

Termos & condições Nubank Vida



CHUBB®

RESUMO DO PRODUTO "NUBANK VIDA"

Este é um breve descritivo das principais características do produto de seguro "Nubank Vida". O detalhamento do seguro contratado, com as coberturas, capitais segurados e dados pessoais do Titular, poderão ser conferidos no Certificado Individual.

1. Definições

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 Titular, ou que torne necessário tratamento médico.

Incluem-se nesse conceito:

- a) suicídio, ou as suas tentativas, que será equiparado, para fins de pagamento de cobertura, a acidente pessoal, **observada a carência de 02 (dois) anos, conforme alínea "c", do item 2 deste documento;**
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Titular ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros comprovados;
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

Não se incluem no conceito de acidente pessoal:

- 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 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;**
- 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.**

Apólice: é o instrumento do Contrato celebrado entre Seguradora e Estipulante. A Apólice será emitida pela Seguradora, devendo conter, obrigatoriamente, a íntegra das Condições Gerais, das condições das garantias contratadas e do Contrato. A Apólice prova a existência e o conteúdo do Contrato.

Beneficiário: é a pessoa designada pelo Titular para receber o valor da cobertura total, na hipótese de sua morte ser devidamente coberta.

Capital Segurado: é o valor total da cobertura do seguro que foi contratada para cada garantia e definida nas condições específicas de cada garantia e no Certificado Individual, a ser paga pela Seguradora em caso de ocorrência de Evento Coberto. **Nenhum pagamento pode ser superior ao valor da cobertura total contratada.**

Carência: é o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência do seguro individual, do aumento do valor total da cobertura ou da recondução depois de suspenso, durante o qual o Titular permanece no seguro sem ter direito às garantias contratadas, sem prejuízo dos pagamentos mensais (prêmios) individuais. **A Carência poderá ser total ou parcial, abrangendo todas as garantias ou algumas delas, exceto as de acidente pessoal.**

Certificado Individual: é o documento emitido pela Seguradora e entregue ao Titular para comprovar sua inclusão no seguro.

Condições Contratuais: são as Condições Gerais e Especiais de um mesmo plano de seguro.

Condições Especiais: é o conjunto das disposições específicas relativas a cada modalidade e/ou garantias de um mesmo plano de seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.

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.

Contrato: é o instrumento jurídico firmado entre Seguradora e Estipulante, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações da Seguradora e do Estipulante, dos Titulares, e dos Beneficiários.

Estipulante: é o Nubank que fica investido dos poderes de representação dos segurados perante a Seguradora, nos limites da legislação aplicável e das disposições contratuais.

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, nas condições de cada garantia e do Contrato, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Titular ou de seus Beneficiários.

Grupo Segurável: é a totalidade das pessoas vinculadas ao Estipulante que podem aderir ou ser incluídos no seguro, desde que atendam aos demais requisitos estabelecidos nas Condições Gerais, nas condições de cada garantia e no Contrato.

Grupo Segurado: é a totalidade de componentes do Grupo Segurável regularmente incluído no seguro, nos termos das Condições Gerais.

Hospital: é qualquer estabelecimento legalmente constituído e devidamente instalado e equipado, para a prática de tratamentos médicos clínicos e/ou cirúrgicos a pessoas que deles necessitem.

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 mínimo de 48 (quarenta e oito) horas, de acordo com a franquia da cobertura.

Indenização: é o pagamento do valor total da cobertura ou uma parte dele caso o Titular acione o seguro.

IPCA: índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo calculado mensalmente pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Pagamento mensal (prêmio): é o valor a ser pago à Seguradora em contraprestação à(s) garantia(s) contratada(s).

Proponente: é a pessoa física que propõe a sua adesão ao seguro, e que passará à condição de Titular desde que aceite pela Seguradora.

Proposta de Adesão: é o formulário fornecido pelo Estipulante através do aplicativo que registra a vontade do cliente em ser incluído no seguro.

Renda Diária: é o valor pago ao Titular por cada dia de hospitalização por acidente, na ocorrência de evento coberto, durante a vigência do seguro.

Segurado Principal: é a pessoa física Titular do seguro.

Segurados Dependentes: são o cônjuge ou a(o) companheira(o) e os filhos do Titular regularmente incluídos no seguro. São considerados e/ou equiparados a filhos do Titular, para fins deste seguro, os seguintes dependentes econômicos do

Titular:

- a) o filho(a) e o enteado(a) do Titular, de até 21 (vinte e um) anos, ou de até 24 (vinte e quatro) anos quando universitário ou cursando escola técnica de segundo grau, ou ainda, de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
- b) o menor pobre, de até 21 (vinte e um) anos, que o Titular crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial;
- c) o irmão ou o neto, sem arrimo dos pais, de até 21 (vinte e um), ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho, desde que o Titular detenha a guarda judicial;
- d) e o absolutamente incapaz, do qual o Titular seja tutor ou curador.

