**

- a) A qualquer tempo mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante, com a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado;**
- b) pelo descumprimento de qualquer dispositivo das Condições aplicáveis a este seguro, inclusive no tocante ao pagamento de prêmios, nos termos do item 14;**
- c) quando o Estipulante praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa fé objetiva para com a Seguradora.**
  
- d) se houver dolo, culpa ou prática de fraude por parte do Estipulante, no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato;**
- e) automaticamente quando houver atraso no pagamento de prêmios por um período superior há 90 (noventa) dias.**

## **14. Pagamento dos Prêmios**

14.1. Para fins deste seguro e de acordo com a opção definida na Proposta de Contratação e constante no Contrato o custeio poderá ser:

- a) Não contributivo, em que os Segurados não pagam prêmio, ou;
- b) Contributivo, em que os Segurados pagam prêmio total ou parcialmente.



- 14.2. O prêmio poderá ser pago através de débito automático em conta corrente, débito em folha de pagamento, cartão de crédito ou ficha de compensação, de acordo com a opção do Estipulante ou Segurado, constante na Apólice.
- 14.3. Caso o seguro esteja estruturado no critério tarifário de faixas etárias, sempre que ocorrer a alteração de idade do Segurado e, conseqüentemente, o seu deslocamento para outra faixa etária, a Seguradora somará a taxa anterior o percentual de reenquadramento previsto no Contrato e realizará a cobrança do novo prêmio a partir do mês de renovação da apólice de seguro (ou “da data de aniversário do certificado individual”).
- 14.4. O valor do prêmio será aquele determinado no Contrato, sendo reajustado sempre que houver reajuste do Capital Segurado e pelos mesmos índices.
- 14.5. Os pagamentos de prêmios efetuados por meio de cheques só serão considerados, para efeito de cobertura, após a competente compensação dos mesmos, perante os bancos sacados.
- 14.6. Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.
- 14.7. Nos seguros custeados através de fracionamento de prêmio, o critério adotado será o seguinte:
- 14.7.1 Não será permitida a cobrança de nenhum valor adicional a título de custo administrativo de fracionamento.
- 14.7.2 Deverá ser garantida ao Segurado, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas com a conseqüente redução proporcional dos juros pactuados.
- 14.7.3 A data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice.
- 14.7.4 Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subseqüentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada, no mínimo, a fração prevista na tabela de prazo curto especificada a seguir:



RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
13	15/365
20	30/365
27	45/365
30	60/365
37	75/365
40	90/365
46	105/365
50	120/365
56	135/365
60	150/365
66	165/365
70	180/365
73	195/365
75	210/365
78	225/365
80	240/365
83	255/365
85	270/365
88	285/365
90	300/365
93	315/365
95	330/365
98	345/365
100	365/365

Para percentuais não previstos nesta tabela, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

14.7.5. A seguradora informará ao segurado ou ao seu representante legal, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, conforme subitem 14.7.4..

14.7.6 O segurado poderá restabelecer a cobertura deste seguro, pelo período inicialmente contratado, desde que efetue o pagamento do prêmio devido, acrescido de juros de mora de 0,5% ao mês e atualização monetária pela variação positiva do índice IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

**14.7.7 Findo o novo prazo de vigência da cobertura e sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, a seguradora operará de pleno direito o cancelamento**



**do contrato de seguro, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.**

14.8. O disposto no item 14.7 e seus subitens não se aplica aos planos cujo custeio do prêmio se dê sob a forma mensal.

14.9. No caso de recebimento indevido de prêmio, o mesmo será devolvido corrigido monetariamente pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) desde a data de recebimento do prêmio até a data do referido pagamento.

14.10. Este seguro está estruturado sob Regime Financeiro de Repartição Simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao Estipulante.

### **1) 15. Suspensão, Reabilitação e Cancelamento das Garantias por Atraso nos Pagamentos do Prêmio Mensal**

**15.1. Para os seguros com prêmio único ou anual** não haverá suspensão da cobertura, pois o não pagamento do prêmio até a data de seu vencimento caracterizará a não contratação ou não renovação do seguro.

15.1.1. Em caso de não pagamento da 1ª parcela do prêmio até a data de seu vencimento não será efetivada a contratação do seguro.

