

## CONDIÇÕES GERAIS

### 1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

- 1.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.
- 1.2. O registro deste plano SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
- 1.3. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no sítio [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.
- 1.4. Não é válida a presunção de que a Seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem nas Condições Contratuais e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas Condições Gerais.
- 1.5. Para situações não previstas nestas condições serão utilizadas a legislação e a regulamentação específica em vigor no Brasil, aplicáveis ao microsseguro de pessoas.
- 1.6. Este plano está estruturado em regime financeiro de repartição, não havendo, portanto, devolução ou resgate de prêmios ao Segurado ou ao Beneficiário.

### 2. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir ao Segurado identificado no Bilhete, ou ao seu Beneficiário, o pagamento de indenização em caso de ocorrência de sinistro coberto nos termos destas Condições Gerais e das Condições Especiais das coberturas contratadas, até o Limite Máximo de Indenização fixado por cobertura contratada.

### 3. PÚBLICO-ALVO E CANAIS DE DISTRIBUIÇÃO

- 3.1. Este plano de microsseguro destina-se aos clientes e frequentadores das redes varejistas, de prestadores e distribuidores de serviços públicos e privados, de instituições financeiras e correspondentes bancários, entre outros potenciais canais que tenham firmado contrato de Representante de Seguros com a Seguradora, e poderá ser ofertado pelo representante ou por corretor de seguros habilitado, nos termos das normas vigentes.
- 3.2. As coberturas deste plano somente poderão ser oferecidas às pessoas que atendam as condições de contratação das mesmas, mediante manifestação de interesse individual.

### 4. DEFINIÇÕES

Para efeito deste seguro, serão adotadas as seguintes definições:

**Acidente Pessoal:** 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

**CONDIÇÕES GERAIS**

direta a morte, ou invalidez permanente, total ou parcial, do Segurado, ou torne necessário tratamento médico, observando-se que:

**a) Incluem-se nesse conceito:**

- a.1) o suicídio, ou a sua tentativa (se decorridos 2 (dois) anos de vigência individual), que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a 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) Excluem-se desse conceito:**

- b.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;**
- b.2) **as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- b.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 Osteomusculares 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**
- b.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 desta definição.**

**Aviso de Sinistro:** comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento.

## CONDIÇÕES GERAIS

**Beneficiário:** pessoa, física ou jurídica, designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

**Bilhete:** documento emitido pela Seguradora, ou com autorização da mesma, que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo Segurado, substitui a apólice individual e dispensa o preenchimento de proposta, nos termos da legislação específica.

**Carência:** período, contado a partir do início de vigência do seguro, no qual o Segurado não possui direito às coberturas contratadas.

**Cobertura:** designação genérica dos riscos assumidos pela Seguradora. As Coberturas contratadas e suas particularidades constarão expressamente no Bilhete.

**Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação do seguro, incluindo as constantes das Condições Gerais, das Condições Especiais e do Bilhete de Seguro.

**Condições Especiais:** conjunto das disposições específicas relativas a cada modalidade e/ou cobertura do seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.

**Condições Gerais:** conjunto das cláusulas, comuns a todas as modalidades e/ou coberturas do plano de seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes.

**Corretor de Seguros:** pessoa física ou jurídica habilitada pela SUSEP e autorizada a angariar e promover contratos de seguros.

**Dano Moral:** toda e qualquer ofensa ou violação que mesmo sem ferir ou causar estragos aos bens patrimoniais de uma pessoa, ofenda aos seus princípios e valores de ordem moral, tais como os que se referem à sua liberdade, à sua honra, aos seus sentimentos, à sua dignidade e/ou à sua família, sendo, em contraposição ao patrimônio material, tudo aquilo que não seja suscetível de valor econômico. **O Dano Moral é risco excluído de todas as coberturas deste seguro.**

**Doenças ou Lesões Preexistentes:** são as doenças, lesões ou sequelas, inclusive as congênitas, que o Segurado ou seu responsável sabia ser portador ou sofredor na data da contratação do Bilhete e que não foram declaradas no mesmo, caracterizando-se pela existência de qualquer alteração evidente do seu estado de saúde e que poderá ser identificada pela Seguradora por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive em prontuários médico-hospitalares, consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais.

**Dolo (ou ato doloso):** ato praticado por vontade deliberada que produz dano, ou seja, é um ato de má-fé, fraudulento, visando prejuízo de outrem, quer físico ou financeiro.

**Emolumentos:** conjunto de despesas adicionais correspondentes a impostos incidentes sobre o prêmio de seguro.

**Endosso:** documento, emitido pela Seguradora ou pelo Representante de Seguros, por intermédio do qual são alterados dados e condições do Bilhete,

## CONDIÇÕES GERAIS

de comum acordo com o Segurado, podendo ou não haver movimentação de prêmio.

**Franquia:** período contínuo de tempo, em horas ou dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o Segurado não terá direito ao recebimento da indenização. A franquia é aplicada em cada sinistro coberto.

**Indenização:** valor que a Seguradora deve pagar ao Segurado ou Beneficiário em caso de sinistro coberto pelo Bilhete, não podendo ultrapassar, em hipótese alguma, o Limite Máximo de Indenização da respectiva Cobertura contratada.

**IPCA/IBGE:** Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo / Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

**Limite Máximo de Indenização (LMI):** valor máximo de responsabilidade da Seguradora estabelecido no Bilhete para cada cobertura contratada.

**Médico Responsável ou Assistente:** profissional legalmente licenciado para a prática da medicina e que seja o responsável pelo tratamento de uma pessoa ou que esteja emitindo documentos médicos (relatórios, atestados, declarações, etc.) para quem interessar, sob autorização do paciente. **Não serão aceitos como médico assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**

**Meios Remotos:** aqueles que permitam a troca de e/ou o acesso a informações e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes de comunicação envolvendo o uso de tecnologias tais como rede mundial de computadores, telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras.

**Prêmio:** valor pago à Seguradora em contraprestação às coberturas contratadas.

**Proponente:** interessado em contratar o seguro.

**Reintegração:** recomposição do Limite Máximo de Indenização de uma cobertura que foi reduzido pelo pagamento de indenização decorrente de sinistro parcial.

**Representante de seguros:** pessoa jurídica que assume a obrigação de promover, em caráter não eventual e sem vínculos de dependência, a realização de contratos de seguro à conta e em nome da Seguradora.

**Risco ou Evento Coberto:** acontecimento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do Segurado, cuja ocorrência obriga a Seguradora a pagar a indenização devida, respeitadas as Condições Contratuais.

**Riscos Excluídos:** riscos previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não estão cobertos pelo seguro.

**Segurado:** pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro, sendo o **Segurado Principal** aquele que presta as informações necessárias e decide pela contratação e os **Segurados**

## CONDIÇÕES GERAIS

**Dependentes** aqueles incluídos através de Condições Especiais próprias, por opção do Segurado Principal.

**Seguradora:** é a Generali Brasil Seguros S.A., empresa legalmente constituída, que assume a responsabilidade do pagamento da indenização, em caso de sinistro decorrente de risco coberto pelo Bilhete de Seguro.