Seguradora: é a Chubb Seguros Brasil S.A., que, devidamente autorizada a operar no ramo de seguros, sob a fiscalização da SUSEP, assume a responsabilidade pelos riscos garantidos pela Apólice, mediante recebimento do respectivo pagamento mensal (prêmio).

Sinistro: é a ocorrência de um evento coberto pelas garantias contratadas, ocorrido durante a vigência e que resulta no acionamento do seguro.

SUSEP: Superintendência de Seguros Privados. Autarquia Federal responsável pela fiscalização, normatização e controle do mercado de seguros, previdência complementar aberta, capitalização, resseguro e corretagem de seguros.

Titular: vide definição de Segurado Principal.

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

Vigência: é o período de tempo fixado para a validade do seguro ou garantias.

2. 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, de 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) suicídio, ou as suas tentativas, ocorridos nos 02 (dois) primeiros anos de vigência do Contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;
- d) 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;
- e) da prática, por parte do Titular, seu(s) Beneficiário(s) ou pelo representante legal de um ou de outro, de atos ilícitos dolosos;
 - e.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.
- f) a prática, por parte do Titular, de atos contrários à Lei, inclusive a condução ou pilotagem de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal;
- g) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- h) acidentes ocorridos durante a participação do Titular 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;
- i) qualquer indenização relativa direta ou indiretamente a danos morais.

- j) eventual aplicabilidade das sanções, regulamentações, leis e restrições, na forma do capítulo “Embargos e Sanções Econômicas”, presente nas condições gerais do produto aprovado pela SUSEP.

3. Certificados

No início do Contrato e a cada renovação a Seguradora entregará ao Titular Certificado Individual comprovando a aceitação, contendo os seguintes elementos mínimos:

- a) data do início e término de vigência do seguro individual do Titular e dos Segurados Dependentes;
- b) coberturas contratadas;
- c) valor total da cobertura de cada garantia relativa ao Titular e aos Segurados Dependentes;
- d) Beneficiários escolhidos pelo segurado;
- e) valor do pagamento mensal (prêmio) total.

4. Atualização dos valores do seguro

A atualização dos valores totais das coberturas e dos pagamentos mensais (prêmios) relativos a este seguro, será feita anualmente no aniversário do seguro individual pelo IPCA, tomando-se por base, nas datas anuais de reajuste, a variação anual acumulada deste índice.

No caso de extinção do índice citado acima, deverá ser utilizado, em substituição ao mesmo o IPC/FIPE - Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo.

O índice e a periodicidade de correção poderão ser alterados por lei ou por determinação da SUSEP.

5. Vigência do seguro

O início de vigência do seguro se dará na data expressa no Certificado Individual do seguro e vigorará pelo prazo de 05 (cinco) anos, respeitando a regra de cancelamento do seguro.

6. Cancelamento do seguro

Este Contrato terá início na data da sua adesão, vigorará por prazo de vigência da Apólice.

Este Contrato poderá ser rescindido, incluindo canais de comunicação disponibilizados pelo Estipulante, e o seguro individual poderá ser cancelado, nas seguintes hipóteses:

- a) com a morte do Titular;
- b) pelo Titular, mediante comunicação ao Estipulante, o que poderá ser feito a qualquer momento e sem a necessidade de especificar o motivo;
 - em caso de solicitação de cancelamento, poderá optar pela restituição do pagamento mensal (prêmio) ou pela cobertura até o final da vigência.
- c) pelo Estipulante, mediante comunicação ao Titular, por escrito, com 05 (cinco) dias de antecedência, o que poderá ser feito a qualquer momento e sem a necessidade de especificar o motivo, desde que observado o prévio aviso;
- d) pelo Estipulante, a seu critério, com efeitos imediatos, caso:
 - sua conta do Estipulante ou seu Cartão na função Débito (caso você seja portador de um) seja utilizada em desconformidade com as disposições dos instrumentos que você tem firmado com o Estipulante;
 - ocorra uso não autorizado de propriedade intelectual do Estipulante;
 - você utilize palavras ou materiais ofensivos no relacionamento com o Estipulante ou seus representantes; ou
- e) por falta de pagamento das mensalidades (prêmios) por um período superior a 30 (trinta) dias, respeitando a vigência correspondente ao pagamento mensal (prêmio) efetivado. Antes do final deste período, o Titular será

notificado que o não pagamento mensal (prêmio) do seguro acarretará o cancelamento do seguro, não sendo mais permitida a reabilitação das garantias;

- f) automaticamente se o Titular, 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.