**15.2. Para os seguros com prêmio mensal:** Na falta de pagamento de parcela, posterior à primeira, não haverá suspensão da cobertura enquanto não ocorrer inadimplência de 2 parcelas consecutivas ou não. Dessa forma, estarão cobertos os sinistros ocorridos antes da suspensão da cobertura, sem prejuízo do disposto no subitem abaixo:

15.2.1. O período de suspensão iniciará a partir da data de inadimplência da 2ª parcela consecutiva ou não do prêmio mensal e prevalecerá até a data do recebimento pelo Estipulante/Segurado de correspondência emitida pela seguradora informando o cancelamento do seguro. Esta correspondência será enviada por escrito ao Estipulante/Segurado em até 10 dias antes do cancelamento, advertindo quanto à necessidade de quitação do prêmio de seguro em atraso, **SOB PENA DE CANCELAMENTO DO CONTRATO.**

15.2.1.1. Esta correspondência funciona como **NOTIFICAÇÃO** para o cumprimento da contraprestação do Contrato (pagamento do prêmio), **SOB PENA DA APLICAÇÃO DO DISPOSTO NO SUBITEM ABAIXO.**

15.2.2. O seguro ficará de pleno direito cancelado com o recebimento pelo Estipulante/Segurado da correspondência emitida pela seguradora e não poderá mais ser restabelecido. Havendo interesse deverá ser contratado um novo seguro com fiel observância de todos os pré-requisitos para aceitação e inclusão do estipulante/proponente no seguro. Em caso de nova contratação,



em hipótese alguma, não será admitido qualquer vínculo com o seguro anteriormente cancelado por falta de pagamento.

**15.3. Para os seguros com prêmio fracionado:**

15.3.1. Configurado o não pagamento de qualquer um das parcelas subsequente à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, conforme período previsto e impresso em cada respectiva parcela do carnê de pagamento do prêmio, tomando-se por base a tabela de prazo curto a seguir:

RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
13	15/365
20	30/365
27	45/365
30	60/365
37	75/365
40	90/365
46	105/365
50	120/365
56	135/365
60	150/365
66	165/365
70	180/365
73	195/365
75	210/365
78	225/365
80	240/365
83	255/365
85	270/365
88	285/365
90	300/365
93	315/365
95	330/365
98	345/365
100	365/365

Para os percentuais não previstos, na TABELA acima, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

15.3.2. A seguradora comunicará por escrito o novo prazo de vigência ajustado de acordo com a tabela acima. Se for retomado o pagamento das parcelas ajustadas acrescidas dos encargos



previstos, dentro do novo prazo de vigência estabelecido acima, restaura-se o prazo da vigência originalmente contratado.

**15.3.3. Ao término do prazo estabelecido na tabela acima, sem que o pagamento do prêmio tenha sido retomado, o contrato ou aditamento a ele referente ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.**

15.3.4. Poderá ser antecipado o pagamento de parcelas a vencer, com a conseqüente redução proporcional dos juros pactuados.

**15.3.5. Os prêmios em atraso serão cobrados de uma só vez e acrescidos da variação do IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, calculada na base pró-rata dia, ou por outro índice oficial que venha a substituí-lo.**

**15.3.5.1. Além do previsto no item acima, aplicar-se-ão juros moratório, sobre o prêmio atualizado pelo IPCA/IBGE de 0,25% ao mês “pro-rata temporis”, do 1º dia útil posterior ao vencimento do prêmio até a data do efetivo pagamento.**

## **16. Recálculo das Taxas**

16.1. Quando da implantação da apólice, fica facultado à Seguradora a revisão das condições inicialmente propostas e respectiva adequação das taxas do seguro, caso seja constatada qualquer insuficiência, omissão, excesso ou alteração nos dados enviados para estudo do grupo que cause desvio superior a 10% (dez por cento) no cálculo atuarial inicialmente realizado.