**Sinistro:** ocorrência de um evento coberto pelo seguro, durante a vigência do mesmo, e capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora.

**Vigência do Bilhete de Seguro:** período de tempo compreendido entre a data de início e de término do seguro.

### 5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA DO SEGURO

Salvo disposição em contrário nas Condições Especiais das coberturas contratadas, as disposições deste seguro aplicam-se a todo o globo terrestre.

### 6. COBERTURAS

6.1. Para fins deste seguro consideram-se Riscos Cobertos **aqueles expressamente convencionados nas Condições Especiais das coberturas efetivamente contratadas pelo Segurado**, dentre as abaixo, que poderão ser contratadas de forma isolada uma da outra **mediante indicação dos respectivos Limites Máximos de Indenização no Bilhete:**

- a) Morte (M);
- b) Morte Acidental (MA);
- c) Reembolso de Despesas com Funeral (RF);
- d) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
- e) Despesas Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas decorrentes de acidente pessoal (DMHO);
- f) Diárias por Internação Hospitalar (DIH);
- g) Diárias por Incapacidade Temporária (DIT);
- h) Desemprego;
- i) Doenças Graves (DG): AVC, Câncer, Infarto do Miocárdio, Insuficiência Renal Terminal e Transplante de Órgãos (coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea).

6.2. Este seguro prevê, ainda, a contratação da Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge e/ou Filhos e das Condições Especiais Prestamista.

6.3. Para os menores de 14 (quatorze) anos é permitida, exclusivamente, a oferta e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de segurado principal ou de dependente.

**CONDIÇÕES GERAIS****7. EXCLUSÕES GERAIS**

Em adição aos Riscos Excluídos da Condições Especiais das coberturas contratadas, estão excluídas deste seguro quaisquer despesas ou reclamações decorrentes de, ou de algum modo relacionadas a:

- a) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado principal ou dependente, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de qualquer deles;
- b) Doenças ou lesões que, apesar de indagado pela Seguradora e serem de conhecimento do Segurado principal ou dependente, não foram declaradas quando da contratação do microsseguro;
- c) Suicídio ou sequelas decorrentes da sua tentativa, caso ocorram nos dois primeiros anos de vigência da cobertura;
- d) Epidemia ou pandemia declarada por órgão competente;
- e) Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- f) Danos e perdas causados por atos terroristas; e
- g) Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto a prestação de serviço militar e atos de humanidade em auxílio de outrem.

**8. CARÊNCIAS E FRANQUIAS**

**8.1. A existência e o prazo de carências e franquias serão estabelecidos no Bilhete e nas Condições Especiais das coberturas contratadas.**

**8.2.** O prazo de carência será contado a partir do início de vigência do Bilhete, não poderá exceder metade do prazo de vigência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, e estará limitado a 2 (dois) anos.

**8.3.** Não haverá carência para os sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, situação em que o prazo de carência é de 2 (dois) anos ininterruptos.

**8.4.** Quando da contratação sucessiva de plano de microsseguro de pessoas junto a Generali Brasil Seguros S.A., com as mesmas coberturas, só será válido o período de carência estabelecido para a primeira contratação da sequência.

Considera-se contratação sucessiva aquela realizada junto a Generali Brasil Seguros S.A. em período não superior a 30 (trinta) dias ou ao equivalente ao prazo de carência definido no plano, o que for maior, contado após o fim de vigência do microsseguro anterior.

**CONDIÇÕES GERAIS****9. CONTRATAÇÃO DO SEGURO**

- 9.1.** A contratação ou alteração deste seguro poderá ser realizada com a utilização de meios remotos, quando disponibilizada, ou mediante solicitação verbal do proponente, seguida da emissão do Bilhete.
- 9.2.** Quando disponibilizada a contratação por meios remotos, o Segurado poderá imprimir o Bilhete ou solicitar, a qualquer tempo, sua versão física verbalmente ou por meio remoto à Seguradora.

A Seguradora enviará ao Proponente/Representante Legal, pelo meio remoto utilizado ou outro autorizado, os protocolos obrigatórios e as demais informações previstas na legislação e regulamentação vigentes.

A utilização de meios remotos na contratação de microsseguros deverá garantir ao Segurado o acesso irrestrito às informações sobre o plano contratado, com a disponibilização obrigatória pela Seguradora de telefone gratuito de contato de central de atendimento específica em horário comercial, com fornecimento de número de protocolo de atendimento indicando data e hora de contato.

**10. VIGÊNCIA**

- 10.1.** **A vigência das coberturas deste seguro iniciar-se-á sempre a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de pagamento do prêmio e terminará às 24 (vinte e quatro) horas do dia de término do período de tempo da vigência.**
- 10.2.** Ao término de vigência do seguro, um novo Bilhete poderá ser contratado, não havendo a renovação do mesmo.

**11. PAGAMENTO DO PRÊMIO**

- 11.1.** O prêmio devido pelo Segurado poderá ser pago à vista, mensalmente, bimestralmente, trimestralmente, semestralmente ou anualmente, mediante acordo entre as partes e conforme estabelecido no Bilhete, até a data de vencimento expressa no(s) documento(s) de cobrança, durante o período de vigência do seguro.
- 11.2.** O pagamento do prêmio de microsseguro poderá ser feito por intermédio de instituição financeira, incluindo seus correspondentes, diretamente à Seguradora ou a seus correspondentes de microsseguro ou a seus representantes de seguros.
- 11.3.** Na contratação, a Seguradora ou seu representante estabelecerá o meio a ser utilizado pelo Segurado para pagamento do(s) prêmio(s), dentre as seguintes opções:
- a)** Através do representante de seguros junto ao qual o microsseguro foi adquirido, por meio de procedimento de cobrança regularmente utilizado pelo mesmo em sua atividade principal, como contas de consumo, carnês, boletos, faturas de cartões de crédito ou descontos em folha de pagamento, desde que o valor destinado ao prêmio esteja perfeitamente identificado, assim como a data e a forma da correspondente quitação;