7. Procedimentos para acionamento do seguro

O Titular ou seu(s) Beneficiário(s), para recebimento do pagamento das coberturas, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do evento que levou ao acionamento do seguro, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando a Seguradora quaisquer medidas tendentes a elucidação do fato. Os documentos básicos necessários para acionamento do seguro estão apresentados nas condições das respectivas coberturas. **As despesas efetuadas com a comprovação do evento que levou ao acionamento do seguro e documentos de habilitação correrão por conta do Titular ou de seu(s) Beneficiário(s), salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.**

Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento do evento que levou ao acionamento do seguro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgar necessários.

O pagamento das coberturas, se devido, será realizado no Brasil, em moeda nacional, no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos contados a partir da data de recebimento pela Seguradora, dos documentos necessários à comprovação ou elucidação do evento, discriminados nas condições contratuais.

Caso a Seguradora exija apresentação de documentação complementar, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no parágrafo anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar. Na hipótese do não cumprimento do prazo de 30 (trinta) dias, a Seguradora pagará juros de mora de 0,5% ao mês, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, além da atualização monetária pela variação positiva do IPCA, apurada entre o último índice publicado antes da data do evento do Sinistro e aquele publicado imediatamente anterior à data do efetivo pagamento.

8. Beneficiários

O Titular poderá livremente e a qualquer tempo indicar, por escrito, o(s) Beneficiário(s) que desejar, ressalvadas as restrições legais, para receber o valor total da cobertura, na hipótese de sua morte ser devidamente coberta.

O Titular poderá, a qualquer tempo, substituir o(s) Beneficiário(s), incluir outro(s) e/ou complementar as indicações mediante manifestação por escrito à Seguradora e através de formulário próprio, ressalvadas as restrições legais.

Caso o Titular não dê ciência à Seguradora da substituição de seu(s) Beneficiário(s), a Seguradora se desobriga pagando o valor total da cobertura ao(s) antigo(s) Beneficiário(s). Não havendo Beneficiário indicado na ocasião do falecimento do Titular, o valor da cobertura será pago na forma da Lei.

9. Âmbito territorial

Os riscos cobertos por este seguro têm abrangência em todo globo terrestre.

10. Coberturas

As coberturas contratadas estão listadas no certificado individual.

MORTE TITULAR

A presente garantia, desde que contratada e com a efetivação do pagamento mensal (prêmio), tem por objetivo garantir ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do valor total da cobertura contratada para esta garantia quando ocorrer a morte do Titular, por causas naturais ou acidentais, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas do Contrato.**

CARÊNCIA

Haverá carência de 180 (cento e oitenta) dias para morte decorrente de causas naturais e será contada a partir da data de início de vigência do risco definida no Certificado Individual. Não haverá carência para morte decorrente de causas acidentais, salvo no caso de suicídio, ou suas tentativas, em que deverão ser observadas às disposições da alínea “c”, do item 2 deste documento.

RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos da cobertura desta garantia, os riscos definidos no item 2 deste documento.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA ACIONAMENTO DO SEGURO

Documentos básicos necessários para pagamento da cobertura:

MORTE TITULAR

Documentos do Titular:

- cópia do RG e CPF, podendo ser cópia da CNH;
- cópia da certidão de óbito;
- cópia de comprovante de endereço em nome do Titular ou o formulário “Declaração de Residência” preenchido e assinado (formulário no modelo da Seguradora);
- cópia do laudo de necropsia, em caso de morte acidental;
- cópia do boletim de ocorrência, em caso de morte acidental.

Documentos dos Beneficiários do Titular (quando há indicação de Beneficiários no seguro):

- cópia do RG e CPF de todos os Beneficiários indicados do Titular, podendo ser cópia da CNH;
- formulário de “Autorização de Pagamento de Indenização Pessoa Física” preenchido e assinado (formulário no modelo da Seguradora). Este formulário deverá ser nominal a cada Beneficiário.

Documentos dos Herdeiros do Titular (quando não há indicação de Beneficiários no seguro):

- formulário de “Declaração de Únicos Herdeiros” (formulário no modelo da Seguradora) ou cópia da abertura do inventário;
- cópia da certidão de casamento atualizada com averbação do óbito ou cópia de duas provas de união estável, no caso de companheiro(a) do Titular;
- cópia do RG e CPF do cônjuge ou companheiro do Titular, podendo ser cópia da CNH;
- cópia do RG e CPF de todos os herdeiros do Titular, podendo ser cópia da CNH;
- formulário de “Autorização de Pagamento de Indenização Pessoa Física” preenchido e assinado (formulário no modelo da Seguradora). Este formulário deverá ser nominal ao cônjuge/companheiro e a cada herdeiro.