16.2. Na hipótese do item anterior, caso o Estipulante não concorde com a correção proposta pelo estudo técnico-atuarial, fica facultada à Seguradora proceder o cancelamento da proposta de contratação com a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado;

## **17. Obrigações do Estipulante**

17.1 Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e, se houver, nas Condições Especiais e no Contrato, constituem, ainda, obrigações do Estipulante:

- I - fornecer à sociedade seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
- II - manter a sociedade 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 - discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- V - repassar os prêmios à sociedade seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- VI - repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- VII - discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
- VIII - comunicar, de imediato, à sociedade 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;
- IX - dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- X - comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- XI - fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido; e
- XII - informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caracter tipográfico maior ou igual ao do estipulante.
- XIII - **O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados, à título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora. Caso o mesmo receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica o Estipulante obrigado a destacar no carnê, tíquete, contracheque ou quaisquer outros documentos, o valor do prêmio do seguro de cada Segurado.**

## **18. Perda do Direito à Indenização**

**18.1. O Segurado perderá o direito à garantia deste seguro, caso haja por parte dele ou seus representantes:**

- a) inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;**



- b) fraude ou tentativa de fraude comprovada simulando sinistro ou agravando suas conseqüências;**
- c) tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da Seguradora na elucidação do evento e suas conseqüências;**
- d) falta ou atraso do pagamento do prêmio do seguro, respeitado o período correspondente ao prêmio já pago;**
- e) 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;**
- f) não fornecimento da documentação solicitada;**
- g) inobservância do artigo 768 do Código Civil, que dispõe que o segurado perderá o direito à garantia do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato.**

**18.2 O segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.**

18.2.1 A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

18.2.2 O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

## **19. Alterações neste Seguro durante a Vigência**

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

**19.2** Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados, ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

**19.3** A renovação que não acarretar alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os segurados, ou a redução de seus direitos, poderá ser feita pelo Estipulante mediante a concordância da Seguradora.



## **20. Sub-rogação de Direitos**

A Seguradora não se sub-rogará nos direitos e ações do Segurado, contra o causador do sinistro.

## **21. Material de Divulgação**

As peças promocionais e de propaganda referentes ao seguro somente podem ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas, rigorosamente, as Condições Gerais, as Condições Especiais e a Nota Técnica submetidas à SUSEP.

## **22. Tributos**

Os tributos relativos a este seguro serão pagos por quem a lei determinar.

## **23. Ouvidoria**

Com intuito de ampliar os canais de comunicação e estreitar o relacionamento com o nosso cliente, desde 20 de maio divulgamos alguns canais exclusivos para a Ouvidoria AIG.

A Ouvidoria é um componente organizacional da empresa voltado para ser um interlocutor entre os consumidores e a AIG. O canal atende as manifestações dos clientes, registradas sob a forma de reclamações, denúncias, sugestões, críticas e elogios.

A informação sobre os novos canais foram divulgadas no site da empresa.

As reclamações deverão ser endereçadas à:

Telefone: 0800 724 0219

E-mail: [ouvidoria@aig.com](mailto:ouvidoria@aig.com)

## **24. Foro**

O foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente seguro será, sempre, o do domicílio do Segurado, conforme o caso, no Brasil.



## **25. Prescrição**

Os prazos prescricionais são aqueles determinados por lei.

## **26. Disposições Finais**

**26.1 A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.**

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

**26.3 O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.**

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



---

**CONDIÇÃO ESPECIAL  
GARANTIA CIRURGIA CASH - GCC**

---

### **1. O QUE ESTÁ COBERTO**

**A cobertura de CIRURGIA CASH garante ao segurado o pagamento de indenização, caso o segurado seja elegível a indenização de uma das coberturas de Perda de Visão por Acidente ou Perda de Visão por Doença, e decorrente dos eventos relacionados a estas coberturas seja necessário intervenção cirúrgica.**

**A indenização está limitada ao capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia e observadas às condições contratuais deste seguro.**

**A elegibilidade a indenização será constatada através do relatório médico comprovando a cirurgia e a alta médica.**

### **2. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO**

**ESTÃO EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA OS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NAS CONDIÇÕES GERAIS E NAS GARANTIAS DE PERDA DE VISÃO POR ACIDENTE – PVA E GARANTIAS DE PERDA DE VISÃO POR DOENÇA – PVD.**

### **3. INÍCIO E TÉRMINO DA COBERTURA**

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

- a) Com o cancelamento da apólice, exceto para os segurados que comprovadamente tenham se submetido a cirurgia da visão no decurso de sua vigência, como consequência direta de doença ou acidente coberto, caso em que será devida, unicamente, a indenização prevista nesta Garantia;**
- b) Com o término do vínculo entre o Segurado e o Estipulante;**
- c) Quando o segurado titular solicitar sua exclusão do grupo segurado ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio;**
- d) No último dia do mês de vigência do seguro que se seguir à data do pedido de cancelamento desta garantia, por escrito, por parte do Estipulante e,**
- e) Quando for indenizado o total do capital segurado previsto para esta garantia.**



#### **4 – Prêmio**

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

#### **5 – Regulação e Liquidação de Sinistros**

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

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

A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.