**CONDIÇÕES GERAIS**

- b) Através de boletos bancários pagáveis no território nacional;
  - c) Através de cartão de crédito; ou
  - d) Através de débito em conta corrente.
- 11.4.** A ausência do repasse à Seguradora dos prêmios recolhidos pelo representante de seguros ou empresa responsável por esse serviço não causará qualquer prejuízo ao Segurado ou beneficiários no que se refere às coberturas e demais direitos contemplados por este plano.
- 11.5.** A Seguradora enviará as informações relativas ao seguro pelo mesmo meio utilizado na contratação ou outro escolhido pelo Segurado. A confirmação de quitação do pagamento à vista ou da primeira parcela enviada pela Seguradora com a utilização de meios remotos servirá, também, como prova da efetiva contratação do plano.
- 11.6. O não pagamento de qualquer parcela do prêmio até a data indicada no respectivo documento de cobrança, implicará na suspensão automática do seguro a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de vencimento do prêmio não pago e, em caso de sinistro, o Segurado perderá o direito às garantias do seguro e ao recebimento de qualquer indenização decorrente de sinistro ocorrido no período de suspensão, sendo que:**
- a) A cobertura poderá ser reabilitada a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o Segurado retomar o pagamento do prêmio, com aplicação de nova carência nos termos da Cláusula 8 destas Condições Gerais, desde que realizado dentro de prazo não superior a 90 (noventa) dias contados a partir da data de vencimento do primeiro prêmio não pago. Nesse caso, não serão cobrados os prêmios não pagos, correspondentes a períodos em que não houve cobertura.
  - b) Findo o prazo de 90 (noventa) dias da data do último pagamento, sem que tenha sido restabelecido o pagamento do prêmio, o seguro estará automaticamente e de pleno direito cancelado e a cobertura não poderá ser reabilitada.
- 12. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO**
- 12.1.** Em caso de ocorrência de sinistro, o Segurado ou seu Beneficiário deverá:
- a) Comunicar o sinistro à Seguradora ou ao seu Representante, indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas, tais como data, hora, local e causa;
  - b) **Providenciar os DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO descritos nas Condições Especiais da cobertura contratada relacionada ao sinistro coberto**, encaminhá-los à Seguradora ou ao seu Representante e prestar todas as informações e os esclarecimentos solicitados. Para efeitos de pagamento de indenização serão aceitos como prova de identificação do Segurado e beneficiários a cédula de identidade (RG), a carteira de trabalho, a certidão de nascimento, a



**CONDIÇÕES GERAIS**

certidão de casamento ou outros documentos oficiais de identificação que possuam validade no território nacional.

- 12.2.** A Seguradora fornecerá ao Segurado, seu beneficiário ou seu representante legal, protocolo que ateste o efetivo recebimento da documentação comprobatória do evento coberto, com indicação de data e hora.

O protocolo de que trata este item poderá ser fornecido com a utilização de meios remotos desde que seja possível validar a confirmação do recebimento pelo Segurado, seu beneficiário ou seu representante legal.

- 12.3.** O pagamento de indenização com base neste seguro será efetuado somente após o Segurado ter provado satisfatoriamente a ocorrência do sinistro, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas necessárias à elucidação do mesmo.

- 12.4.** Os atos ou providências que a Seguradora praticar, após o sinistro, não importam, por si, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

- 12.5.** Todas as despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

- 12.6.** Eventuais encargos de tradução referentes ao reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

- 12.7.** A Seguradora terá o prazo de até 10 (dez) dias corridos contados a partir da data do protocolo de entrega da documentação comprobatória citada no item 12.1 desta cláusula para o pagamento da indenização devida, facultando-se à mesma, dentro deste prazo e desde que acompanhada de justificativa fundamentada, a solicitação de outras informações ou documentos além dos citados. Nesse caso, o prazo de 10 (dez) dias será suspenso uma única vez, voltando a correr na data da entrega dos documentos complementares à Seguradora.

- 12.8.** O não pagamento da indenização no prazo estabelecido no item acima implicará na atualização monetária e na aplicação de juros de mora sobre a mesma.

**13. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS**

- 13.1.** Fica estabelecido para fins de atualização monetária dos valores deste seguro, quando aplicável, o IPCA/IBGE, ou o índice que vier a substituí-lo.

- 13.2.** A atualização será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

- 13.3.** Quando aplicável, os Limites Máximos de Indenização e os prêmios serão atualizados anualmente, na data de aniversário da contratação, com base na variação positiva do índice no correspondente período anual.

- 13.4.** As contratações com vigência igual ou inferior a um ano não estão sujeitas à atualização monetária de prêmios e Limites Máximos de Indenização.

**CONDIÇÕES GERAIS**

- 13.5.** Para as coberturas de morte ou invalidez custeadas mediante pagamento único ou anual do prêmio, os Limites Máximos de Indenização deverão ser atualizados desde a data da última atualização do prêmio até a data de ocorrência do respectivo evento gerador.
- 13.6.** Os valores devidos pela Seguradora a título de devolução de prêmios sujeitam-se à atualização monetária a partir da data em que se tornarem exigíveis, sendo:
- a)** No caso de cancelamento do Bilhete: a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.
  - b)** No caso de recebimento indevido de prêmio pela Seguradora: a partir da data do recebimento do prêmio.
- 13.7.** Se o pagamento da indenização não for efetuado nos termos dos itens 12.7 destas Condições Gerais, o valor da mesma será atualizado monetariamente, a partir da data da exigibilidade, acrescido de juros moratórios equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional, a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para pagamento da indenização.
- Para efeito deste item, serão consideradas as seguintes datas de exigibilidade:
- a)** Para as coberturas cuja indenização corresponda ao reembolso de despesas efetuadas, a data do efetivo dispêndio pelo Segurado;
  - b)** Para as demais coberturas, a data da ocorrência do evento.
- 13.8.** O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

**14. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO**

- 14.1.** O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.
- 14.2.** Se o Segurado, seu representante ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que pudessem influir na aceitação do Bilhete ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

**Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:**

- I. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:**
  - a) Cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou**

## CONDIÇÕES GERAIS

- b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.
  - II. Na hipótese de ocorrência do sinistro com pagamento parcial do capital segurado:
    - a) Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, restando, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
    - b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado ao Segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.
  - III. Na hipótese de ocorrência do sinistro com pagamento integral do capital segurado: cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo do valor a ser indenizado a diferença de prêmio cabível.
- 14.3. O Segurado é 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.
- a) 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.
  - b) O cancelamento do contrato só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

## 15. CANCELAMENTO DO SEGURO

**O Bilhete deste seguro poderá ser cancelado ou rescindido:**

- 15.1. Por falta de pagamento do prêmio, nos termos da cláusula 11 destas Condições Gerais.
- 15.2. Por desistência do proponente na contratação do seguro por meios remotos no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da data de pagamento do prêmio, sendo que:
- a) O Segurado poderá exercer seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para a contratação, sem prejuízo de outros meios que possam ser disponibilizados pela Seguradora;
  - b) A Seguradora ou seu representante de seguros fornecerá ao Segurado confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento, sendo obstada, a partir desse momento, qualquer possibilidade de cobrança;

## CONDIÇÕES GERAIS

- c) Os valores eventualmente pagos, a qualquer título, durante os até 7 (sete) dias decorridos, serão devolvidos, de imediato, pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do prêmio, sem prejuízo de outros meios ou formas disponibilizadas pela Seguradora, desde que expressamente aceito pelo Segurado.

- 15.3.** A qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, situação na qual a Seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao prazo decorrido em relação ao prazo total de vigência, na base *pro rata* dia, devolvendo a diferença ao Segurado, se houver.

O prazo decorrido será o período entre a data do início de vigência do seguro e a data do pedido de rescisão.

- 15.4.** Em caso de indenização integral do Limite Máximo de Indenização para o Segurado Principal, seus Beneficiários ou Dependente, de qualquer das coberturas contratadas em decorrência de evento coberto, não tendo o Segurado direito a qualquer restituição de prêmio.

- 15.5.** Pelo descumprimento das obrigações previstas nas Condições Contratuais e/ou nos termos da cláusula 14. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO destas Condições Gerais.

