

CONDIÇÕES GERAIS

**PANPROTEGE
MICROSSEGURO DE PESSOAS**

ÍNDICE

GLOSSÁRIO - Termos utilizados nesta modalidade de seguro	04
1. Objetivo do Seguro	08
2. Público Alvo e Canais de Distribuição	08
3. Condições para Contratação	08
4. Forma de Contratação e Coberturas	08
5. Riscos Excluídos	09
6. Carência	10
7. Franquia	10
8. Capital Segurado	10
9. Vigência e Renovação do Bilhete	11
10. Pagamento de Prêmio	11
11. Atualização do Capital Segurado e Prêmios	12
12. Âmbito Geográfico	12
13. Liquidação de Sinistros	12
14. Perda de Direitos e Cancelamento do Seguro	14
15. Beneficiários	15
16. Prescrição	15
17. Foro	15
18. Disposições Finais	15
Condições Especiais – Cobertura de Morte (M)	16
Condições Especiais – Cobertura de Morte Acidental (MA)	18
Condições Especiais – Cobertura de Reembolso de despesas com Funeral (RF)	20
Condições Especiais – Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)	23
Condições Especiais – Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas Decorrentes de Acidente Pessoal (DMHO)	26
Condições Especiais – Cobertura de Diárias por Internação Hospitalar (DIH)	28
Condições Especiais – Cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária (DIT)	30
Condições Especiais – Cobertura de Desemprego (D)	32
Condições Especiais – Cobertura de Doenças Graves (DG)	34
CLAUSULA SUPLEMENTAR - Inclusão de Cônjuge e Dependentes	42
CLÁUSULA – Cobertura Prestamista	44

GLOSSÁRIO DE TERMOS UTILIZADOS NAS CONDIÇÕES GERAIS

01. Acidente Pessoal:

Evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a) Incluem-se nesse conceito:

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

- **As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam as 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;**
- **As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- **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 suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- **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, conforme definido neste item.**

02. Beneficiário:

Pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro.

03. Bilhete de Microseguro:

Documento que formaliza o contrato de seguro, estabelecendo os direitos e as obrigações da Seguradora e do Segurado e discriminando as coberturas contratadas.

04. Capital Segurado:

Valor máximo para cada cobertura contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro coberto pelo bilhete, vigente na data do evento.

05. Carência:

Período, contado a partir da data de início de vigência do seguro, durante o qual, na ocorrência do

sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

- 06. Cobertura:**
Designação genérica dos riscos assumidos pela Seguradora.
- 07. Condições Contratuais:**
Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes das Condições Gerais, das Condições Especiais e do Bilhete de Microseguro.
- 08. Condições Especiais:**
Conjunto das disposições específicas relativas a cada modalidade e/ou cobertura de um plano de seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.
- 09. Condições Gerais:**
Conjunto das cláusulas, comuns a todas as modalidades e/ou coberturas de um plano de seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes.
- 10. Corretor:**
Pessoa Física ou Jurídica autorizada a angariar e promover contratos de seguros.
- 11. Doença Preexistente:**
Toda doença, inclusive congênita, que o Segurado sabia ser portador ou sofredor à época da emissão do bilhete de microseguro e não declaradas na contratação do mesmo.
- 12. Endosso:**
Documento emitido pela Seguradora que expressa qualquer alteração de dados e condições de um bilhete durante sua vigência, de comum acordo com o segurado.
- 13. Evento Coberto:**
Acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas coberturas contratadas pelo segurado.
- 14. Formulário de Aviso de Sinistro:**
Documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à Seguradora.
- 15. Franquia:**
Período contínuo de tempo, determinado no bilhete, contado a partir da data do sinistro, durante o qual a Seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.
- 16. Indenização:**
Valor que a Seguradora deve pagar ao segurado ou beneficiário em caso de sinistro coberto pelo contrato de seguro.
- 17. Início de Vigência:**
Data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.
- 18. Médico Responsável ou Assistente:**
Profissional legalmente licenciado para a prática da medicina que esteja assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada. **Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, nem pessoa que viva na mesma residência do Segurado mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**
- 19. 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 internet pública ou privada, telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras.

