

ÍNDICE

| CONDIÇÕES GERAIS | Página |
|---|---------------|
| 1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES | 3 |
| 2. OBJETIVO DO SEGURO | 3 |
| 3. PÚBLICO-ALVO E CANAIS DE DISTRIBUIÇÃO | 3 |
| 4. DEFINIÇÕES | 4 |
| 5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA DO SEGURO | 7 |
| 6. COBERTURAS | 7 |
| 7. EXCLUSÕES GERAIS | 8 |
| 8. CARÊNCIAS E FRANQUIAS | 8 |
| 9. CONTRATAÇÃO DO SEGURO | 9 |
| 10. VIGÊNCIA | 9 |
| 11. PAGAMENTO DO PRÊMIO | 10 |
| 12. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO | 11 |
| 13. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS | 13 |
| 14. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO E AGRAVAMENTO DO RISCO | 14 |
| 15. CANCELAMENTO DO SEGURO | 16 |
| 16. PRESCRIÇÃO | 17 |
| 17. FORO | 17 |
| CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURAS FACULTATIVAS | Página |
| MORTE (M) | 18 |
| MORTE ACIDENTAL (MA) | 20 |
| REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL (RF) | 22 |
| INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA) | 24 |
| DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E/OU ODONTOLÓGICAS DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL (DMHO) | 27 |
| DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR (DIH) | 30 |
| DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (DIT) | 32 |

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| DESEMPREGO | 34 |
| DOENÇAS GRAVES (DG): AVC, CÂNCER, INFARTO DO MIOCÁRDIO, INSUFICIÊNCIA RENAL TERMINAL E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS (CORAÇÃO, PULMÃO, FÍGADO, PÂNCREAS, RIM OU MEDULA ÓSSEA) | 36 |
| PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (PRIT-AD) | 40 |
| CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE E/OU FILHOS | 44 |

CONDIÇÕES GERAIS

1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

- 1.1. Através da contratação deste seguro, a Seguradora obriga-se, mediante o pagamento do Prêmio equivalente, a garantir interesse legítimo do Segurado ou do Beneficiário contra riscos predeterminados, ocorridos durante a sua Vigência.

A leitura destas Condições Gerais, em especial do item 7. EXCLUSÕES GERAIS, e das Condições Especiais das coberturas efetivamente contratadas é de grande importância para conhecimento dos Riscos Cobertos e dos Riscos Excluídos.

- 1.2. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP (Superintendência de Seguros Privados).
- 1.3. O Segurado poderá consultar a situação cadastral do Corretor de Seguros e da Seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.
- 1.4. O Corretor de Seguros é responsável pela efetiva entrega ao destinatário dos documentos e outros dados que lhe forem confiados, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis, sendo que sempre que houver o risco de perda de direito, a entrega deve ser feita em prazo hábil.
- 1.5. 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.
- 1.6. Para situações não previstas nestas condições serão utilizadas a legislação e a regulamentação específica em vigor no Brasil, aplicáveis aos seguros sobre a vida e a integridade física.
- 1.7. Este plano está estruturado em regime financeiro de repartição simples, não havendo, portanto, devolução ou resgate de prêmios ao Segurado ou ao Beneficiário.

2. OBJETIVO DO SEGURO

- 2.1. 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, limitado ao respectivo Capital Segurado.

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.

CONDIÇÕES GERAIS

- 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

- 4.1.** Para efeito deste seguro, serão adotadas as seguintes definições, destacadas com inicial em letra maiúscula nas Condições Contratuais:

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 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

CONDIÇÕES GERAIS

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.

Beneficiário: pessoa designada para receber a Indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

Bilhete de Seguro: 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.

Capital Segurado: valor máximo de responsabilidade da Seguradora estabelecido no Bilhete para cada Cobertura contratada.

Carência: período contínuo de tempo, contado a partir do início de Vigência do Bilhete de Seguro, ou do aumento do Capital Segurado, na parte a que se refere o aumento, no qual o Segurado não possui direito às Coberturas contratadas.

Cobertura: proteção contra determinado risco, contratada pelo Segurado. As Coberturas e respectivos Capitais Segurados 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 Cobertura do seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.