No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação do evento relacionado ao segurado, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

A junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora.

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

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

Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.

O beneficiário deste seguro será o próprio segurado.

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



- Aviso de Sinistro;
- Declaração do Médico Assistente e Alta Médica
- Exames Complementares

Quando a seguradora recusar um sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicar o fato ao segurado por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias contados da data do término da análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos para a mesma.

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

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

As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará o segurado os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.

## **6 – Disposições Gerais**

A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco.

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

O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

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



---

**CONDIÇÃO ESPECIAL**  
**GARANTIA – PERDA DE VISÃO POR ACIDENTE - PVA**

---

### **1. O QUE ESTÁ COBERTO**

A cobertura de perda de visão por acidente garante ao segurado o pagamento de indenização, caso o mesmo apresente perda da visão de um ou ambos os olhos decorrentes exclusivamente de acidente pessoal coberto, ocorrido durante o período de vigência do seguro, limitada ao capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia e observadas às condições contratuais deste seguro.

A elegibilidade a indenização se dará quando o médico especialista atestar redução superior a 80% (oitenta por cento) da visão de um ou ambos os olhos após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a perda definitiva total da visão, quando da alta médica definitiva.

### **2. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO**

Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, estarão também excluídos da Garantida de Perda de Visão por Acidente - PVA:

- A) acidentes médicos;
- B) auto lesão;
- C) conseqüências advindas de tratamento ou exames médicos clínicos, cirúrgicos ou por equipamentos, quando tais procedimentos não forem resultantes de acidentes cobertos; e
- D) doenças oftalmológicas preexistentes de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão.

### **3. INÍCIO E TÉRMINO DA COBERTURA**

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

*a) Com o cancelamento da apólice, exceto para os segurados que comprovadamente tenha o diagnóstico no decurso de sua vigência e que venham a ter CEGUEIRA LEGAL, como conseqüência direta de acidente coberto, caso em que será devida, unicamente, a indenização prevista nesta Garantia;*

*b) Com o término do vínculo entre o Segurado e o Estipulante;*

*c) Quando o segurado titular solicitar sua exclusão do grupo segurado ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio;*



***d) No último dia do mês de vigência do seguro que se seguir à data do pedido de cancelamento desta garantia, por escrito, por parte do Estipulante e,***

***e) Quando for indenizado o total do capital segurado previsto para esta garantia.***

#### **4 – Prêmio**

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

#### **5 – Regulação e Liquidação de Sinistros**

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

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

A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.

No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação do evento relacionado ao segurado, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

A junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora.

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

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

Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.

O beneficiário deste seguro será o próprio segurado.



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

- Aviso de Sinistro;
- Declaração do Médico Assistente e Alta Médica Atestando a Cegueira Legal
- Exames Complementares

Quando a seguradora recusar um sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicar o fato ao segurado por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias contados da data do término da análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos para a mesma.

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

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

As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará o segurado os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.

## **6 – Disposições Gerais**

A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco.

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

O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

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



---

## CONDIÇÃO ESPECIAL GARANTIA – PERDA DE VISÃO POR DOENÇA - PVD

---

### 1. O QUE ESTÁ COBERTO

A cobertura de perda de visão por doença garante ao segurado o pagamento de indenização, caso o mesmo apresente perda da visão de um ou ambos os olhos decorrentes das doenças previstas nesta condição especial, limitada ao capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia e observadas às condições contratuais deste seguro.

**Para fins desta garantia, considera-se perda da visão: quadro irreversível comprovada por médico especialista, exames complementares e deverá ser considerada como CEGUEIRA LEGAL.**

A elegibilidade a indenização se dará quando o médico especialista atestar redução superior a 80% (oitenta por cento) da visão de um ou ambos os olhos após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a perda definitiva total da visão, quando da alta médica definitiva.

