



CLUBE MERCOSUL BENEFICIOS E SERVICOS LTDA

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS MANUAL DO SEGURADO



SUMÁRIO

1. DEFINIÇÕES	3
2. COBERTURAS.....	5
3. RISCOS EXCLUÍDOS	8
4. VIGÊNCIA.....	13
5. ASSISTÊNCIAS	Error! Bookmark not defined.
6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO	13
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	15
8. DISPOSIÇÕES FINAIS	17
9. CENTRAIS DE ATENDIMENTO	17
10. LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS	17



Este seguro de Acidentes Pessoais é destinado a motoristas que aderiram ao pacote de serviços do Clube Mercosul, que possuam entre 18 a 70 anos incompletos e estejam devidamente habilitados. Abaixo você irá encontrar um resumo dos termos e condições. Para maiores detalhes, consulte as Condições Gerais do seguro no site: www.aig.com.br.

1. DEFINIÇÕES

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.

1.1. ACIDENTE PESSOAL: 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, observando-se que:

a) incluem-se nesse conceito:

- a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- a.3) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- a.4) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) De maneira complementar ao aqui exposto, para as garantias Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária, e Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença, "ACIDENTE PESSOAL" significa também uma lesão corporal que impede o segurado de exercer sua principal ocupação profissional, e para a qual o segurado estiver recebendo tratamento médico, respeitando-se as exclusões constantes no item c.3, abaixo.

c) excluem-se do conceito de ACIDENTE PESSOAL:

- c.1) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;



c.2) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

c.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

c.4) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por Acidente Pessoal;

1.2. APÓLICE: documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

1.3. AUTÔNOMO: É todo aquele que exerce sua atividade profissional sem vínculo empregatício e por conta própria e com assunção de seus próprios riscos

1.4. BENEFICIÁRIO: pessoa física ou jurídica designada para receber o valor da indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

1.5. CAPITAL SEGURADO: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora, no caso de ocorrência de sinistro.

1.6. CERTIFICADO INDIVIDUAL: documento destinado ao segurado, emitido pela seguradora quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

1.7. 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. A Carência de cada cobertura, quando aplicável, constará no Contrato, certificado individual, proposta de contratação e na proposta de adesão.

1.9. DIAGNÓTISCO: é a qualificação de um Médico em relação a uma doença ou condição física com base nos sintomas observados.

1.10. DOENÇA: Distúrbio das funções de um órgão ou do organismo como um todo, que está associado a sinais ou sintomas específicos que impeçam o segurado de realizar a sua ocupação profissional e para o qual o segurado esteja recebendo tratamento médico.

1.11. DOENÇA PREEXISTENTE: é a doença de conhecimento do segurado e não declarada na Proposta de Adesão.

1.12. DOLO: é um ato consciente através do qual alguém induz outro a erro, agindo de má fé, por meio fraudulento, visando um prejuízo pré-concebido, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.



1.14. ESTIPULANTE: é a pessoa jurídica que contrata a apólice coletiva de seguro de plano coletivo, ficando investida dos poderes de representação dos segurados, nos termos da legislação e da regulamentação em vigor.

1.15. EVENTO COBERTO: é o acontecimento futuro e incerto, de natureza involuntária, ocorrido durante a vigência do seguro e previsto nestas condições gerais.

1.16. 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.

1.18. GARANTIAS: são as obrigações que a seguradora assume com o segurado quando da ocorrência de um evento coberto, previsto nestas condições gerais.

1.22. INDENIZAÇÃO: é o valor a ser pago pela seguradora ao segurado, ou a seu(s) beneficiário(s), quando da ocorrência de um evento coberto, respeitadas as condições e os limites contratados.

1.23. MÉDICO: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do segurado.

1.24. PRÊMIO: é o valor pago à seguradora para que esta assuma os riscos cobertos pelo seguro.

1.26. SEGURADO: é a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

1.27. SINISTRO: é a ocorrência do evento coberto, durante o período de vigência da apólice.

1.28. VIGÊNCIA: é o período pelo qual está contratado o seguro.

2. COBERTURAS

2.1 MORTE ACIDENTAL

A cobertura de Morte Acidental garante o pagamento do capital segurado de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), conforme definido no certificado individual para esta garantia, ao(s) beneficiário(s) do seguro, no caso de morte do segurado causada por Acidente Pessoal coberto, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro e observadas as condições contratuais deste seguro.