Condições Gerais: conjunto das cláusulas, comuns a todas as Coberturas deste seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos da Seguradora e do Segurado.

Corretor de Seguros: pessoa física ou jurídica habilitada pela SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) 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

CONDIÇÕES GERAIS

seja suscetível de valor econômico. **O Dano Moral é risco excluído de todas as coberturas deste seguro.**

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, 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 do horário ou 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 Capital Segurado da respectiva Cobertura contratada, vigente na data do Sinistro.

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

Liquidação de Sinistro: etapa final do processo de Sinistro, direcionada para o pagamento da Indenização, com base no relatório de Regulação de Sinistro.

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 a ser pago pelo Segurado à Seguradora, para a garantia dos Riscos Cobertos. É o preço do seguro.

Proponente: pessoa interessada em contratar o seguro.

Regulação de Sinistro: conjunto de procedimentos realizados após a ocorrência de um Sinistro e respectivo aviso para apuração de suas causas e demais circunstâncias envolvidas, com a finalidade de verificar a caracterização de evento e seu enquadramento no seguro.

CONDIÇÕES GERAIS

Reintegração: recomposição do Capital Segurado de uma Cobertura que foi reduzido pelo pagamento de Indenização decorrente de Sinistro parcial.
Este seguro não prevê a reintegração de valores.

Representante de seguros: pessoa jurídica que assume a obrigação de promover, ofertar ou distribuir produtos de seguros, em caráter não eventual e sem vínculos de dependência, à conta e em nome da Seguradora, sem prejuízo de realização de outras atividades.

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 por este seguro.

Segurado: pessoa física sobre a qual se estabelecerá o seguro, sendo o **Segurado Principal** aquele que presta as informações necessárias e decide pela contratação e os **Segurados Dependentes** aqueles incluídos através de Cláusula Suplementar, 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 por este seguro, durante a Vigência do Bilhete de Seguro.

Vigência do Bilhete de Seguro: período contínuo de tempo compreendido entre a data de início e de término, durante o qual o Bilhete de Seguro está em vigor.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA DO SEGURO

- 5.1. 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 Capitais Segurados no Bilhete de Seguro:**

- a) Morte (M);
- b) Morte Acidental (MA);
- c) Reembolso de Despesas com Funeral (RF);
- d) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);

CONDIÇÕES GERAIS

- 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);
 - j) Perda de Renda por Incapacidade física Temporária por Acidente ou Doença (PRIT-AD).
- 6.2.** Este seguro prevê, ainda, a contratação da Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge e/ou Filhos.
- 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.**

7. EXCLUSÕES GERAIS

- 7.1.** 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, de qualquer deles, salvo o dolo do representante do Segurado ou do Beneficiário em prejuízo desses;**
 - b) **Suicídio voluntário ou sequelas decorrentes da sua tentativa, caso ocorram nos dois primeiros anos de vigência da cobertura;**
 - c) **Epidemia ou pandemia declarada por órgão competente;**
 - d) **Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
 - e) **Danos e perdas causados por atos terroristas; e**
 - f) **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.**

CONDIÇÕES GERAIS

- 8.2.** O prazo de Carência será contado a partir do início da Vigência do Bilhete, ou do aumento do Capital Segurado, na parte a que se refere o aumento, ou da recondução, no caso de suspensão, e não poderá exceder metade do prazo de vigência, exceto no caso de suicídio voluntário ou sua tentativa.
- 8.3.** Não haverá Carência para os Sinistros decorrentes de Acidentes Pessoais, exceto no caso de suicídio voluntário 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.

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, desde que realizada de modo inequívoco, seguida da emissão do Bilhete ou do Endosso.
- 9.2.** No caso de contratação por Meio Remoto, o Segurado receberá instruções para acesso seguro ao Bilhete e às Condições Contratuais, preferencialmente pelo mesmo Meio Remoto usado na contratação. A utilização de Meios Remotos na emissão do Bilhete deverá garantir a possibilidade de impressão ou *download* dos documentos pelo Segurado.
- 9.3.** A Seguradora enviará os protocolos obrigatórios e demais informações relativas ao seguro pelo mesmo meio utilizado na contratação ou outro escolhido pelo Segurado. A confirmação de quitação da prestação única ou da primeira parcela enviada pela Seguradora com a utilização de Meios Remotos servirá, também, como prova da efetiva contratação do seguro.
- 9.4.** A utilização de Meios Remotos na contratação de microsseguro 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 da prestação única ou da primeira parcela do Prêmio e terminará às 24 (vinte e quatro) horas do dia de término do período de tempo da vigência.**