## **16. PRESCRIÇÃO**

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

## **17. FORO**

O foro para eventuais demandas judiciais entre o Segurado ou seu beneficiário e a Seguradora, que envolvam questões relacionadas a este microsseguro, serão sempre processadas no foro do domicílio do Segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

## CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE (M)

### 1. RISCOS COBERTOS

Esta cobertura consiste no pagamento do Capital Segurado ao beneficiário indicado no Bilhete, de uma única vez, em caso de falecimento do Segurado por causas naturais ou acidentais, ocorrido durante o período de vigência do microsseguro.

### 2. RISCOS EXCLUÍDOS

**Ratificam-se as exclusões constantes da cláusula 7. EXCLUSÕES GERAIS das Condições Gerais deste seguro.**

### 3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Para determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do falecimento do Segurado.

3.2. As indenizações por morte e pela cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, se contratadas, não se acumulam.

Se, depois de paga indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente, verificar-se a Morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente será deduzida do Capital Segurado por Morte e a Seguradora indenizará a diferença, se houver.

3.3. Tendo sido paga indenização decorrente de morte ou invalidez permanente total por acidente do Segurado Principal ou Dependente, o Bilhete será automaticamente cancelado.

### 4. BENEFICIÁRIOS

4.1. Os beneficiários deste seguro serão designados pelo proponente ou seu representante legal no ato da contratação, com a indicação, no mínimo, do nome e grau de parentesco para identificação dos mesmos.

4.2. Caso o Segurado não preencha o campo relativo ao beneficiário, a indenização será paga aos herdeiros legais na ordem estabelecida pelo Código Civil.

4.3. A qualquer tempo, o Segurado poderá alterar o(s) beneficiário(s) indicado(s), por meio de solicitação formal, datada, assinada e protocolada junto à Seguradora, não se admitindo a utilização de meios remotos neste procedimento.

### 5. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Em complemento ao item 12.1 da cláusula 12. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos:

- a) Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado;
- b) Certidão de Óbito do Segurado;

**CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE (M)**

- c) Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;
- d) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado;
- e) Documento de identificação do(s) beneficiário(s).

**6. RATIFICAÇÃO**

Ratificam-se os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

## **CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)**

### **1. RISCOS COBERTOS**

Esta cobertura consiste no pagamento do Capital Segurado ao beneficiário indicado no Bilhete, de uma única vez, em caso de falecimento do Segurado em decorrência de acidente pessoal coberto, ocorrido durante o período de vigência do microsseguro.

### **2. RISCOS EXCLUÍDOS**

**Além das exclusões constantes da cláusula 7. EXCLUSÕES GERAIS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertas quaisquer despesas ou reclamações decorrentes de, ou de algum modo relacionadas a:**

- a) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;**
- b) Acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;**
- c) Acidentes sofridos antes da contratação do seguro, ainda que suas sequelas tenham se manifestado durante sua vigência; e**
- d) Cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto.**

### **3. CAPITAL SEGURADO**

**3.1.** Para determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente que provocou a morte do Segurado.

**3.2.** As indenizações por morte e pela cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, se contratadas, não se acumulam.

Se, depois de paga indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente será deduzida do Capital Segurado por morte e a Seguradora indenizará a diferença, se houver.

**3.3.** Tendo sido paga indenização decorrente de morte ou invalidez permanente total por acidente do Segurado Principal ou Dependente, o Bilhete será automaticamente cancelado.

### **4. BENEFICIÁRIOS**

**4.1.** Os beneficiários deste seguro serão designados pelo proponente ou seu representante legal no ato da contratação, com a indicação, no mínimo, do nome e grau de parentesco para identificação dos mesmos.

**CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL  
(MA)**

- 4.2.** Caso o Segurado não preencha o campo relativo ao beneficiário, a indenização será paga aos herdeiros legais na ordem estabelecida pelo Código Civil.
- 4.3.** A qualquer tempo, o Segurado poderá alterar o(s) beneficiário(s) indicado(s), por meio de solicitação formal, datada, assinada e protocolada junto à Seguradora, não se admitindo a utilização de meios remotos neste procedimento.

**5. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO**

Em complemento ao item 12.1 da cláusula 12. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos:

- a)** Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado;
- b)** Certidão de Óbito do Segurado;
- c)** Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;
- d)** Carteira Nacional de Habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado;
- e)** Documento de identificação do(s) beneficiário(s).

**6. RATIFICAÇÃO**

Ratificam-se os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.



**CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE REEMBOLSO DE  
DESPESAS COM FUNERAL (RF)**

**1. RISCO COBERTOS**

- 1.1.** Esta cobertura consiste no reembolso das despesas com o funeral do Segurado, limitado ao valor do Capital Segurado, em decorrência de falecimento por causas naturais ou acidentais, ocorrido durante o período de vigência do microsseguro.
- 1.2.** Mediante informação no Bilhete de telefone gratuito de contato da central de atendimento específica para orientação à família do Segurado, esta cobertura de reembolso de despesas com funeral poderá prever a possibilidade de substituição do reembolso pela prestação de serviços, sem prejuízo da livre escolha por parte do responsável pelo funeral do Segurado, garantindo, pelo menos, os seguintes benefícios:
- a)** carro funerário: à disposição da família para o transporte do corpo do Segurado desde o local em que estiver até o local do velório e, depois, se for o caso, ao local do sepultamento, desde que dentro do mesmo município;
  - b)** coroa de flores: à disposição da família, confeccionada com flores da época, incluindo uma faixa de dizeres redigida pela própria família;
  - c)** ornamentação de urna: à disposição da família, flores da época para o interior da urna;
  - d)** paramentos: de responsabilidade do serviço de assistência funeral, os castiçais e velas que acompanham a urna bem como os aparelhos de ozona;
  - e)** registro de óbito: de responsabilidade do serviço de assistência funeral, o registro do óbito em cartório, sendo que, se necessário, será solicitado o acompanhamento de um membro da família;
  - f)** sepultamento: de responsabilidade do serviço de assistência funeral, incluindo o pagamento das respectivas taxas relacionadas ao sepultamento nas modalidades municipal ou particular;
  - g)** caixão: de responsabilidade do serviço de assistência funeral, o pagamento das despesas relacionadas à aquisição da urna funerária popular ou padrão, com ou sem visor;
  - h)** representante da prestadora de serviços: pessoa designada pela prestadora de serviços, responsável por providenciar todos os documentos necessários ao encaminhamento do sepultamento junto à funerária, tomando todas as medidas necessárias à realização do funeral, podendo solicitar o acompanhamento de membro da família, caso necessário.
- 1.3.** Quando a cobertura de reembolso das despesas com funeral for substituída pela prestação de serviços de assistência funeral, os benefícios mínimos previstos nestas Condições Especiais deverão estar à disposição da família do Segurado no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas a partir do horário

**CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE REEMBOLSO DE  
DESPESAS COM FUNERAL (RF)**

de protocolo de comunicação da ocorrência da morte do Segurado à central de atendimento telefônica da Seguradora.

- 1.4. O número do protocolo será fornecido no momento do contato inicial.