Âmbito de cobertura: Esta cobertura é válida em todo Globo Terrestre.

2.2 INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente garante o pagamento de uma indenização no valor de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) ao segurado relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante o período de vigência do certificado.

Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a



seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com percentuais pré-estabelecidos. Consulte as Condições Gerais do seguro para mais informações.

Âmbito de cobertura: Esta cobertura é válida somente para o diagnóstico em território brasileiro, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre. Sendo válido a partir do início de vigência do certificado.

2.3 DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE (DMHO)

Esta cobertura garante ao segurado o reembolso de até R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) de despesas médico-hospitalares e odontológicas por acidente efetuadas para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto e ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, conforme definido no certificado individual para esta garantia e observadas às condições contratuais deste seguro.

A seguradora indenizará as despesas médico-hospitalares e odontológicas por acidente incorridas a critério médico, necessárias para o restabelecimento do segurado, observados os seguintes critérios:

- a) Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados;
- b) A comprovação das despesas médico-hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios médicos.

Âmbito de cobertura: Esta cobertura é válida somente para as despesas em território brasileiro, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo Globo Terrestre.

2.4 DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA (DIHAD)

O objetivo desta cobertura é garantir o pagamento de uma indenização ao segurado de R\$ 100,00 (cem reais) por até 30 dias de internação hospitalar, decorrente exclusivamente de acidente pessoal que não seja considerado como risco excluído, e ocorrido durante o período de vigência deste Seguro, OU decorrente de doença, diagnosticada durante o período de vigência do Seguro, para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório, observado o período de 1 dia de franquia no caso de doença.

A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente, observado o limite máximo de 30 diárias por ano.

Para fins desta cobertura, considera-se:

- a) Hospital: estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes. Não se consideram como "hospital" as clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescência para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela seguradora; e
- b) Internação hospitalar: é a internação em hospital com duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas.

Âmbito de cobertura: Esta cobertura é válida somente para a internação em território brasileiro, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo o Globo Terrestre.



2.5 DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI DECORRENTE DE ACIDENTE OU DOENÇA (DIHUAD)

O objetivo desta cobertura é garantir o pagamento de uma indenização ao segurado de R\$ 100,00 (cem reais), por até 60 dias de internação hospitalar em Unidade de Tratamento Intensivo - UTI, decorrente de acidente pessoal que não seja considerado como risco excluído, e ocorrido durante o período de vigência deste Seguro, OU por causas decorrentes de doença, diagnosticada durante o período de vigência do seguro, que não seja considerada risco excluído, para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório, observado o período de 1 (um) dia de franquia no caso de doença.

A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do segurado da UTI, observado o limite máximo de 60 diárias por ano.

Para fins desta cobertura, considera-se:

- a) Hospital: estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico ou cirúrgico de seus pacientes. Não se consideram como “hospital”, para fins desta cobertura, as clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescência para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela seguradora;
- b) UTI (Unidade de Terapia Intensiva) ou CTI (Centro de Terapia Intensiva): unidade complexa de um hospital dotada de sistema de monitorização contínua que admite pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos e que com o suporte e tratamento intensivos tenham possibilidade de se recuperar.
- c) Internação hospitalar: é a internação em hospital com duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas.

Âmbito de cobertura: Esta cobertura é válida somente para a internação em território brasileiro, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

2.6 DOENÇAS GRAVES (DG)

Mediante a contratação da presente cobertura, a Seguradora obriga-se a garantir o pagamento ao Segurado de uma indenização no valor de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais), em decorrência de diagnóstico comprovado por médico habilitado no Brasil e exames complementares, quando exigidos, de uma das condições a seguir especificadas, durante a vigência do seguro e após o período de carência.

- Câncer (Neoplasia Maligna).
- Acidente Vascular Cerebral (Derrame Cerebral).
- Infarto Agudo do Miocárdio.
- Cirurgia de Revascularização do Miocárdio com Implante de Ponte(s) Vascular(es) nas Artérias Coronárias.
- Insuficiência Renal Crônica em Estágio Terminal.
- Cirurgia para Transplante de Órgãos.

Para ser elegível ao recebimento da indenização em razão do evento coberto, o Segurado precisa sobreviver 30 (trinta) dias após o diagnóstico de uma das condições cobertas.