CONDIÇÕES GERAIS

- 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 em prestação única, mensalmente ou fracionado em quantidade menor de parcelas mensais, mediante acordo entre as partes e conforme estabelecido no Bilhete de Seguro, até a data de vencimento expressa no(s) documento(s) de cobrança, durante o período de Vigência do Bilhete.
- 11.2.** 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;
 - b)** Através de boletos bancários pagáveis no território nacional;
 - c)** Através de cartão de crédito; ou
 - d)** Através de débito em conta corrente.
- 11.3.** 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.
- 11.4.** **A falta de pagamento da prestação única ou da primeira parcela do Prêmio mensal ou fracionado, na data indicada, implicará o cancelamento automático do Bilhete de Seguro.**
- 11.5.** **No caso de Prêmio mensal ou fracionado, configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o Segurado será notificado pela Seguradora, devendo quitar o Prêmio em atraso no prazo de 15 (quinze) dias do recebimento da notificação, observando-se que:**
- a)** **O Prêmio em atraso estará sujeito à atualização monetária pelo IPCA (IBGE) e à cobrança de juros de mora equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional, calculados com base no período compreendido entre o dia de vencimento e a data do pagamento.**
 - b)** **Caso o Segurado recuse o recebimento da notificação ou, por qualquer razão, não seja encontrado no último endereço informado à Seguradora, o prazo de 15 (quinze) dias terá início na data da frustração da notificação.**

CONDIÇÕES GERAIS

- c) Findo o prazo de 15 (quinze) dias contados do recebimento da notificação, ou até o fim do período de cobertura correspondente à exata proporção dos prêmios já pagos, se posterior aos 15 (quinze) dias, sem que tenha sido pago o Prêmio em atraso, a cobertura do seguro será suspensa e a Seguradora não efetuará pagamento algum relativo a Sinistros ocorridos a partir do fim do período de cobertura correspondente à exata proporção dos prêmios pagos.
 - d) Durante o período de suspensão e antes do cancelamento do Bilhete de Seguro, se pago o Prêmio em atraso, a garantia do seguro será reabilitada a partir do dia seguinte ao da data do pagamento, com aplicação de nova Carência nos termos da Cláusula 8 destas Condições Gerais, sendo vedada a cobrança de Prêmio para o período sem cobertura.
 - e) Decorridos 90 (noventa) dias da suspensão da garantia sem que tenha sido restabelecido o pagamento do Prêmio, o Bilhete de Seguro será cancelado de pleno direito e a Seguradora poderá propor ação de execução para cobrança do Prêmio devido pelo período em que a cobertura esteve vigente.
- 11.6. Em caso de parcelamento do Prêmio, não será permitida a cobrança de nenhum valor adicional a título de custo administrativo de fracionamento. Quando houver fracionamento com juros, o Segurado poderá antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a consequente redução proporcional dos juros pactuados.
- 11.7. Quando o pagamento de Indenização acarretar o cancelamento do Bilhete, as parcelas vincendas do Prêmio serão deduzidas do valor da Indenização, excluídos os juros de fracionamento, se houver.

12. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO

- 12.1. Assim que souber da ocorrência de Sinistro, o Segurado ou seu Beneficiário deverá:
- a) Comunicar o Sinistro à Seguradora ou ao seu Representante, através dos meios de contato oficiais indicados no Bilhete de Seguro, ou através de outro meio idôneo, 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 certidão de casamento ou outros documentos oficiais de identificação que possuam validade no território nacional.