Considera-se como risco coberto a ocorrência comprovada – segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotado pela classe médica especializada, provenientes exclusivamente das doenças:

- Ceratocone
- Glaucoma
- Descolamento de Retina
- Retinopatia Diabética
- Degeneração Macular Relacionada à Idade (DMRI)
- Tumor Primário
- Neurite Óptica
- Uveíte
- Obstruções dos vasos
- Obstruções de artéria (infarto da retina)

### DEFINIÇÕES

- a) **Ceratocone** é uma doença da córnea. É um distúrbio chamado distrofia continua e progressiva, que altera a curvatura da córnea que tem o formato de uma meia esfera. Com o progresso da doença, o formato da córnea torna-se cada vez mais semelhante a um cone, daí a origem do nome ceratocone.



- b) **Glaucoma** pode ser definido como uma lesão do nervo óptico, de caráter progressivo, com perda de campo visual e risco de cegueira caso não diagnosticado e tratado a tempo. Há direta relação com a pressão intra-ocular (PIO), sendo que a maioria dos portadores de glaucoma apresenta PIO elevada.
- c) **Descolamento de Retina** é a separação de duas camadas da retina quando a parte sensorial (relacionada com a visão) se separa da camada pigmentada da retina, que é o epitélio pigmentar (relacionada com a nutrição da retina sensorial). Podem ser causados por traumatismo ou doença.
- d) **Retinopatia Diabética:** A diabetes lesa os vasos sangüíneos da retina e pode ocasionar crescimento anômalo dos vasos numa fase mais avançada da doença. A retina é uma camada de prolongamento dos nervos, onde estão as células receptoras responsáveis por perceber a luz e ajudar a enviar as imagens ao cérebro. O dano aos vasos sangüíneos da retina pode ter como resultado vazamento de fluído ou sangue e que poderão causar fibrose e desorganizar a retina.
- e) **Degeneração Macular Relacionada à Idade (DMRI)** está associada ao envelhecimento e é causada por uma atrofia ou afinamento das células visuais da mácula. A mácula é um ponto no centro da retina, responsável pela visão central usado para a leitura e para outras tarefas refinadas.
- f) **Tumor (primário):**
- **Retinoblastoma** é um tumor ocular originário das células da retina (membrana ocular sensível à luz). Trata-se do mais comum tumor ocular na infância.
  - **Melanoma de Coróide** é a neoplasia maligna intra-ocular mais comum do adulto. Derivada do neuroectoderma pode ter origem na íris, corpo ciliar ou, mais comumente, coróide. A disseminação hematogênica é comum, sendo o fígado o foco de metástase preferencial.
- g) **Neurite Óptica:** é uma inflamação do nervo óptico. O nervo óptico é o responsável por levar a informação do olho até o cérebro. A inflamação causa desmielinização, uma alteração na camada mais externa do nervo, impedindo que a informação seja transmitida de maneira eficaz.
- h) **Uveíte** é o nome do grupo de doenças que causa inflamação dentro do olho. Existem diferentes tipos de uveítes.

**1- Uveíte anterior (irite ou iridociclite)** são as localizadas na parte mais anterior do olho acometendo a córnea, câmara anterior e íris.

**2- Uveíte intermediária** são as localizadas na parte intermediária do olho



**3- Uveíte posterior** são as localizadas na parte mais posterior: vítreo, retina e nervo óptico

**4- Panuveíte** são as inflamações que afetam todo o olho

- i) **Obstruções dos vasos** da retina muito comuns. Geralmente acontece em pessoas que tem hipertensão arterial, diabetes ou doenças hematológicas. Nas obstruções de veias ocorre vazamento do sangue de dentro dos vasos para a retina. Essa hemorragia causa imediata baixa de visão além de criar condições para o aparecimento de problemas mais graves como o glaucoma neovascular e o edema macular.
- j) **Obstruções de artéria (infarto da retina)** ocorre interrupção imediata da circulação do olho por um coágulo que obstrui a artéria nutridora da retina. É quadro extremamente grave com perda acentuada e imediata da visão e necessita avaliação com a máxima urgência.