O diagnóstico deverá ter sido emitido e constatado pela primeira vez após a data de início de vigência do seguro, observados os itens de Carência e Riscos Excluídos, constantes das Condições Gerais e desta Cláusula.

Observação: Para esta cobertura, aplica-se uma carência de 90 dias a partir do momento da adesão ao Seguro.

Âmbito de cobertura: Esta cobertura é válida somente para o diagnóstico em território brasileiro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DO SEGURO OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQÜÊNCIA DE:

a) 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) invasão, hostilidade, atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, rebelião, insurreição militar, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) doença preexistente de conhecimento do segurado e não declarada na Proposta de Adesão, que contribua direta ou indiretamente na caracterização de um evento previsto nestas Condições Gerais;

d) suicídio ou tentativa de suicídio nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do contrato ou de sua recondução depois de suspenso;

e) atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro;

f) atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes, em caso de seguro contratado por pessoa jurídica;

g) envenenamento, exceto por absorção de substâncias tóxicas ou por escapamento acidental de gases e vapores, de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população;

h) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, salvo se decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

i) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

j) perdas e danos causados direta ou indiretamente por ato terrorista ou relacionados a ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente, não obstante o que em contrário possam dispor as condições contratuais do presente seguro;



- k) intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente coberto;
- l) acidentes sofridos antes da contratação do seguro, ainda que manifestado durante a sua vigência;
- m) mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa;
- n) eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido no item 1 deste Manual do Segurado.
- o) perda de dentes e danos estéticos.

Além de todos os riscos e eventos mencionados acima, aplicam-se também as exclusões abaixo:

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

- a) as intercorrências e complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- b) as doenças 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;
- c) invalidezes parciais ou qualquer tipo de invalidez permanente não prevista no item 1.1 este Manual do Segurado.

Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b) aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- c) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- d) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

Não haverá cobertura quando a internação hospitalar por acidente ou doença do Segurado resultar de:

- a) acidentes em que o Segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo, relacionado com sua invalidez permanente total ou parcial;
- b) acidentes e suas consequências ocorridos antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
- c) intercorrências ou complicações consequentes da realização de
- d) exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando decorrentes de risco excluído;



- e) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- f) todo e qualquer tipo de curetagem uterina;
- g) doenças, lesões e sequelas preexistentes à contratação do Seguro, de conhecimento prévio do segurado quando da contratação e não declaradas na proposta de seguro;
- h) autolesões, voluntárias e premeditadas ou sua tentativa, assim entendidas como mutilação do próprio corpo, e doações ou extrações de órgãos que impliquem diminuição permanente da integridade física do segurado, salvo por exigência médica;
- i) estados de convalescença (após a alta médica);
- j) senilidade, repouso, tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias modalidades e geriatria;
- k) check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- l) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- m) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e
- n) Farmácia;
- o) tratamentos odontológicos de qualquer espécie, mesmo que em consequência de acidente;
- p) casos de doenças mentais, ou qualquer tratamento de psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;
- q) anomalias congênitas e condições que surjam ou resultem de tais anomalias;
- r) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como espera para a realização de cirurgia, disponibilidade para exames de diagnose, entre outros;
- s) gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto, inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento de esterilidade masculina ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;
- t) toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico ou cirúrgico; e
- u) ceratomia (cirurgia para correção da miopia).

Não haverá cobertura quando a internação hospitalar por acidente em UTI do segurado resultar de:

- a) acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo, que der origem à sua internação;
- b) acidentes e suas consequências ocorridos antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
- c) quaisquer doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as

infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de risco não excluído;

d) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando decorrentes de risco excluído;

e) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

f) todo e qualquer tipo de curetagem uterina;

g) autolesões, voluntárias e premeditadas ou sua tentativa, assim entendidas como mutilação do próprio corpo, e doações ou extrações de órgãos que impliquem diminuição permanente da integridade física do Segurado, salvo por exigência médica;

h) estados de convalescença (após a alta médica);

i) senilidade, repouso, tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias modalidades e geriatria;

j) hospitalização para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;

k) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por acidente pessoal que não seja considerado risco excluído por este seguro;

l) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

m) tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;

n) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como espera para a realização de cirurgia, disponibilidade para exames de diagnose, entre outros;

o) gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto;

p) inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento de esterilidade masculina ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;

q) toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico ou cirúrgico;

r) ceratomia (cirurgia para correção da miopia); e

s) eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido nas condições gerais.