CONDIÇÕES GERAIS

- 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. É vedado ao Segurado e ao Beneficiário destruir ou alterar elementos relacionados ao Sinistro.**
- 12.3.1. O descumprimento culposos do dever previsto no item 12.3 acima implica obrigação de suportar as despesas acrescidas para a Regulação e a Liquidação do Sinistro.**
- 12.3.2. O descumprimento doloso do dever previsto no item 12.3 acima exonera a Seguradora do dever de indenizar.**
- 12.4. A execução dos procedimentos de Regulação e Liquidação de Sinistro não importa em reconhecimento de nenhuma obrigação de pagamento de qualquer Indenização por parte da Seguradora.**
- 12.5. Ficam por conta da Seguradora todas as despesas com a Regulação e a Liquidação do Sinistro, salvo as realizadas para a apresentação dos documentos predeterminados para comunicação da ocorrência e para prova da identificação e legitimidade do Beneficiário, além de outros documentos ordinariamente em poder do interessado.**
- 12.6.** No caso de reembolso de despesas efetuadas no exterior, serão aceitos para regulação de Sinistro os documentos no idioma do país de origem da despesa.
- O reembolso de despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente conforme cláusula 13 destas Condições Gerais.
- 12.7.** A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para realizar a Regulação de Sinistro e manifestar-se sobre a cobertura, contado da data do recebimento da documentação citada no item 12.1 – alínea b) destas Condições Gerais, sob pena de decair do direito de recusá-la.
- 12.7.1.** A Seguradora poderá solicitar documentos complementares, necessários à regulação, de forma justificada, ao interessado, desde que lhe seja possível produzi-los.
- 12.7.2.** Solicitados documentos complementares dentro do prazo estabelecido no item 12.7 acima, o prazo para a manifestação sobre a cobertura suspende-se por no máximo 1 (uma) vez, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for atendida a solicitação.
- 12.8.** Reconhecida a cobertura, a Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para realizar a Liquidação de Sinistro e pagar a Indenização.

CONDIÇÕES GERAIS

- 12.8.1.** Sempre que possível, a Indenização será paga dentro do prazo de Regulação de Sinistro, descrito no item 12.7. Se forem apuradas quantias parciais a pagar, tais quantias deverão ser pagas em até 30 (trinta) dias da data da apuração como adiantamento por conta do pagamento final.
- 12.8.2.** A Seguradora poderá solicitar documentos complementares, necessários à liquidação, de forma justificada, ao interessado, desde que lhe seja possível produzi-los.
- 12.8.3.** Solicitados documentos complementares dentro do prazo estabelecido no item 12.8 acima, o prazo para o pagamento da Indenização suspende-se por no máximo uma vez, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for atendida a solicitação.
- 12.8.4.** O valor devido apurado deve ser apresentado de forma fundamentada ao interessado, não podendo a Seguradora inovar posteriormente, salvo quando vier a tomar conhecimento de fatos que anteriormente desconhecia.
- 12.9.** O atraso da Seguradora no pagamento da Indenização fará incidir multa, correção monetária e juros sobre o montante devido, nos termos da cláusula 13. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS destas Condições Gerais, sem prejuízo da responsabilidade por perdas e danos desde a data em que a Indenização deveria ter sido paga, conforme disposto nos itens 12.7 e 12.8 acima.
- 12.10.** O pagamento da Indenização será realizado sob a forma de parcela única, salvo estipulação em contrário nas Condições Especiais de cada cobertura.
- 12.11.** Caso o processo de regulação de Sinistros conclua que a Indenização não é devida, o Segurado, ou o Beneficiário, será comunicado formalmente, com os documentos que fundamentem o não pagamento e que não sejam considerados confidenciais ou sigilosos por lei, dentro do prazo previstos no item 12.7 acima.

13. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS

- 13.1.** Fica estabelecido para fins de atualização monetária dos valores deste seguro, quando aplicável, o IPCA (IBGE).
- 13.2.** Na hipótese de extinção do IPCA (IBGE), será considerado para efeito desta cláusula o IPC (FGV) - Índice Geral de Preços ao Consumidor (Fundação Getúlio Vargas).
- 13.3.** As contratações com vigência igual ou inferior a um ano não estão sujeitas à atualização monetária de Prêmios e Capitais Segurados.
- 13.4.** As contratações com vigência superior a um ano estão sujeitas à atualização monetária de Prêmios e Capitais Segurados anualmente, na data de aniversário da contratação.