## 2. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

**ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA:**

- A) **As doenças oftalmológicas preexistentes de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão.**
- B) **As demais doenças oftalmológicas não relacionadas no item 1.**
- C) **As doenças oftalmológicas passíveis de tratamento com recuperação da acuidade visual, mesmo que parcial**
- D) **As doenças oftalmológicas passíveis de tratamento com uso de lentes corretoras.**
- E) **Diabetes tipo 1 e 3**

## 3. INÍCIO E TÉRMINO DA COBERTURA

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

- a) **Com o cancelamento da apólice, exceto para os segurados que comprovadamente tenha o diagnóstico no decurso de sua vigência e que venham a ter CEGUEIRA LEGAL, como consequência direta da doença coberta, caso em que será devida, unicamente, a indenização prevista nesta Garantia;**
- b) **Com o término do vínculo entre o Segurado e o Estipulante;**



- c) Quando o segurado titular solicitar sua exclusão do grupo segurado ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio;**
- d) No último dia do mês de vigência do seguro que se seguir à data do pedido de cancelamento desta garantia, por escrito, por parte do Estipulante e,**
- e) Quando for indenizado o total do capital segurado previsto para esta garantia.**

#### **4 – Prêmio**

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

#### **5 – Regulação e Liquidação de Sinistros**

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

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

A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.

No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação do evento relacionado ao segurado, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

A junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora.

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

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

Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao



Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.

O beneficiário deste seguro será o próprio segurado.

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

- Aviso de Sinistro;
- Declaração do Médico Assistente e Alta Médica Atestando a Cegueira Legal
- Exames Complementares

Quando a seguradora recusar um sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicar o fato ao segurado por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias contados da data do término da análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos para a mesma.

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

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

As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará o segurado os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.

## **6 – Disposições Gerais**

A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco.

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

O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

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



---

## CONDIÇÃO ESPECIAL GARANTIA PRÓTESE OCULAR - GPO

---

### 1. O QUE ESTÁ COBERTO

A cobertura de **PRÓTESE** garante ao segurado o pagamento de indenização, caso o segurado seja elegível a indenização de uma das coberturas de Perda de Visão por Acidente ou Perda de Visão por Doença, e decorrente dos eventos relacionados a estas coberturas seja necessário (exclusivamente) a utilização:

- Prótese Ocular;
- Lente Escleral Pintada;
- Esfera de Luxite ou Muller.

A indenização está limitada ao capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia e observadas às condições contratuais deste seguro.

A elegibilidade a indenização será constatada através do relatório médico comprovando a necessidade da utilização de Prótese Ocular Lente Escleral Pintada, Esfera de Luxite ou Muller.

### 2. Glossário

Para facilitar a compreensão dos termos utilizados nesta apólice, incluímos uma relação com os principais termos técnicos empregados, a qual passa a fazer parte integrante das Condições Contratuais.

Prótese Ocular: **É um órgão artificial que substitui o globo ocular, no caso de enucleação;**

Lente Escleral Pintada: **Usa-se quando a pessoa ainda tem o globo ocular, no caso de olho branco, causado por várias doenças que causam a cegueira. Nesse caso a pessoa não teve o vazamento do globo ocular, é uma lente finíssima colocada por cima do globo.**

Esfera de Luxite ou Muller: **Serve para diminuir a cavidade (órbita) e dar mais movimento. Substitui o globo ocular.**

### 2. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

**ESTÃO EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA OS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NAS CONDIÇÕES GERAIS E NAS GARANTIAS DE PERDA DE VISÃO POR ACIDENTE – PVA E GARANTIAS DE PERDA DE VISÃO POR DOENÇA – PVD.**

### 3. INÍCIO E TÉRMINO DA COBERTURA

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



- a) Com o cancelamento da apólice, exceto para os segurados que comprovadamente tenha o diagnóstico da necessidade da utilização de Prótese Ocular Lente Escleral Pintado, Esfera de Luxite ou Muller no decurso de sua vigência, como consequência direta da doença ou acidente coberto, caso em que será devida, unicamente, a indenização prevista nesta Garantia;
- b) Com o término do vínculo entre o Segurado e o Estipulante;
- c) Quando o segurado titular solicitar sua exclusão do grupo segurado ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio;
- d) No último dia do mês de vigência do seguro que se seguir à data do pedido de cancelamento desta garantia, por escrito, por parte do Estipulante e,
- e) Quando for indenizado o total do capital segurado previsto para esta garantia.

#### **4 – Prêmio**

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

#### **5 – Regulação e Liquidação de Sinistros**

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

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

A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.