NÃO estão incluídas nas respectivas coberturas:

a) Câncer (Neoplasia Maligna):

- Qualquer lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
- Todos os cânceres não invasivos (*in situ*);
- Câncer de próstata no estágio I e IIA pela classificação TNM 7ª edição de 2009 e estágio A1, A2, B1 e B2 pela Classificação de Jewett-Whittmore;



- Melanoma maligno, quando o grau de invasão de tecido for baixo, ou seja, menor que 1,5 mm, segundo o Índice de Breslow;
 - Qualquer tumor maligno em portador de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) contraído antes da vigência do seguro;
 - Qualquer câncer de pele que não seja melanoma maligno; e
 - Câncer existente antes da data de início de vigência da apólice.
- b) Acidente Vascular Cerebral (Derrame Cerebral):
- Ataque isquêmico transitório;
 - Hemorragia cerebral causada por trauma de crânio;
 - Hemorragia cerebral causada por tumor cerebral; e Hemorragia cerebral causada por cirurgia do cérebro; e Sintomas neurológicos provocados por enxaquecas.
- c) Infarto Agudo do Miocárdio:
- Angina do peito incluindo angina estável e instável;
 - Infarto do miocárdio sem alterações específicas no eletrocardiograma, sem aumento da CPK-MB e com elevação da troponina I ou T; e
 - Outras síndromes coronarianas agudas.
- d) Cirurgia de Revascularização do Miocárdio com Implante de Ponte(s) Vascular(es) nas Artérias Coronárias (*Bypass*):
- Angioplastia coronariana e outros procedimentos intra-arteriais;
 - Cirurgia minimamente invasiva (*key-hole*), cirurgia robótica e quaisquer procedimentos a tórax fechado, utilizando-se cateteres cirúrgicos; e Quaisquer procedimentos ou técnicas não cirúrgicas.
- e) Cirurgia para Transplante de Órgãos:
- Colocação de coração artificial, ainda que colocado temporariamente visando-se à colocação de um coração verdadeiro no futuro;
 - Transplante de órgãos de animais e de quaisquer órgãos não humanos;
 - Autotransplante de medula;
 - Transplante de células tronco;
 - Transplante de células-beta do pâncreas; e
 - Quaisquer transplantes de apenas uma parte do órgão.



4. VIGÊNCIA

- O início da vigência do risco individual será às 24 (vinte e quatro) horas para tal fim indicada no Certificado do Seguro.

- O término de vigência do risco individual ocorrerá às 24 (vinte e quatro) horas da data para tal fim indicada no Certificado do Seguro, ou no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitado o período correspondente ao prêmio pago.

5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Ocorrendo um evento coberto, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo estipulante, segurado, beneficiário ou seu representante.

Para o Aviso de Sinistro, o beneficiário do segurado, ou o próprio segurado, deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

a) Do segurado:

- RG
- CPF
- Certidão de Nascimento ou Casamento
- Formulário de Aviso de Sinistro, fornecido pela seguradora, o qual deverá ser preenchido pelo segurado ou seu beneficiário e o médico assistente do segurado.

b) Do(s) beneficiário(s):

- Pais: RG e CPF do segurado;
- Cônjuge: Certidão de Casamento, RG e CPF;
- Companheira (o): RG e CPF e comprovação de dependência na Carteira Profissional ou Imposto de Renda, junto ao INSS;
- Filhos: Certidão de Nascimento e RG, sendo que:

I. Filhos ou beneficiários com idade inferior a 16 (dezesesseis) anos serão devidamente representados em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o menor será representado pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei;

II. Filhos ou beneficiários com idade igual ou superior a 16 (dezesesseis) e inferior a 18 (dezoito) anos serão devidamente assistidos em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o assistirá. Na falta de ambos, o menor será assistido pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei.

Os documentos deverão ser enviados via aplicativo do Clube Mercosul ou via corretora à Seguradora.

Além dos documentos básicos informados acima, o Segurado/Beneficiário deverá apresentar também:



Em caso Morte Acidental do Segurado:

- Certidão de Óbito;
- Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Laudo de Necropsia.

Em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:

- Certidão de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Relatório detalhado do médico assistente atestando o percentual de Invalidez Permanente;
- Radiografias e outros exames médicos que tenham sido realizados.