CONDIÇÕES GERAIS

- 13.5.** 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.
- 13.6.** Se o pagamento da Indenização não for efetuado nos termos dos itens 12.7 e 12.8 destas Condições Gerais, o valor da mesma, além da multa de 2% (dois por cento), será atualizado monetariamente, a partir da data da ocorrência do evento, acrescido de juros moratórios.
- 13.7.** Para fins de indenização, 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 ou Beneficiário;
 - b)** Para as demais coberturas, a data da ocorrência do evento.
- 13.8.** A atualização monetária será efetuada com base na variação positiva do IPCA (IBGE) apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.
- 13.9.** Os valores relativos às obrigações pecuniárias da Seguradora e dos Segurados serão acrescidos de juros moratórios quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado para esse fim. Os juros moratórios, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado em contrato, serão equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional.
- 13.10.** 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 E AGRAVAMENTO DO RISCO**
- 14.1.** Nenhuma Indenização será devida se houver, por parte do Segurado, do Beneficiário, ou de seus representantes, inobservância às Condições Contratuais deste seguro e ao que esteja previsto em lei.
- 14.2.** Se o Segurado, por si ou por seu representante, de forma dolosa, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação do seguro ou na fixação da taxa para cálculo do Prêmio, perderá o direito à Indenização, sem prejuízo da dívida de Prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora.

CONDIÇÕES GERAIS

Se a inexatidão ou a omissão nas declarações resultar de descumprimento culposos do Segurado, a garantia será reduzida proporcionalmente à diferença entre o Prêmio pago e o que seria devido caso prestadas as informações posteriormente reveladas.

Se, diante dos fatos não revelados, a garantia for tecnicamente impossível, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja normalmente subscrito pela Seguradora, o Bilhete de Seguro será extinto, sem prejuízo da obrigação do Segurado de ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora.

- 14.3. O Segurado perderá o direito à Indenização se agravar intencionalmente e de forma relevante o risco objeto do seguro contratado.**

14.3.1. Será relevante o agravamento que conduza ao aumento significativo e continuado da probabilidade de realização do risco descrito no Bilhete de Seguro e nas informações prestadas pelo Segurado na contratação, ou da severidade dos efeitos de tal realização.

- 14.3.2. Para evitar a perda da garantia, o Segurado deve comunicar relevante agravamento do risco à Seguradora, tão logo dele tome conhecimento.**

A Seguradora poderá, no prazo de 20 (vinte) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravamento do risco pelo Segurado, por meio de comunicação formal, cobrar a diferença de Prêmio cabível.

Se, em consequência do relevante agravamento do risco, o aumento do Prêmio for superior a 10% (dez por cento) do valor originalmente pactuado, o Segurado poderá recusar a modificação no Bilhete de Seguro, resolvendo-o no prazo de 15 (quinze) dias, contados da ciência da alteração no Prêmio, com eficácia desde o momento em que o estado de risco foi agravado.

- 14.3.3. O Segurado que dolosamente descumprir o dever previsto no item 14.3.2 perde a garantia, sem prejuízo da dívida de Prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela Seguradora.**

- 14.3.4. O Segurado que culposamente descumprir o dever previsto no item 14.3.2 fica obrigado a pagar a diferença de Prêmio apurada.**

- 14.3.5. Sobrevindo o Sinistro, a Seguradora somente poderá recusar-se a indenizar caso prove o nexo causal entre o relevante agravamento do risco e o Sinistro caracterizado.**

- 14.4. O Segurado ou o Beneficiário perderá o direito à Indenização se provocar o Sinistro de forma dolosa, se tiver prévia ciência da prática delituosa e não tentar evitá-la ou se a reclamação for decorrente de ato do Segurado que caracterize ilícito criminal, sem prejuízo da dívida de Prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela Seguradora.**

CONDIÇÕES GERAIS

- 14.5. A fraude cometida por ocasião da reclamação de Sinistro leva à perda pelo infrator do direito à garantia, liberando a Seguradora do dever de prestar a Indenização.**