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE ATÉ 100%

A presente garantia, desde que contratada e com a efetivação do pagamento mensal (prêmio), tem por objetivo garantir ao próprio Titular um pagamento proporcional ao valor total da cobertura contratado para esta garantia, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela informada nas condições especiais da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, caso haja a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física, causada por Acidente Pessoal devidamente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Cláusula e do Contrato.**

TABELA PARA CÁLCULO	
INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ POR ACIDENTE	
DISCRIMINAÇÃO	% sobre o valor da cobertura total
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	
Perda total de visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL (DIVERSAS)	
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a visão do outro olho	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE MEMBROS SUPERIORES	
Perda total de uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	9
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar, indenização do equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE MEMBROS INFERIORES	
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-fibulares	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1o (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1o dedo, indenização equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
ENCURTAMENTO DE UM DOS MEMBROS INFERIORES	
ENCURTAMENTO PERMANENTE DE UM DOS MEMBROS INFERIORES	
de 5 (cinco) centímetros ou mais	70
de 4 (quatro) centímetros ou mais	50

TABELA PARA CÁLCULO	
INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ POR ACIDENTE	
DISCRIMINAÇÃO	% sobre o valor da cobertura total
de 3 (três) centímetros	50
menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	

CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ POR ACIDENTE

A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Titular a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Titular se recuse.

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta garantia. No caso de divergência sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao Titular, 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 Seguradora, outro pelo Titular e, um terceiro, desempatedor, escolhido pelos 02 (dois) nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Titular e pela 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 Titular. Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as porcentagens respectivas, cujo total não poderá exceder a 100% (cem por cento) do valor total da cobertura contratada para esta garantia.

Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não poderá exceder a da indenização prevista para a sua perda total. Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez preexistente deve ser percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

A reintegração do valor da cobertura para a hipótese de invalidez permanente parcial por acidente será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo para invalidez permanente direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente.

Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

Na falta de indicação da percentagem de redução funcional apresentada e sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das porcentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do Titular, independentemente da sua profissão.

CARÊNCIA

Haverá carência em caso de suicídio e sua tentativa, ocorridos nos 02 (dois) primeiros anos de vigência do Contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.

RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados no item 2 deste documento, estão excluídos da cobertura desta garantia:

- a) intoxicações decorrentes de ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

- b) exercícios de atividades a bordo de aeronaves que não sejam as de linha regulares;
- c) 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 sob a nomenclatura de LER - DORT - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica.
- d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA ACIONAMENTO DO SEGURO

Documentos básicos necessários para pagamento das coberturas:

INVALIDEZ TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

Documentos do Titular:

- cópia do RG e CPF, podendo ser cópia da CNH;
- formulário de "Autorização de Pagamento de Indenização Pessoa Física" preenchido e assinado (formulário no modelo da Seguradora);
- cópia de comprovante de endereço em nome do Titular ou o formulário "Declaração de Residência" preenchido e assinado (formulário no modelo da Seguradora);
- cópia dos laudos e exames médicos realizados;
- cópia do relatório médico preenchido pelo médico assistente do Titular, informando o percentual de perda funcional apresentado, após alta definitiva do tratamento médico e fisioterápico;
- cópia do boletim de ocorrência, se realizado (não obrigatório);
- cópia da CNH, em caso de acidente automobilístico em que o Titular for o condutor do veículo.

ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

As indenizações previstas para Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente não se acumulam quando decorrentes do mesmo acidente. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Parcial por Acidente verificar-se a morte do Titular ou sua Invalidez Total em consequência do mesmo acidente, será deduzida da indenização de Morte a ser paga a importância já indenizada para a cobertura de Invalidez por Acidente.

DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE

A presente garantia, desde que contratada e com a efetivação do pagamento mensal (prêmio), tem por objetivo garantir ao Titular ou Segurado Dependente o pagamento de uma renda diária, em caso de internação hospitalar, em consequência de acidente, por um período superior à franquia estipulada na Apólice, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas nestas cláusulas e do Contrato.**

FRANQUIA

A franquia aplicada a esta cobertura será de 48 (quarenta e oito) horas completas, ou seja, só estarão elegíveis a cobertura internações hospitalares acima deste período.

CARÊNCIA

Não há carência para esta cobertura.

RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados nos itens 1 (definição de Acidente Pessoal) e 2 deste documento, estão excluídos da cobertura desta garantia:

- a) hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal – check-up, e investigação diagnóstica;
- b) hospitalizações decorrentes de infecção pelo vírus HIV ou suas variações, incluindo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e todos os complexos de doenças relacionadas a ela;
- c) hospitalizações quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;
- d) cirurgia para mudança de sexo, inseminação artificial e qualquer tratamento para esterilidade quando voluntários ou controle da natalidade e suas consequências;

- e) cirurgias plásticas e suas consequências, incluindo-se aquelas derivadas de problemas congênitos. Estão cobertas as cirurgias plásticas restauradoras decorrentes de acidentes pessoais ocorrido na vigência do seguro;
- f) hospitalizações decorrentes de doenças congênitas;
- g) tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou antiético;
- h) tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde.