Em caso de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente do Segurado:

- Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- Relatório detalhado do médico assistente atestando o tratamento realizado;
- Notas Fiscais originais;
- Comprovação dos exames médicos que tenham sido realizados; Receita Médica.

Em caso de Diária por Internação Hospitalar Decorrente de Acidente ou Doença do Segurado:

- Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- Relatório detalhado do médico assistente atestando o tratamento realizado.

Em caso de Diária por Internação Hospitalar em UTI Decorrente de Acidente:

- autorização para crédito de pagamento em conta corrente (formulário fornecido pela seguradora);
- aviso de sinistro (formulário fornecido pela seguradora);
- declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data de internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- relatório detalhado do médico atestando o tratamento realizado;
- cópia do boletim de ocorrência ou certidão de ocorrência policial, se for o caso;
- cópia da Carteira Nacional de Habilitação do segurado, brevê do segurado e atestado de navegabilidade da aeronave, carteira de habilitação náutica do segurado, se este era o condutor do veículo ou piloto no momento do acidente, respectivamente;
- cópia de documento de identificação, CPF e comprovante de residência do segurado;



- cópia da comunicação de acidente de trabalho (CAT), juntamente com o aviso de sinistro, nos casos de acidente de trabalho;
- exames compatíveis que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação; e
- cópia do termo de curatela definitivo, em casos de alienação mental do segurado

Em caso de Doenças Graves:

- Autorização para crédito de pagamento em conta corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- Aviso de sinistro (formulário fornecido pela seguradora);
- Cópia de documento de identificação, CPF e comprovante de residência do Segurado;
- Exames complementares que tenham sido realizados e por meio dos quais seja possível atestar o quadro clínico comprovante da Doença Grave coberta;
- Cópia do termo de curatela definitivo, em caso de alienação mental do Segurado;
- Relatório detalhado do médico atestando o diagnóstico de Doença Grave prevista como risco coberto; e
- Diagnóstico clínico neurológico atestado por 2 (dois) especialistas, quando a doença assim exigir.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- Todas as despesas com a comprovação do sinistro correm por conta do segurado, com exceção dos exames solicitados pela seguradora, ou de providências pela mesma determinadas.

- Todos os pagamentos de indenizações referentes a esse seguro serão efetuados no Brasil e em moeda nacional.

- A seguradora após receber o aviso de sinistro e os respectivos documentos, verificará se o evento ocorrido é um risco coberto e, portanto, se o segurado ou o beneficiário tem direito à cobertura, efetuando ou recusando o pagamento da indenização, sob a forma de parcela única.

- Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros:

I. às garantias Morte Acidental , Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente: a data do acidente;

II. à garantia Doenças Graves: a data do diagnóstico da doença;

III. às garantias de Diária de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (em UTI ou não): a data do acidente ou do diagnóstico da doença.

- O prazo para o pagamento das indenizações será de 30 (trinta) dias, contados a partir da data em que tiverem sido entregues todos os documentos básicos previstos nas Condições Gerais e Especiais. No caso



de solicitação de documentos e/ou informações complementares, mediante dúvida fundada e justificável, este prazo será suspenso, e a contagem do prazo voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que foram completamente atendidas as exigências.

- Se este prazo não for cumprido, o valor da indenização estará sujeito à aplicação de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para pagamento da indenização, sem prejuízo de sua atualização.

- Em caso de ocorrência de Invalidez Permanente Total por Acidente ou Invalidez Permanente Total por Acidente Diferenciada, seguida de morte do segurado em consequência do mesmo acidente, sem que tenha havido tempo hábil para pagamento da indenização, o valor desta será pago aos dependentes legais, de acordo com a Cláusula Beneficiária constante do item 27.2 das Condições Gerais.

- As indenizações por Morte e Invalidez Permanente Total não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a seguradora pagará a indenização devida para a garantia de Morte, deduzida da importância já paga por Invalidez Permanente.

7. ASSISTÊNCIAS

7.1 TELEMEDICINA

Serviço que disponibiliza atendimento médico à distância (consultas, orientações e coordenação) voltados aos cuidados com a saúde e bem-estar do beneficiário. Após recebimento das informações cadastrais, basta que o beneficiário baixe o aplicativo *SantéCorp* em seu smartphone e, após validação de alguns dados, iniciar os seus atendimentos médicos imediatamente.