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 ou junto a Representante de seguros 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;
 - 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 proporcional (*pro rata* dia), devolvendo a diferença ao Segurado, se houver.
- O prazo decorrido será o período entre a data do início de Vigência do Bilhete se Seguro e a data do pedido de rescisão.
- 15.4.** Nas contratações por Meios Remotos, as solicitações e procedimentos de cancelamento do seguro serão efetuadas pelo mesmo meio utilizado na contratação, sem prejuízo da disponibilização de outros meios ao Segurado. Na impossibilidade de uso do mesmo meio utilizado na contratação, seja por sua falta ou descontinuidade, será disponibilizado Meio Remoto equivalente ao da contratação, considerando aspectos de custo, tempo e facilidade para o Segurado.
- 15.5. Em caso de indenização integral do Capital Segurado 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.**

CONDIÇÕES GERAIS

15.6. Pelo descumprimento das obrigações previstas nas Condições Contratuais e/ou nos termos da cláusula 14. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO E AGRAVAMENTO DO RISCO destas Condições Gerais.

16. PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

17. FORO

O foro competente para as ações de seguro é o do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, salvo se eles ajuizarem a ação optando por qualquer domicílio da Seguradora ou de agente dela.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE (M)

1. RISCOS COBERTOS

- 1.1. 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

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

3. CARÊNCIA

- 3.1. **A Carência desta cobertura será de, no máximo, 90 (noventa) dias, contados a partir da data de início de Vigência do Bilhete de Seguro, e constará expressamente no mesmo.**

4. CAPITAL SEGURADO

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

- 4.2. 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.

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

5. BENEFICIÁRIOS

- 5.1. 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.

- 5.2. Caso o Segurado não preencha o campo relativo ao Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a indicação que foi feita, serão Beneficiários aqueles indicados por lei.

- 5.3. 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.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE (M)

6. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 6.1.** 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 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).

7. RATIFICAÇÃO

- 7.1.** 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

- 1.1.** 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

- 2.1.** 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 Pessoal 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.

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

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, ou se por qualquer motivo não prevalecer a indicação que foi feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.
- 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

- 5.1.** 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 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

- 6.1.** 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(s) Segurado(s), limitado ao valor do Capital Segurado.
- 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 de protocolo de comunicação da ocorrência da morte do Segurado à central de atendimento telefônica da Seguradora.

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

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

3. CAPITAL SEGUADO

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. BENEFICIÁRIOS

4.1. O Beneficiário desta cobertura será quem comprovar ter se responsabilizado pelo pagamento das despesas com o funeral do Segurado, caso não tenha sido utilizada a opção de prestação de serviços.

5. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. 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 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.

6. RATIFICAÇÃO

6.1. 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

- 2.1.** 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 SEGUADO

- 3.1.** Para determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do Acidente Pessoal 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.

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

- 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.

5. BENEFICIÁRIO

- 5.1.** O Beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.
- 5.2.** 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

- 6.1.** 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 Segurado contratado.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. 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 Pessoal que deu origem ao Sinistro.

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

- 3.2.** No caso de indenização parcial, o Capital Segurado será reduzido do valor indenizado.
- 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:
- a)** 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;
 - b)** será definida a soma das indenizações individuais das coberturas concorrentes de diferentes apólices e/ou bilhetes, relativas aos prejuízos comuns, de acordo com a alínea a) dessa cláusula;
 - c)** se a quantia a que se refere a alínea b) 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;
 - d)** se a quantia a que se refere a alínea b) 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

- 5.1.** 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;

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

- b)** Documento de identificação do Segurado;
- c)** Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;
- 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

- 6.1.** 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

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

3. CARÊNCIA

- 3.1. **A Carência desta Cobertura será de, no máximo, 30 (trinta) dias, contados a partir da data de início de Vigência do Bilhete de Seguro, e constará expressamente no mesmo, 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

- 4.1. **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 desta Cobertura.

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

- 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 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 30 (trinta) 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

- 6.1.** 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;
 - 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

- 7.1.** 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

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

3. CARÊNCIA

- 3.1. **A Carência desta cobertura será de, no máximo, 30 (trinta) dias, contados a partir da data de início de Vigência do Bilhete de Seguro, e constará expressamente no mesmo, 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

- 4.1. **A Franquia desta cobertura será de, no máximo, 30 (trinta) dias, contados a partir da data do afastamento do Segurado, constante do relatório médico, e constará expressamente no Bilhete de Seguro, 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 desta Cobertura.