**2. RISCOS EXCLUÍDOS**

**Ratificam-se as exclusões constantes da cláusula 7. EXCLUSÕES GERAIS das Condições Gerais deste seguro.**

**3. CAPITAL SEGURADO**

- 3.1. Para determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do falecimento do Segurado.
- 3.2. Tendo sido paga indenização decorrente de morte do Segurado Principal ou Dependente, o Bilhete será automaticamente cancelado.

**4. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO**

Em complemento ao item 12.1 da cláusula 12. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos:

- a) Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado;
- b) Certidão de Óbito do Segurado;
- c) Notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas com o funeral do segurado, exceto quando o beneficiário optar pela prestação de serviços descrita no item 1.1 desta cobertura;
- d) Documento de identificação daquele(s) que realizou/realizaram as despesas ou solicitou a prestação de serviços.

**5. RATIFICAÇÃO**

Ratificam-se os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

**CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)**

**1. RISCOS COBERTOS**

- 1.1.** Esta cobertura consiste no pagamento do Capital Segurado, de uma única vez, em caso da perda total ou impotência funcional definitiva dos membros ou órgãos definidos nestas Condições Especiais, em decorrência de lesão física sofrida pelo Segurado, provocada por acidente pessoal coberto.
- 1.2.** Para efeito de indenização, consideram-se como Invalidez Permanente Total por Acidente os eventos relacionados abaixo, 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:
- a)** Perda total da visão de ambos os olhos;
  - b)** Perda total do uso de ambos os membros superiores;
  - c)** Perda total do uso de ambos os membros inferiores;
  - d)** Perda total do uso de ambas as mãos;
  - e)** Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior;
  - f)** Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
  - g)** Perda total do uso de ambos os pés; e
  - h)** Alienação mental total incurável.
- 1.3.** A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente desta cobertura.

**2. RISCOS EXCLUÍDOS**

**Além das exclusões constantes da cláusula 7. EXCLUSÕES GERAIS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertas quaisquer despesas ou reclamações decorrentes de, ou de algum modo relacionadas a:**

- a)** Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;
- b)** Acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;
- c)** Acidentes sofridos antes da contratação do seguro, ainda que suas sequelas tenham se manifestado durante sua vigência; e
- d)** Cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto.

## **CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)**

### **3. CAPITAL SEGURADO**

- 3.1.** Para determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente que provocou a invalidez permanente coberta.
- 3.2.** 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 pagará a indenização de acordo com os eventos descritos como INVALIDEZ TOTAL no item 1.2 desta cobertura, que determinam indenização de 100% do Capital Segurado.
- 3.3.** Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um dos conjuntos de membros ou órgãos descritos no item 1.2 desta cobertura, a indenização será única, ou seja, equivalente a 100% (cem por cento) do Capital Segurado.
- 3.4.** As indenizações por morte e por esta cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, se contratadas, não se acumulam.
- Se, depois de paga indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente será deduzida do Capital Segurado por morte e a Seguradora indenizará a diferença, se houver.
- 3.5.** Tendo sido paga indenização decorrente de morte ou invalidez permanente total por acidente do Segurado Principal ou Dependente, o Bilhete será automaticamente cancelado.

### **4. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO**

- 4.1.** Em complemento ao item 12.1 da cláusula 12. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:
- a)** Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou seu representante legal;
  - b)** Documento de identificação do Segurado;
  - c)** Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;
  - d)** Carteira Nacional de Habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado;
  - e)** Relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas, diagnósticos necessários e a data da invalidez.
- 4.2.** No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, o mesmo concorda a se submeter a exame físico pericial por médico indicado pela Seguradora, para fins de constatação.

**CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ  
PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)**

**5. BENEFICIÁRIO**

O beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.

Em caso de sinistro que cause alienação mental total incurável do Segurado, a indenização será paga ao responsável legal ou curador judicialmente nomeado, considerando que o Segurado passa a ser incapacitado para os atos da vida civil.

**6. RATIFICAÇÃO**

Ratificam-se os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.



**CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESPESAS  
MÉDICAS, HOSPITALARES E/OU ODONTOLÓGICAS  
DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL (DMHO)**

**1. RISCOS COBERTOS**

- 1.1. Esta cobertura consiste no reembolso, limitado ao Capital Segurado, de despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, realizado sob orientação médica e iniciado nos trinta primeiros dias contados da data de acidente pessoal coberto.
- 1.2. Cabe ao Segurado ou ao seu responsável legal a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, **desde que legalmente habilitados**.
- 1.3. Desde que preservada a livre escolha, a Seguradora pode estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, para facilitar a prestação da assistência ao Segurado.
- 1.4. Eventuais despesas efetuadas no exterior serão ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado e respeitando-se o Capital Segurado.
- 1.5. Pelo mesmo acidente, somente serão pagas despesas médicas, hospitalares e odontológicas, até o limite do capital contratado.

**2. RISCOS EXCLUÍDOS**

**Além das exclusões constantes da cláusula 7. EXCLUSÕES GERAIS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertas quaisquer despesas ou reclamações decorrentes de, ou de algum modo relacionadas a:**

- a) **Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;**
- b) **Acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;**
- c) **Acidentes sofridos antes da contratação do seguro, ainda que suas sequelas tenham se manifestado durante sua vigência;**
- d) **Cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto; e**
- e) **Estados de convalescença, após a alta médica.**

**3. CAPITAL SEGURADO**

- 3.1. Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado, será considerada data do evento a data do acidente que deu origem ao sinistro.
- 3.2. No caso de indenização parcial, o Capital Segurado será reduzido do valor indenizado.



**CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESPESAS  
MÉDICAS, HOSPITALARES E/OU ODONTOLÓGICAS  
DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL (DMHO)**

- 3.3.** No caso de indenização ou soma de indenizações que atinjam o Capital Segurado para o Segurado Principal ou Dependente, o Bilhete será automaticamente cancelado.

**4. CONCORRÊNCIA DE APÓLICES E/OU BILHETES**

- 4.1.** A indenização relativa a qualquer sinistro amparado por esta cobertura não poderá exceder o valor total das despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado em consequência do respectivo evento coberto.
- 4.2.** Na ocorrência de sinistro contemplado por coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos, em apólices ou bilhetes distintos, a distribuição de responsabilidade entre as sociedades seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:
- I.** será calculada a indenização individual de cada cobertura como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do segurado e limite máximo de indenização da cobertura;
  - II.** será definida a soma das indenizações individuais das coberturas concorrentes de diferentes apólices e/ou bilhetes, relativas aos prejuízos comuns, de acordo com o inciso I dessa cláusula;
  - III.** se a quantia a que se refere o inciso II desta cláusula for igual ou inferior ao prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada sociedade seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual, assumindo o segurado a responsabilidade pela diferença, se houver;
  - IV.** se a quantia a que se refere o inciso II for maior que o prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada sociedade seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual e a soma a que se refere aquele inciso.