VALOR DA COBERTURA CONTRATADA

O valor da cobertura contratada será calculado com base no número de dias de Hospitalização contratado, incluindo o número de dias de franquia, multiplicado pelo valor da renda diária contratada.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA ACIONAMENTO DO SEGURO

Documentos básicos necessários para pagamento da cobertura:

DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE

Documentos do Titular:

- cópia do RG e CPF, podendo ser cópia da CNH;
- formulário de “Autorização de Pagamento de Indenização Pessoa Física” preenchido e assinado (formulário no modelo da Seguradora);
- cópia de comprovante de endereço em nome do Titular ou o formulário “Declaração de Residência” preenchido e assinado (formulário no modelo da Seguradora);
- cópia do prontuário médico informando o período de internação (datas de admissão e da alta);
- cópia dos laudos e exames médicos realizados;
- cópia do boletim de ocorrência, se realizado (não obrigatório);
- cópia da CNH, em caso de acidente automobilístico em que o Titular for o condutor do veículo.

Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar ao(s) Beneficiário(s) outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares além daqueles estabelecidos.

COMPROVAÇÃO DO EVENTO HOSPITALIZAÇÃO

O evento Hospitalização poderá ser comprovado por declaração hospitalar oficial contendo todas as informações necessárias.

Havendo dúvidas sobre o enquadramento da cobertura, estas poderão ser dirimidas por perícia médica efetuada por médico da Seguradora. Havendo ainda divergências de natureza médica, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de Junta Médica. A Junta Médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e, um terceiro, desempatedor, escolhido pelos 02 (dois) nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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 Seguradora terá o direito de solicitar resultado de exames complementares, relatórios médicos, prontuário hospitalar e realizar perícia médica no Segurado, para complementação dos dados referentes à análise do Sinistro. O Segurado autoriza expressamente seu médico assistente e os serviços de prestação de assistência médico-hospitalar envolvidos no seu atendimento, a qualquer tempo, a fornecerem tais documentos ao departamento médico da Seguradora, que os manterá sob os preceitos éticos da profissão.

FUNERAL

A presente garantia, desde que contratada e com a efetivação do pagamento mensal (prêmio), tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s), uma indenização, limitada ao valor da cobertura contratada quando ocorrer a morte do(s) Segurado(s), por causas naturais ou acidentais, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observados as demais cláusulas do Contrato.**

O(s) Segurado(s) garantido(s) por esta cobertura estarão descritos no Certificado Individual do seguro, conforme as opções abaixo:

- somente o Titular.
- Titular, Cônjuge e Filhos.
- Titular, Cônjuge, Filhos e Pais do Titular.
- Titular e Pais do Titular

Importante: são considerados e/ou equiparados a filhos do Titular, para fins desta cobertura de Funeral, os seguintes dependentes econômicos do Titular:

- I. o filho(a) e o enteado(a) do Titular, de até 21 (vinte e um) anos, ou de até 24 (vinte e quatro) anos quando universitário ou cursando escola técnica de segundo grau, ou ainda, de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
- II. o menor pobre, de até 21 (vinte e um) anos, que o Titular crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial;
- III. o irmão ou o neto, sem arrimo dos pais, de até 21 (vinte e um), ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho, desde que o Titular detenha a guarda judicial;
- IV. e o absolutamente incapaz, do qual o Titular seja tutor ou curador.

CARÊNCIA

Haverá carência de 180 (cento e oitenta) dias para morte decorrente de causas naturais e será contada a partir da data de início de vigência do risco definida no Certificado Individual. Não há carência para morte decorrente de causas acidentais.

NO CASO DE PAGAMENTO DA COBERTURA DE FUNERAL

O Beneficiário poderá optar por prestadores de serviço à sua livre escolha, desde que legalmente habilitados, recebendo posteriormente o valor da cobertura contratada.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INDENIZAÇÃO

Documentos básicos necessários para pagamento das coberturas:

FUNERAL TITULAR

Documentos do Titular:

- cópia do RG e CPF, podendo ser cópia da CNH;
- cópia da certidão de óbito;
- cópia de comprovante de endereço em nome do Titular ou o formulário “Declaração de Residência” preenchido e assinado (formulário no modelo da Seguradora);
- cópia do laudo de necropsia, em caso de morte acidental;
- cópia do boletim de ocorrência, em caso de morte acidental.

Documentos dos Beneficiários do Titular (quando há indicação de Beneficiários no seguro):

- cópia do RG e CPF de todos os Beneficiários indicados do Titular, podendo ser cópia da CNH;
- formulário de “Autorização de Pagamento de Indenização Pessoa Física” preenchido e assinado (formulário no modelo da Seguradora). Este formulário deverá ser nominal a cada Beneficiário.