O serviço pode ser utilizado para todas as situações de baixa e média complexidade em saúde. Nesse contexto, trata-se de consultas para acompanhamento da saúde (havendo sintomas ou não), orientações de saúde, entre outros.

7.2 DESCONTO EM MEDICAMENTOS

Descontos de 10% a 80% nos medicamentos em mais de 28 mil farmácias e drogarias distribuídas em mais de 2.900 municípios dos 26 estados e Distrito Federal.

7.3 CARTÃO ALIMENTAÇÃO

Serviço de Cesta Básica Cartão que fornece ao Segurado ou aos Beneficiários do Segurado, um crédito de R\$ 300,00 (trezentos reais) por 3 meses, no caso de morte acidental ou invalidez permanente total ou parcial no caso de acidente do Segurado.

7.4 ASSISTÊNCIA FUNERAL

Na ocorrência do óbito do Segurado, de acordo com os eventos cobertos, a família ou responsável deverá entrar em contato com a Assistência 24 horas (1kê), que após conferir as informações, comunicará



a funerária credenciada ou autorizada no município, para que seja providenciado tudo que for necessário para a execução do funeral.

8. DISPOSIÇÕES FINAIS

Este documento contém informações detalhadas sobre as coberturas do seguro e assistência aos quais você terá acesso.

As informações contidas neste documento são apresentadas somente com propósito informativo. Não pretendem ser uma descrição completa de todos os termos, condições, limitações, exclusões ou outras disposições.

Nome da Seguradora: AIG Seguros Brasil S.A. – CNPJ/MF nº 33.040.981/0001- 50;
Estipulante: Clube Mercosul Benefícios e Serviços Ltda – CNPJ nº: 40.362.298/0001-02
Corretora:Korsa Administração e Corretagem de Seguros Ltda– CNPJ 97.451.512/0001-06

Os Serviços de Assistência serão prestados pela Santecorp (Telemedicina e Desconto em Farmácia) e pela Ike (Assistência Funeral e Cartão Alimentação).

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

9. CENTRAIS DE ATENDIMENTO

AIG SEGUROS:

SAC (Central 24h): 0800 726 6130

SAC - Atendimento a deficientes auditivos e da fala (Central 24h): 0800 724 0149

Ouvidoria (2ª a 6ª feira, das 9h às 18h): 0800 724 0219

Ouvidoria - Atendimento a deficientes auditivos e da fala (2ª a 6ª feira, das 9h às 18h): 0800 200 1244.

Caso haja a necessidade de acionar a Assistência Funeral, o beneficiário deverá contatar: 0800 605 8392. Será necessário informar o CPF do Segurado à empresa de Assistência.

10. LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS

A AIG coletará somente os dados necessários à execução do objeto deste Contrato, além de envidar esforços para implementar todas as medidas técnicas e organizacionais apropriadas para assegurar um nível adequado de segurança da informação, de tratamento e de armazenamento, nos termos da legislação brasileira. Os dados poderão ser utilizados para: (i) promover, melhorar e/ou desenvolver seus produtos e serviços; realizar auditorias; analisar dados e pesquisas para aprimoramento de produtos e serviços; gerar análises estatísticas e relatórios; (ii) aprimorar a segurança e oferta de seus produtos e serviços; regular sinistros e documentos, bem como identificar e coibir fraudes e poderão ser transferidos para: (i) A



empresas do Grupo (inclusive localizadas em outros países) e autoridades governamentais; (ii) A parceiros de negócio, tais como a outras seguradoras; resseguradoras; corretores de seguro e resseguro e outros intermediários e agentes; representantes nomeados; distribuidores; instituições financeiras, empresas de valores mobiliários e outros parceiros comerciais e prestadores de serviços, unicamente para a finalidade de execução do Contrato. Os dados serão armazenados durante o período necessário para a execução do Contrato e para cumprimento de obrigações legais e/ou regulatórias. Por fim, o segurado poderá exercer seus direitos de confirmação de existência de tratamento; acesso aos dados; correção; anonimização, dentre outros, através do Serviço de Atendimento ao Cliente – Fale com a AIG, incluindo, junto de seu pedido, as seguintes informações: nome completo, tipo e número de documento de identificação; número da apólice; telefone para contato, e e-mail. Para saber mais sobre a Privacidade de Dados consulte a Política de Privacidade de Dados da AIG Seguros no site: www.aig.com.br.