**5. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO**

Em complemento ao item 12.1 da cláusula 12. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:

- a)** Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b)** Documento de identificação do Segurado;
- c)** Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;



**CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESPESAS  
MÉDICAS, HOSPITALARES E/OU ODONTOLÓGICAS  
DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL (DMHO)**

- d) Notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas pelo Segurado;
- e) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado;
- f) Relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas e diagnósticos necessários.

**6. RATIFICAÇÃO**

Ratificam-se os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.



## CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR (DIH)

### 1. RISCOS COBERTOS

- 1.1. Esta cobertura consiste no pagamento de indenização proporcional ao período de internação hospitalar do Segurado, limitado ao número máximo de diárias estabelecido nestas Condições Especiais, observadas a carência e franquia, sendo vedada a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares incorridas.
- 1.2. **O número de diárias indenizadas não pode superar a 90 (noventa) diárias.**
- 1.3. **Esta cobertura não garante a internação ou vaga em Hospital, que devem ser procuradas pelo Segurado, seu médico ou por quem os represente.**
- 1.4. Caso o Segurado seja submetido a mais de uma internação que tenham por origem ou causa o mesmo acidente ou a mesma doença, tais internações serão consideradas como um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre as internações for superior a 6 (seis) meses.

### 2. RISCOS EXCLUÍDOS

**Ratificam-se as exclusões constantes da cláusula 7. EXCLUSÕES GERAIS das Condições Gerais deste seguro.**

### 3. CARÊNCIA

**A carência desta cobertura será de 15 (quinze) dias, contados a partir da data de início de vigência do Bilhete, não havendo cobertura para internações decorrentes de doenças iniciadas antes ou durante o referido período. Não se aplica a carência para internações decorrente de acidente pessoal coberto.**

### 4. FRANQUIA

**A franquia desta cobertura será de 24 (vinte e quatro) horas, contadas a partir do dia e hora de internação do Segurado, constante do relatório médico, sem prejuízo da carência mencionada na cláusula anterior.**

### 5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O Capital Segurado por diária coberta será definido no Bilhete, respeitado o limite máximo de 90 (noventa) diárias, que representa o Limite Máximo de Indenização deste seguro.
- 5.2. Para determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data da internação hospitalar coberta.
- 5.3. Comprovada a cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado estiver internado



## **CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR (DIH)**

mensalmente, com base em relatório médico atualizado, a contar do primeiro dia após a franquia, até a alta médica ou a utilização do limite de 90 (noventa) diárias, o que ocorrer primeiro. Nos casos em que o período de internação não superar 30 (trinta) dias, a Seguradora providenciará um único pagamento em até 10 (dez) dias corridos, conforme cláusula 12 das Condições Gerais deste seguro.

- 5.4.** No caso de indenização parcial, a cobertura total de 90 (noventa) diárias, para o Segurado Principal ou Dependente, será reduzida das diárias indenizadas, permanecendo a cobertura das diárias remanescentes.
- 5.5.** No caso de sinistro ou da soma de mais de um sinistro coberto que atinja o limite máximo de 90 (noventa) diárias, para o Segurado Principal ou Dependente, o Bilhete será automaticamente cancelado.

### **6. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO**

Em complemento ao item 12.1 da cláusula 12. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:

- a)** Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b)** Documento de identificação do Segurado;
- c)** Relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas e diagnósticos necessários.

### **7. RATIFICAÇÃO**

Ratificam-se os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

**CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR  
INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (DIT)**

**1. RISCOS COBERTOS**

- 1.1. Esta cobertura consiste no pagamento de indenização proporcional ao período em que o Segurado se encontrar sob tratamento médico que o impossibilite, de forma contínua e ininterrupta, a exercer sua profissão ou ocupação, observado o limite contratual máximo por evento estabelecido nestas Condições Especiais, a carência e a franquia.
- 1.2. Poderão contratar esta cobertura os profissionais liberais ou autônomos sujeitos ao afastamento de suas atividades remuneradas por sinistro coberto.
- 1.3. **O número de diárias indenizadas não pode superar a 90 (noventa) diárias.**
- 1.4. Caso o Segurado tenha que retornar à situação de incapacidade temporária em consequência de evento para o qual já havia recebido alta médica, cuja origem ou causa tenha sido o mesmo acidente ou doença coberta, tais períodos de incapacidade serão considerados como um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre os mesmos for superior a 6 (seis) meses.

**2. RISCOS EXCLUÍDOS**

**Ratificam-se as exclusões constantes da cláusula 7. EXCLUSÕES GERAIS das Condições Gerais deste seguro.**

**3. CARÊNCIA**

**A carência desta cobertura será de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de início de vigência do Bilhete, não havendo cobertura para doenças iniciadas antes ou durante o referido período. Não se aplica a carência para incapacidade decorrente de acidente pessoal coberto.**

**4. FRANQUIA**

**A franquia desta cobertura será de 15 (quinze) dias, contados a partir da data do afastamento do Segurado, constante do relatório médico, sem prejuízo da carência mencionada na cláusula anterior.**

**5. CAPITAL SEGURADO**

- 5.1. O Capital Segurado por diária coberta será definido no Bilhete, respeitado o limite máximo de 90 (noventa) diárias, que representa o Limite Máximo de Indenização deste seguro.
- 5.2. Para determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do diagnóstico da incapacidade temporária do Segurado.



## **CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (DIT)**

- 5.3.** Comprovada a cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado estiver incapacitado mensalmente, com base em relatório médico atualizado, a contar do primeiro dia após a franquia, até a alta médica ou a utilização do limite de 90 (noventa) diárias, o que ocorrer primeiro. Nos casos em que o período de incapacidade não superar 30 (trinta) dias, a Seguradora providenciará um único pagamento em até 10 (dez) dias corridos, conforme cláusula 12 das Condições Gerais deste seguro.
- 5.4.** No caso de indenização parcial, a cobertura total de 90 (noventa) diárias, para o Segurado Principal ou Dependente, será reduzida das diárias indenizadas, permanecendo a cobertura das diárias remanescentes.
- 5.5.** No caso de sinistro ou da soma de mais de um sinistro coberto que atinja o limite máximo de 90 (noventa) diárias, para o Segurado Principal ou Dependente, o Bilhete será automaticamente cancelado.

## **6. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO**

Em complemento ao item 12.1 da cláusula 12. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:

- a)** Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b)** Documento de identificação do Segurado;
- c)** Exames realizados que comprovem a incapacidade temporária e atestado médico confirmando o afastamento profissional;
- d)** Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;
- e)** Boletim de ocorrência policial, se for o caso;
- f)** Cópia autenticada do documento que comprove a atividade autônoma, podendo ser: última declaração do Imposto de Renda, ou Recibo de Pagamento de Autônomo, ou Carnê Leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada, ou Comprovante, dos últimos 3 (três) meses anteriores a data da ocorrência do sinistro, do pagamento do INSS, acrescido do documento que comprove a atividade.