Documentos dos Herdeiros do Titular (quando não há indicação de Beneficiários no seguro):

- formulário de “Declaração de Únicos Herdeiros” (formulário no modelo da Seguradora) ou cópia da abertura do inventário;
- cópia da certidão de casamento atualizada com averbação do óbito ou cópia de duas provas de união estável, no caso de companheiro(a) do Titular;
- cópia do RG e CPF do cônjuge ou companheiro do Titular, podendo ser cópia da CNH;
- cópia do RG e CPF de todos os herdeiros do Titular, podendo ser cópia da CNH;
- formulário de “Autorização de Pagamento de Indenização Pessoa Física” preenchido e assinado (formulário no modelo da Seguradora). Este formulário deverá ser nominal ao cônjuge/companheiro e a cada herdeiro.

FUNERAL CÔNJUGE

Documentos do Titular:

- cópia do RG e CPF, podendo ser cópia da CNH;
- formulário de “Autorização de Pagamento de Indenização Pessoa Física” preenchido e assinado (formulário no modelo da Seguradora).

Documentos do cônjuge do Titular:

- cópia do RG e CPF, podendo ser cópia da CNH;
- cópia da certidão de óbito;
- cópia de comprovante de endereço em nome do cônjuge ou o formulário “Declaração de Residência” preenchido e assinado (formulário no modelo da Seguradora);
- cópia da certidão de casamento atualizada com averbação do óbito ou cópia de duas provas de união estável, no caso de companheiro(a) do Titular.

FUNERAL FILHOS

Documentos do Titular:

- cópia do RG e CPF, podendo ser cópia da CNH;
- formulário de “Autorização de Pagamento de Indenização Pessoa Física” preenchido e assinado (formulário no modelo da Seguradora).

Documentos dos filhos do Titular:

- cópia do RG e CPF, podendo ser cópia da CNH;
- cópia da certidão de óbito;
- cópia de comprovante de endereço em nome do filho ou o formulário “Declaração de Residência” preenchido e assinado (formulário no modelo da Seguradora);

FUNERAL PAIS

Documentos do Titular:

- cópia do RG e CPF, podendo ser cópia da CNH;
- formulário de “Autorização de Pagamento de Indenização Pessoa Física” preenchido e assinado (formulário no modelo da Seguradora).

Documentos dos pais do Titular:

- cópia do RG e CPF, podendo ser cópia da CNH;
- cópia da certidão de óbito;
- cópia de comprovante de endereço em nome do(s) pai(s) ou o formulário “Declaração de Residência” preenchido e assinado (formulário no modelo da Seguradora);

O pagamento desta garantia, por si só, não implica no reconhecimento da obrigação de pagar nenhuma outra garantia do seguro.

NO CASO DE SOLICITAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS FUNERÁRIOS

Em caso de morte do Usuário, a prestadora deverá ser acionada, através de sua central de atendimento 24 horas, para prestar os serviços abaixo mencionados:

Territorialidade

Os serviços de assistência serão prestados aos Usuários residentes no Brasil, quando o óbito ocorrer dentro ou fora de seu Município de domicílio permanente, ou ainda, quando em viagem ao exterior.

Obs.: Caso a família opte por fazer o funeral em outra localidade que não o Município de domicílio do Usuário, esta deverá arcar com os custos referentes ao traslado do corpo, desde o local do evento até o Município do sepultamento, onde a prestadora dos serviços tomará as demais providências.

Atendimento Social

A prestadora de serviços dirigirá-se à residência/hospital do óbito, para recepcionar todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento junto à funerária do Município. Encaminhará até a funerária do Município os documentos necessários para o sepultamento, tomando as medidas devidas para a realização do funeral, entregando então à família todas as documentações respectivas, posicionando-a das providências tomadas.

Sepultamento ou Cremação

A prestadora de serviços providenciará o sepultamento no túmulo ou jazigo da família, podendo ainda o Usuário ser cremado, caso esta opção tenha sido formalizada em vida, com documentação pertinente.

Documentação necessária para a cremação:

- em vida: declaração de cremação registrada em cartório;
- após o falecimento: atestado de óbito por 2 (dois) médicos, e declaração de cremação registrada em cartório por 2 (dois) parentes próximos (ex.: cônjuge, filho).

A prestadora de serviços não se responsabilizará e não arcará com despesas de exumação dos corpos que estejam em jazigo, quando do sepultamento.

Caso o falecido resida em Município que não disponha deste tipo de serviço, e tendo a família optado pela cremação, deverá arcar com o traslado do corpo desde o local do evento até o local da cremação.

Locação de Jazigo

Caso a família não disponha de local para o sepultamento, a prestadora do serviço se responsabilizará pela locação de um jazigo, por um período de 03 (três) anos a contar da data do evento, dependendo da disponibilidade local.

Passagem para um Membro da Família

Caso a família do falecido opte por fazer o sepultamento no local do evento e, não sendo este o Município de domicílio deste, a prestadora do serviço providenciará uma passagem aérea em classe econômica ou rodoviária, para um membro da família acompanhar o sepultamento.