No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação do evento relacionado ao segurado, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

A junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora.



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

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

Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.

O beneficiário deste seguro será o próprio segurado.

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

- Aviso de Sinistro;
- Declaração do Médico Assistente e Alta Médica Atestando a necessidade da utilização de Prótese Ocular Lente Escleral Pintada, Esfera de Luxite ou Muller
- Exames Complementares

Quando a seguradora recusar um sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicar o fato ao segurado por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias contados da data do término da análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos para a mesma.

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

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

As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará o segurado os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.



## **6 – Disposições Gerais**

A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco.

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

O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

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



---

**CONDIÇÃO ESPECIAL**  
**GARANTIA - DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR - HC**  
**Por Acidente ou Doença**

---

## 1. O QUE ESTÁ COBERTO

Esta cobertura garante ao segurado o pagamento do valor contratado e definido na Apólice de Seguro para esta garantia, por dia de Internação Hospitalar, caso o segurado seja elegível a indenização de uma das coberturas de **Perda de Visão por Acidente** ou **Perda de Visão por Doença**, e decorrente dos eventos relacionados a estas coberturas seja necessário a Internação Hospitalar.

A indenização que o segurado terá direito corresponderá ao máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias durante o período de vigência anual do seguro, em um ou mais eventos ocorridos durante a vigência do seguro.

A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente, observados os limites estabelecidos no contrato do seguro.

***A elegibilidade a indenização será constatada através do relatório médico comprovando a cirurgia e a alta médica.***

## 2. GLOSSÁRIO

**Para facilitar a compreensão dos termos utilizados nesta apólice, incluímos uma relação com os principais termos técnicos empregados, a qual passa a fazer parte integrante das Condições Contratuais.**

**Carência: período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.**

**Diária por Internação Hospitalar: é o valor escolhido pelo segurado e definido na Apólice de Seguro, indenizável em caso de ocorrência comprovada do sinistro decorrente de evento coberto.**

**Franquia: é o período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização. A franquia é deduzida por evento.**

**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 convalescência para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela seguradora.**

**Internação Hospitalar: é a internação em Hospital com duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas.**



**Médico: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do segurado. Não serão aceitos como médico o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consangüíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**

### **3. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO**

**ESTÃO EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA OS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NAS CONDIÇÕES GERAIS E NAS GARANTIAS DE PERDA DE VISÃO POR ACIDENTE – PVA E GARANTIAS DE PERDA DE VISÃO POR DOENÇA – PVD.**

### **4. INÍCIO E TÉRMINO DA COBERTURA**

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

- a) Com o cancelamento da apólice, exceto para os segurados que comprovadamente tenha o diagnóstico no decurso de sua vigência, como consequência direta da doença ou acidente coberto, caso em que será devida, unicamente, a indenização prevista nesta Garantia;**
- b) Com o término do vínculo entre o Segurado e o Estipulante;**
- c) Quando o segurado titular solicitar sua exclusão do grupo segurado ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio;**
- d) No último dia do mês de vigência do seguro que se seguir à data do pedido de cancelamento desta garantia, por escrito, por parte do Estipulante e,**
- e) Quando for indenizado o total do capital segurado previsto para esta garantia.**

### **5. CARÊNCIA E FRANQUIA**

**CARÊNCIA:** Não haverá carência para a internação hospitalar decorrente de acidente pessoal coberto. Para a internação hospitalar decorrente de doença súbita haverá carência de 60 (sessenta) dias.

**FRANQUIA:** Para este produto será aplicada a franquia de até 2 dias. A definição da quantidade de dias constará do Contrato e Certificado Individual.



## 6 – Prêmio

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

## 7 – Regulação e Liquidação de Sinistros

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

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

A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.

No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação do evento relacionado ao segurado, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta Médica.

A Junta Médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e a sociedade seguradora.

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

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

Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.

O beneficiário deste seguro será o próprio segurado.

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

- Aviso de Sinistro;
- Declaração do Médico Assistente e Alta Médica



- Exames Complementares

Quando a seguradora recusar um sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicar o fato ao segurado por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias contados da data do término da análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos para a mesma.

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

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

As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará o segurado os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.

## **8 – Disposições Gerais**

A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco.

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

O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

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