## **7. RATIFICAÇÃO**

Ratificam-se os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

## CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESEMPREGO

### 1. RISCOS COBERTOS

- 1.1. Esta cobertura consiste no pagamento de indenização, em forma de renda mensal temporária, em decorrência da privação involuntária do Segurado ao emprego formal remunerado, comprovado por carteira de trabalho, limitada ao prazo máximo estabelecido nestas Condições Especiais e observado o período de carência.
- 1.2. **O número de rendas indenizadas pelo Bilhete contratado não pode superar 6 (seis) mensalidades.**
- 1.3. **Só poderá contratar este seguro o proponente pessoa física que, na data da contratação:**
  - a) **possua vínculo empregatício, com carteira de trabalho assinada em conformidade com a Consolidação das Leis do Trabalho, comprovando um período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais na data do evento e que não seja contrato temporário ou por tempo determinado;**
  - b) **não tenha tido sua demissão anunciada; e**
  - c) **não esteja cumprindo aviso prévio.**
- 1.4. A demissão deve ser involuntária e sem justa causa.

### 2. RISCOS EXCLUÍDOS

**Além das exclusões constantes da cláusula 7. EXCLUSÕES GERAIS das Condições Gerais deste seguro, estão, também, expressamente excluídas desta cobertura demissões por justa causa.**

### 3. CARÊNCIA

**A carência desta cobertura será de 31 (trinta e um) dias, contados a partir da data de início de vigência do Bilhete.**

### 4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O Capital Segurado por mensalidade coberta será definido no Bilhete, respeitado o limite máximo de 6 (seis) mensalidades, que representa o Limite Máximo de Indenização contratado.
- 4.2. Para determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do desligamento do Segurado.
- 4.3. A indenização será paga sob a forma de parcelas mensais, até o número máximo de mensalidades cobertas, e mediante a comprovação de que o Segurado permanece desempregado.
- 4.4. Não há reintegração dos valores indenizados.

## CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESEMPREGO

- 4.5. No caso de sinistro coberto que atinja o limite máximo de 6 (seis) mensalidades ou da soma de mais de um sinistro que atinja o limite máximo de 6 (seis) mensalidades, para o Segurado Principal ou Dependente, o Bilhete será automaticamente cancelado.

### 5. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Em complemento ao item 12.1 da cláusula 12. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:

- a) Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Documento de identificação do Segurado; e
- c) Carteira de Trabalho ou Termo Rescisório Homologado.

### 6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DO SEGURO

**As disposições desta cobertura aplicam-se apenas ao Território Brasileiro.**

### 7. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.



**CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES (DG): AVC, CÂNCER, INFARTO DO MIOCÁRDIO, INSUFICIÊNCIA RENAL TERMINAL E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS (CORAÇÃO, PULMÃO, FÍGADO, PÂNCREAS, RIM OU MEDULA ÓSSEA**

**1. RISCOS COBERTOS**

**1.1.** Esta cobertura consiste no pagamento do Capital Segurado, de uma única vez, em decorrência de diagnóstico de alguma das doenças devidamente especificadas nestas Condições Especiais.

**1.2. Doenças Graves cobertas e definições:**

**a) Acidente Vascular Cerebral (AVC)**

Entupimento (isquemia) ou o rompimento (hemorragia) dos vasos que levam sangue ao cérebro provocando a paralisia da área cerebral que ficou sem circulação sanguínea adequada, causando dano neurológico permanente (perda de movimentos, distúrbio da fala, etc.).

As sequelas neurológicas devem ser consideradas definitivas e passíveis de comprovação por meio de exames especializados para confirmação do diagnóstico.

**Não estão incluídos no conceito de Acidente Vascular Cerebral, para fins desta cobertura:**

**a.1) ataques isquêmicos transitórios;**

**a.2) alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral isquêmico e/ou hemorrágico e lesão cerebral resultante de trauma;**

**a.3) os derrames decorrentes de doenças preexistentes à contratação do seguro, ainda que o derrame ocorra dentro do período de vigência do Bilhete e os derrames anteriores à contratação do seguro.**

**b) Câncer (Neoplasia)**

Crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos, provocando a formação de tumores malignos.

O termo câncer é sinônimo de “neoplasia maligna” e “tumor maligno”. Inclui as leucemias e doenças malignas do sistema linfático como a Enfermidade de Hodgkin.

**Não estão incluídos no conceito de câncer, para fins desta cobertura:**

**b.1) Tumores histologicamente classificados como pré-malignos, não invasivos ou in situ (incluindo carcinoma ductal ou lobular in situ da mama, e neoplasia intraepitelial cervical – NIC-1, NIC-2 e NIC-3);**

**CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES (DG): AVC, CÂNCER, INFARTO DO MIOCÁRDIO, INSUFICIÊNCIA RENAL TERMINAL E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS (CORAÇÃO, PULMÃO, FÍGADO, PÂNCREAS, RIM OU MEDULA ÓSSEA**

- b.2) Câncer de próstata com classificação histológica com escore de Gleason menor do que 7 (sete) ou estadiamento menos avançado que T2, N0, M0;**
- b.3) Leucemia linfocítica (ou linfóide) crônica – LLC no estágio A de Binet;**
- b.4) Carcinoma basocelular e carcinoma de células escamosas da pele, exceto se houver metástase; e melanoma maligno estágio IA (T1 a, N0, M0);**
- b.5) Carcinoma papilífero da tireoide menor que 1cm de diâmetro e histologicamente classificado como T1, N0, M0;**
- b.6) Microcarcinoma papilífero da bexiga histologicamente classificado como Ta;**
- b.7) Policitemia rubra vera e trombocitemia essencial;**
- b.8) Gamopatia monoclonal de significado indeterminado;**
- b.9) Linfoma MALT gástrico responsivo à terapêutica de erradicação do H. pylori;**
- b.10) Tumor estromal gastrointestinal (GIST) estádios I e II, de acordo com o Manual do American Joint Committee on Cancer (AJCC), 7ª edição, 2010;**
- b.11) Linfoma cutâneo, exceto se houve tratamento com quimioterapia ou radioterapia;**
- b.12) Carcinoma microinvasivo da mama (classificado histologicamente como T1mic), exceto se foi realizada mastectomia, quimioterapia e radioterapia;**
- b.13) Carcinoma microinvasivo do colo uterino (classificado histologicamente como estágio IA1), exceto se foi realizada histerectomia, quimioterapia ou radioterapia.**

**c) Infarto Agudo do Miocárdio**

Necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco causada pela insuficiência do fluxo sanguíneo na área comprometida. O diagnóstico deve ser confirmado por cardiologista, por meio de exames complementares que comprovem história de dores torácicas típicas, alterações eletrocardiográficas específicas de isquemia e aumento das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica (incluindo CK-MB).

**Não estão incluídos no conceito de Infarto Agudo do Miocárdio, para fins desta cobertura:**





**CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES (DG): AVC, CÂNCER, INFARTO DO MIOCÁRDIO, INSUFICIÊNCIA RENAL TERMINAL E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS (CORAÇÃO, PULMÃO, FÍGADO, PÂNCREAS, RIM OU MEDULA ÓSSEA**

**c.1) Angina do peito, estável ou instável;**

**c.2) Infarto do miocárdio sem elevação no segmento ST no Eletrocardiograma, bem como os infartos ocorridos dentro da vigência do Bilhete decorrentes de doenças preexistentes à contratação.**

**d) Insuficiência Renal Terminal**

Estágio final da doença renal, caracterizada pela perda do funcionamento de ambos os rins, que necessita de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.