Traslado de Corpos

Em caso de falecimento durante a viagem, a prestadora de serviços se responsabilizará pelo traslado do corpo em esquife standard, da maneira mais adequada, até o Município de domicílio do Usuário.

Esquife standard é uma urna padrão (específica), utilizada para transporte do “de cujus”, em avião.

Urna

Em caso de falecimento do Usuário, a prestadora do serviço providenciará uma urna (caixão) para seu sepultamento. Urna e caixão têm a mesma denominação, o mesmo significado, só havendo diferença quanto ao termo utilizado.

Coroa de Flores

A prestadora do serviço colocará à disposição da família uma coroa de flores da época, juntamente com uma faixa de dizeres redigida pela família.

Ornamentação de Urna

A prestadora do serviço colocará à disposição da família, flores da época para ornamentar o interior da urna.

Paramentos

A prestadora de serviço se responsabilizará pelos castiçais e velas que acompanham a urna bem como pelos aparelhos de ozona (Desodorizador).

Mesa de Condolências

A prestadora do serviço providenciará uma mesa onde será colocado o livro de presença.

Velório

A prestadora do serviço colocará à disposição da família uma sala velatória ou capela, conforme o local.

Registro de Óbito

A prestadora do serviço efetuará o registro do óbito em cartório, se necessário acompanhado de um membro da família.

Carro Funerário

A prestadora do serviço colocará à disposição da família um carro funerário para transporte do corpo, desde o local do óbito até o local do velório, e depois até o local onde se fará o sepultamento, desde que dentro do Município.

Exclusões e Limitações aos Serviços de Assistências

Estão limitados os serviços de assistência nos seguintes casos:

1. Os serviços de assistência não poderão ser prestados quando não houver cooperação por parte dos familiares do falecido ou de outrem que vier a requerer assistência em seu nome, no que se refere às informações requisitadas pela central de atendimento:

- Nome e CPF do usuário;
- Nome da Empresa;
- Endereço e telefone de responsável para contato.

2. Caso o óbito ocorra no exterior e a família opte pelo sepultamento / cremação no local do evento, a prestadora de serviços providenciará uma passagem para um membro da família.

3. Os serviços a serem prestados, descritos acima, bem como os itens a serem disponibilizados para o Funeral, serão determinados pelos limites fixados. Os valores que excederem os limites estabelecidos serão de responsabilidade da família do usuário.

Estão excluídos dos Serviços de Assistência os seguintes casos

- a) inundações, furacões, erupções vulcânicas, tempestades, terremotos, movimentos sísmicos;
- b) ocorrências de irradiação decorrente de transmutação nuclear, desintegração ou radioatividade, bem como casos de força maior;
- c) ocorrências em situações de guerra, comoções sociais, atos de terrorismo e sabotagem, greves e quaisquer outras perturbações da ordem pública ou ainda restrições por parte das autoridades ao livre trânsito;
- d) o traslado do corpo para cremação desde o local do evento até outro município onde a cremação possa ser efetuada;
- e) aquisição de jazigo;
- f) a exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento;
- g) nas localidades onde a legislação não permitir que a prestadora de serviços intervenha;
- h) qualquer ocorrência não associada aos itens e situações mencionadas na descrição dos serviços.

Obrigações Gerais da Família do Usuário

Os familiares deverão cooperar com a prestadora do serviço, a fim de possibilitar que a esta possa prestar os serviços mencionados, inclusive, se houver a necessidade do fornecimento de documentos originais, às custas da prestadora de serviço, para o cumprimento das formalidades necessárias.

Qualquer queixa no que se refere ao evento de assistência deverá ser submetida dentro do prazo de 90 (noventa) dias, a contar da data da ocorrência desse evento.

11. Pagamento mensal (Prêmio)

O Pagamento mensal (prêmio) deverá ser realizado pelo segurado e será mantido durante os 05 (cinco) anos de vigência do seguro, sofrendo somente atualizações referentes à inflação de acordo com o índice IPCA do período, conforme definido na cláusula 4 deste documento.

12. Embargos e sanções econômicas

A cobertura securitária prevista na Apólice decorrente deste contrato não terá efeito na medida em que sanções comerciais ou econômicas ou outras leis, regulamentações, restrições ou sanções impostas pelo Escritório de Controle de Ativos Estrangeiros do Departamento do Tesouro dos EUA (Office of Foreign Assets Control of the US Department of the Treasury - "OFAC") e/ou pela Organização das Nações Unidas ("ONU") e/ou pelo Reino Unido e/ou pela União Europeia proibam a Seguradora de concedê-la, incluindo, mas não se limitando, ao pagamento das coberturas contratadas.