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

- 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.
- 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 30 (trinta) 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

- 6.1.** 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;
 - 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

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



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, comprovada por carteira de trabalho, limitada ao número de mensalidades cobertas e observados os períodos de Carência e de Franquia.
- 1.2. **O número de rendas cobertas constará no Bilhete de Seguro, não podendo ser superior a 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

- 2.1. **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

- 3.1. **A Carência desta cobertura será de, no máximo, 31 (trinta e um) dias, contados a partir da data de início de Vigência do Bilhete de Seguro, e constará expressamente no mesmo.**

4. FRANQUIA

- 4.1. **A Franquia desta cobertura será de, no máximo, 30 (trinta) dias, contados a partir da data da rescisão do Segurado, e constará expressamente no Bilhete de Seguro, sem prejuízo da Carência mencionada na cláusula anterior.**



5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O Capital Segurado por mensalidade e a quantidade máxima de mensalidades cobertas será definido no Bilhete, respeitado o limite máximo de 6 (seis) mensalidades.
- 5.2. Para determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do desligamento do Segurado, constante no Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho e na Carteira Profissional.
- 5.3. 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.
- 5.4. **As indenizações previstas por esta cobertura serão suspensas no momento em que o Segurado obtiver novo vínculo empregatício, desqualificando a situação de sinistro coberto.**
- 5.5. Não há reintegração dos valores indenizados.
- 5.6. No caso de Sinistro coberto que atinja a totalidade das mensalidades cobertas ou da soma de mais de um Sinistro que atinja esse total, para o Segurado Principal ou Dependente, o Bilhete será automaticamente cancelado.

6. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 6.1. 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;
 - b) Documento de identificação do Segurado; e
 - c) Carteira de Trabalho ou Termo Rescisório Homologado.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DO SEGURO

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

8. RATIFICAÇÃO

- 8.1. 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 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);**
- 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;**

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

- 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:

- c.1) Angina do peito, estável ou instável;**
- c.2) Infarto do miocárdio sem elevação no segmento ST no Eletrocardiograma.**

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

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

- 2.1. 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

- 3.1. A Carência desta cobertura será de, no máximo, 60 (sessenta) dias, contados a partir da data de início de Vigência do Bilhete de Seguro, e constará expressamente no mesmo, não havendo cobertura para doenças iniciadas antes ou durante o referido período.**

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.**



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

5. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. 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;
- 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

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (PRIT-AD)

1. RISCOS COBERTOS

- 1.1.** Esta cobertura consiste no pagamento de Indenização, em forma de renda mensal temporária, durante o período em que o Segurado se encontrar sob tratamento médico que o impossibilite, de forma contínua e ininterrupta, de exercer sua profissão ou ocupação, em consequência de Acidente Pessoal ou Doença coberta, ocorridos durante a vigência do Bilhete, após o período de Carência, observando-se a Franquia e demais termos das Condições Contratuais deste seguro.
- 1.2.** **Só poderão contratar esta cobertura as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos, sujeitos ao afastamento de suas atividades remuneradas por Acidente Pessoal ou Doença coberta, e que possam comprovar a atividade exercida através dos documentos relacionados no item 6 destas Condições Especiais, desde que se encontrem em plena atividade profissional e em boas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.**
- 1.3.** **A Seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer tempo, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à incapacidade temporária.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1.** **Além das exclusões constantes na cláusula 7. EXCLUSÕES GERAIS das Condições Gerais deste seguro, estão também excluídos da Cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença os eventos consequentes, direta ou indiretamente, de:**
 - a) Doenças, acidentes, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à contratação do seguro, para as quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico ou hospitalar de qualquer natureza, mesmo que a incapacidade seja decorrente de agravamento, sequela, reaparecimento, complicações crônicas ou degenerativas de sintomas anteriores, ou ainda, deles consequentes;**
 - b) Hospitalização para a realização de exames de qualquer natureza, investigação diagnóstica ou para fins de avaliação do estado de saúde (check-ups);**
 - c) Tratamentos e cirurgias para esterilização, fertilização e mudança de sexo;**
 - d) Tratamento para rejuvenescimento ou obesidade nas suas várias modalidades;**