**Estão excluídas a Insuficiência Renal Aguda e/ou Insuficiência Renal Crônica que não necessite de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.**

**e) Transplante de Órgãos**

É a transferência de um dos seguintes órgãos - coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea – de um doador para o Segurado (receptor), em função da perda irreversível da função do órgão do Segurado. A indicação de transplante deve ser feita por médico especialista na doença em questão.

**Não estão incluídos no conceito de Transplantes de Órgãos, para fins desta cobertura, qualquer autotransplante, demais órgãos ou células, exceto os acima citados.**

**2. RISCOS EXCLUÍDOS**

**Além das exclusões específicas citadas nas definições de cada doença desta cobertura, ratificam-se as exclusões constantes da cláusula 7. EXCLUSÕES GERAIS das Condições Gerais deste seguro.**

**3. CARÊNCIA**

**A carência desta cobertura será de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data de início de vigência do Bilhete, não havendo cobertura para doenças iniciadas antes ou durante o referido período.**



**CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES (DG): AVC, CÂNCER, INFARTO DO MIOCÁRDIO, INSUFICIÊNCIA RENAL TERMINAL E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS (CORÇÃO, PULMÃO, FÍGADO, PÂNCREAS, RIM OU MEDULA ÓSSEA**

**4. CAPITAL SEGURADO**

- 4.1.** Para determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do diagnóstico conclusivo da doença grave coberta.
- 4.2.** Tendo sido paga indenização por Doença Grave do Segurado Principal ou Dependente, o Bilhete será automaticamente cancelado.

**5. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO**

Em complemento ao item 12.1 da cláusula 12. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:

- a)** Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b)** Documento de identificação do Segurado;
- c)** Exame laboratorial que diagnosticou a doença e relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas que possibilitem o enquadramento do diagnóstico e estágio da patologia de que o Segurado é portador nos critérios de indenização previstos para a cobertura pleiteada.

**6. RATIFICAÇÃO**

Ratificam-se os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

## CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE E/OU FILHOS

### 1. RISCOS COBERTOS

- 1.1. Esta cláusula consiste na inclusão, na(s) mesma(s) cobertura(s) do Segurado Principal, de seu cônjuge ou companheiro e de seu(s) filho(s) e enteado(s) dependentes.
- 1.2. Será considerada como Cônjuge, para fim de inclusão, a pessoa unida ao Segurado Principal pelo casamento civil, realizado em conformidade com a lei, assim como a(o) companheira(o) que por força de legislação tenha adquirido as prerrogativas de cônjuge.
- 1.3. Consideram-se como filhos para o efeito desta cláusula, os filhos, enteados e menores considerados dependentes do Segurado Principal, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda.
- 1.4. Estarão cobertos os filhos ou enteados do Segurado Principal, nos termos estabelecidos no Bilhete, a partir do início de vigência do mesmo ou a partir do nascimento do filho, quando posterior à contratação do Bilhete.
- 1.5. **O seguro não deverá ser contratado para os cônjuges ou dependentes que estejam aposentados por invalidez ou que estejam afastados ou impossibilitados de exercer atividades laborativas por motivo de doença.**
- 1.6. O Segurado Principal é responsável pelas informações prestadas acerca de si, de seu cônjuge e/ou de seus dependentes.

### 2. RISCOS EXCLUÍDOS

**Ratificam-se as exclusões constantes da cláusula 7. EXCLUSÕES GERAIS das Condições Gerais deste seguro, bem como as exclusões constantes nas coberturas contratadas.**

### 3. CAPITAL SEGURADO

Os capitais segurados das coberturas contratadas para o cônjuge e/ou dependentes serão definidos no Bilhete e não poderão ser superiores a 100% (cem por cento) dos capitais segurados para o Segurado Principal.

### 4. BENEFICIÁRIOS

Salvo estipulação expressa em contrário no Bilhete, a indenização é devida:

- 4.1. No caso de sinistro com o cônjuge ou companheira(o):
  - a) Por morte: ao Segurado Principal.
  - b) Por outras causas e coberturas contratadas para o cônjuge: ao próprio dependente segurado.
- 4.2. No caso de sinistro com filho(s) ou enteado(s), as indenizações decorrentes desta cláusula serão pagas ao Segurado Principal.

**CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE E/OU  
FILHOS**



**5. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO**

Conforme descrito nas Condições Especiais da cobertura que ampara o sinistro reclamado para o cônjuge ou dependente.

**6. RATIFICAÇÃO**

Ratificam-se os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

## CONDIÇÕES ESPECIAIS PRESTAMISTA

### 1. RISCOS COBERTOS

- 1.1. Esta cobertura consiste no pagamento de indenização ao credor em caso de ocorrência de evento coberto, conforme coberturas contratadas no Bilhete, equivalente ao saldo da dívida ou do compromisso assumido pelo Segurado junto ao credor, devendo a diferença entre o Capital Segurado e a indenização efetivamente paga ao credor, quando verificada, ser paga ao segundo beneficiário, indicado pelo Segurado, ao próprio Segurado ou a seus herdeiros legais, conforme o caso.
- 1.2. Para fins destas Condições Especiais, entende-se credor como sendo a pessoa jurídica a quem o segurado paga prestações periódicas em decorrência da dívida contraída ou do compromisso assumido.
- 1.3. O Credor será identificado como Beneficiário no Bilhete contratado.
- 1.4. Poderão ser contratadas nestas Condições Especiais as seguintes coberturas, dentre as descritas no item 6. COBERTURAS das Condições Gerais deste seguro:
  - a) Morte (M);
  - b) Morte Acidental (MA);
  - c) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
  - d) Diárias por Internação Hospitalar (DIH);
  - e) Diárias por Incapacidade Temporária (DIT);
  - f) Desemprego;
  - g) Doenças Graves (DG): AVC, Câncer, Infarto do Miocárdio, Insuficiência Renal Terminal e Transplante de Órgãos (coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea).

### 2. RISCOS EXCLUÍDOS

**Os Riscos Excluídos são os constantes das Condições Gerais e das Condições Especiais das coberturas contratadas no Bilhete.**

### 3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O Capital Segurado para cada uma das coberturas contratadas pelo prestamista segurado será definido no Bilhete.
- 3.2. Os Capitais Segurados se destinarão inicialmente ao pagamento do saldo total ou parcial da dívida contraída pelo Segurado junto ao credor beneficiário, devendo a diferença entre o Capital Segurado e a indenização efetivamente paga ao credor, quando verificada, ser paga ao segundo beneficiário, indicado pelo Segurado, ao próprio Segurado ou a seus herdeiros legais, conforme o caso, não havendo, portanto, recálculo do prêmio pela variação da dívida.



**4. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO**

Além da documentação prevista nas Condições Especiais da cobertura que ampara o sinistro reclamado, deverá ser fornecido o comprovante do saldo da dívida ou do compromisso.

**5. RATIFICAÇÃO**

Ratificam-se os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.