A exclusão acima abrange também a lista de cidadãos nacionais especialmente designados e pessoas impedidas de transacionar com Estados Unidos da América ("EUA") e seus Territórios, feita pelo Escritório de Controle de Ativos Estrangeiros do Departamento do Tesouro dos EUA (Specially Designated Nationals And Blocked Persons List - "SDN").

Para efeito das exclusões descritas nas cláusulas acima, a sanção, regulamentação, lei, restrição ou inclusão na lista SDN, deverá estar caracterizada no momento do Sinistro.

Caso o Fato Gerador de eventual Sinistro seja anterior a uma sanção, regulamentação, lei, inclusão na lista de embargos, ou restrição imposta pelo Escritório de Controle de Ativos Estrangeiros do Departamento do Tesouro dos EUA (OFAC) e/ou pela ONU e/ou pelo Reino Unido e/ou União Europeia; e que, embora tal Sinistro esteja amparado pela Apólice, mas ainda não tenha sido completamente liquidado, a cobertura securitária e conseqüentemente a indenização devida, ficarão suspensas, sem quaisquer pagamentos e/ou reembolso de despesas, até que tal sanção, regulamentação, lei, ou restrição seja extinta, ou, no caso de o Segurado e/ou Beneficiário constarem na lista de cidadãos nacionais especialmente designados e pessoas proibidas de transacionar com os EUA (lista SDN), e/ou em quaisquer outras listas de bloqueios/sanções feitas pelos EUA ou pela ONU ou pelo Reino Unido e/ou pela União Europeia, até que o Segurado e/ou Beneficiário não conste(m) mais em tal(is) lista(s).

O Segurado poderá consultar a lista de embargos e sanções OFAC por meio do sítio eletrônico oficial do Departamento do Tesouro dos EUA: <https://www.treasury.gov/resource-center/sanctions/Pages/default.aspx>.

Caso o Segurado tenha quaisquer dúvidas ou necessidade de entendimento com relação às exclusões acima, o mesmo poderá entrar em contato com os telefones de Central de Atendimento e SAC, constantes da Apólice.

13. Disposições gerais

Processo SUSEP nº.: 15414.606209/2020-49.

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

Este seguro é garantido pela **CHUBB SEGUROS BRASIL S.A.** – CNPJ: 03.502.099/0001-18, Cód. SUSEP: 0651-3, Estipulada por **NU PRODUTOS Ltda.**, CNPJ: 38.409.198/0001-34.

Você terá o prazo de 07 (sete) dias para cancelar o seguro, no caso de arrependimento, a contar da data de adesão.

A cobertura de seguro depende da efetivação do pagamento mensal (prêmio) prévio do seguro.

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

Os clientes e Segurados poderão consultar a situação do seu corretor de seguros pelo site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CPF ou CNPJ.

As condições contratuais deste produto protocolizadas pela Seguradora junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante na apólice, proposta, certificado individual e neste documento.

Atendimento exclusivo ao consumidor da SUSEP: 0800 021 8484 (somente ligações oriundas de telefones fixos), ou pelo WhatsApp (21) 97684-7806, de segunda a sexta-feira, exceto feriados, das 09h30 às 17h00. Plataforma digital para registro de reclamações de mercados supervisionados pela SUSEP: www.consumidor.gov.br.

Política de Privacidade: Processamos seus dados para lhe oferecer produtos de seguro ou para atividades relacionadas ao seguro. Você pode buscar mais informações sobre a finalidade e direitos dos Titulares em nossa política de privacidade no link abaixo.

<https://www.chubb.com/br-pt/footer/politica-de-privacidade-da-chubb.aspx>

Em caso de dúvidas ou sinistro ligue:

Capitais e Regiões Metropolitanas: 0800 591 2117 / internacional: +55 11 2039 0650

E-mail: meajuda@nubank.com.br

Atendimento a Deficientes Auditivos: chat & meajuda@nubank.com.br:

Para acionamento da prestadora de Serviços Funerários: 0800 014 3012

Ouvidoria

Registrou uma reclamação não solucionada pelo atendimento em outros canais?

Contate-nos:

Ouvidoria Nubank: 0800 887 0463

Ouvidoria Chubb: ouvidoria.nubank@chubb.com ou ligue para 0800 722 5059 (horário de atendimento de segunda a sexta-feira, das 08h00 às 18h00, exceto feriados) Deficiência Auditiva ou de Fala 0800 724 5084 (horário de atendimento de segunda a sexta-feira, das 08h00 às 18h00, exceto feriados). “Caixa Postal: 310, Agência 72300019, CEP: 01031-970”.

Disque fraude: 0800 770 8135 – Se você conhece ou suspeita de alguma fraude aos seguros contratados junto à Seguradora, denuncie. O canal é gratuito e sigiloso, dedicado a receber ligações de segunda a sexta-feira, das 09h00 às 17h00 e/ou gravação de mensagens 24 horas por dia e está disponível apenas para ligações no território brasileiro.