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (PRIT-AD)

- e) **Distúrbios ou doenças psiquiátricas e tratamento e recuperação de viciados em drogas ou álcool;**
- f) **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;**
- g) **Gravidez, parto ou aborto e quaisquer complicações ou consequências decorrentes da gravidez, do parto ou do aborto, exceto se diretamente decorrente de Acidente Pessoal coberto.**

3. CARÊNCIA

- 3.1. **A Carência desta cobertura será de, no máximo, 30 (trinta) dias, contados a partir da data de início de Vigência do Bilhete de Seguro, e constará expressamente no mesmo, 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

- 4.1. **A Franquia desta cobertura será de, no máximo, 30 (trinta) dias, contados a partir da data do afastamento do Segurado, constante do relatório médico, e constará expressamente no Bilhete de Seguro, sem prejuízo da Carência mencionada na cláusula anterior.**

5. CAPITAL SEGUADO E PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 5.1. **O Capital Segurado por mensalidade e a quantidade máxima de mensalidades cobertas por evento, constarão no Bilhete.**
- 5.2. **Para efeito desta cobertura e determinação do Capital Segurado, na liquidação de sinistros, será considerada como data do evento a data do diagnóstico da incapacidade física temporária coberta.**
- 5.3. **Comprovada a cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento mensal da renda contratada, durante o período em que o Segurado estiver incapacitado, com base em relatório médico atualizado, a contar do primeiro dia após a Franquia, até a alta médica ou a utilização do limite de rendas contratado, o que ocorrer primeiro.**

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (PRIT-AD)

A critério da Seguradora, o pagamento da Indenização poderá ser feito integralmente de maneira antecipada, pelo período de incapacidade definido no relatório médico e observados os limites cobertos.

- 5.4.** 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.
- 5.5.** No caso de Indenização parcial, a quantidade de mensalidades contratadas, para o Segurado Principal ou Dependente, será reduzida das mensalidades indenizadas, permanecendo a cobertura das mensalidades remanescentes até o término de vigência do Bilhete.
- 5.6.** **No caso de Sinistro ou da soma de mais de um Sinistro coberto que atinja o total de mensalidades contratadas, para o Segurado Principal ou Dependente, o Bilhete será automaticamente cancelado.**
- 5.7.** Em caso de morte ou invalidez permanente total do Segurado, esta cobertura será imediatamente extinta, não sendo devido qualquer pagamento referente a renda por incapacidade temporária a partir da data do óbito ou da data da invalidez permanente total atestada pelo Médico-Assistente.

6. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 6.1.** 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)** Relatório original do Médico-Assistente que prestou atendimento ao Segurado, detalhando o diagnóstico e o tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade;
 - b)** Resultados de exames e laudos complementares realizados para o diagnóstico, que comprovem a incapacidade física temporária;
 - c)** Relatório do Médico-Assistente e exames atualizados, sempre que necessário, até a alta médica;
 - d)** Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH) do Segurado, somente para os casos onde o mesmo era o condutor de veículo envolvido em acidente coberto;
 - e)** Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, quando houver;
 - f)** Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, quando houver;

**CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE PERDA DE RENDA
POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU
DOENÇA (PRIT-AD)**

- g)** Documento que comprove a atividade e profissional liberal ou autônomo, tais como:
 - g.1)** Declaração anual de ajuste do imposto de renda ano base anterior ao ano do evento coberto;
 - g.2)** Recibo de pagamento autônomo;
 - g.3)** Carnê-leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada;
 - g.4)** Comprovante dos últimos 3 (três) meses anteriores à data do evento, do pagamento de INSS ou inscrição na Prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro.

7. RATIFICAÇÃO

- 7.1.** 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. **Para os menores de 14 (quatorze) anos poderão ser contratadas apenas as coberturas relacionadas ao reembolso de despesas.**
- 1.7. O Segurado Principal é responsável pelas informações prestadas acerca de si, de seu cônjuge e/ou de seus dependentes.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. **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

- 3.1. 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

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

6. RATIFICAÇÃO

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