- 20. Período de Cobertura:**
Aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.
- 21. Prêmio:**
Importância paga pelo Segurado ou proponente à Seguradora para que esta assuma o risco a que o Segurado está exposto.
- 22. Proponente:**
É o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas) do seguro.
- 23. Riscos Excluídos:**
São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não estão cobertos pelo plano.
- 24. Segurado:**
Pessoa física que contratou o bilhete de microsseguro, sendo:
- a) **Segurado Principal:** é o próprio contratante.
 - b) **Segurados Dependentes:** o cônjuge, os filhos e/ou outros dependentes do Segurado Principal, assim considerados de acordo com a regulamentação do INSS e do Imposto de Renda, desde que designados no bilhete contratado, mediante contratação de cláusula suplementar específica.
- 25. Seguradora:**
É a **PAN SEGUROS S.A.**, empresa autorizada pela SUSEP a funcionar no Brasil e que, recebendo o prêmio, assume os riscos descritos no contrato de seguro.
- 26. Sinistro:**
Ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.
- 27. Vigência do Seguro:**
Intervalo contínuo de tempo durante o qual o contrato de seguro está em vigor.
-

CONDIÇÕES GERAIS
PANPROTEGE MICROSSEGURO DE PESSOAS

1. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao Segurado ou aos seus beneficiários, na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas coberturas contratadas, **exceto se decorrente de riscos excluídos**, observado o limite do respectivo Capital Segurado e desde que respeitadas as Condições Contratuais.

2. PÚBLICO ALVO E CANAIS DE DISTRIBUIÇÃO

Este plano de microsseguro destina-se, principalmente, às pessoas com renda de até três salários mínimos, com idade de 18 (dezoito) a 65 (sessenta e cinco) anos, que atendam as condições de contratação e poderá ser disponibilizado para comercialização junto a lojas, correspondentes de instituições financeiras e empresas de prestação de serviços em geral que se enquadrem nas disposições legais e que venham a firmar contrato ou convênio de correspondente de microsseguro com a Seguradora.

3. CONDIÇÕES PARA CONTRATAÇÃO

Somente poderão contratar as coberturas oferecidas nos bilhetes deste plano de microsseguro as pessoas com idades mínima e máxima estabelecidas nos mesmos e que se encontrem em perfeitas condições de saúde.

Para os menores de 14 (quatorze) anos é permitida, exclusivamente, a oferta e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas.

A identificação do segurado por ocasião da contratação será feita, preferencialmente, pelo número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) ou, na falta deste, pelo número de registro da cédula de identidade (RG), carteira de trabalho, certidão de nascimento, certidão de casamento ou outros documentos oficiais de identificação que possuam validade no território nacional.

4. FORMA DE CONTRATAÇÃO E COBERTURAS

4.1. A contratação deste plano de microsseguro será feita mediante solicitação verbal do interessado seguida da emissão de bilhete.

Equipara-se à solicitação verbal do interessado, a manifestação do proponente efetuada com a utilização de meios remotos.

4.2. O contrato de microsseguro prova-se com a exibição do bilhete, e, na falta dele, por documento comprobatório do pagamento do respectivo prêmio ou por confirmação de quitação do prêmio de microsseguro enviada pela seguradora ou seu representante com a utilização de meios remotos.

4.3. Para fins deste seguro, consideram-se Riscos Cobertos aqueles expressamente convencionados nas Condições Especiais das coberturas abaixo, que poderão ser oferecidas de forma isolada e que tenham sido efetivamente contratadas pelo Segurado e ratificadas no **Bilhete de Microsseguro** emitido, com a indicação dos respectivos Capitais Segurados:

- 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 (D)
- i) Doenças Graves (DG)

4.4. Desde que ratificadas no bilhete de microsseguro emitido, poderão ser contratadas as seguintes cláusulas, cujas condições estão expressas nos textos das mesmas:

- a) Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge e Dependentes;
- b) Cláusula de Cobertura Prestamista.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos **de todas as coberturas deste seguro** os eventos ocorridos, direta ou indiretamente, em consequência de:

- 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/adesão 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.**

6. CARÊNCIA

- 6.1. A existência de carência será estabelecida nas Condições Especiais das coberturas contratadas e o período de carência, se houver, será estabelecido no Bilhete de Microsseguro.
- 6.2. O período de carência será contado a partir do início de vigência do bilhete.
- 6.3. O prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder à metade do prazo de vigência da cobertura.
- 6.4. Não haverá carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais em quaisquer das coberturas contratadas, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa**, quando o período de carência corresponderá a dois anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência do bilhete.
- 6.5. Quando da contratação sucessiva de cobertura de microsseguro cobrindo o mesmo interesse, só será válido o período de carência estabelecido para a primeira contratação da sequência. Considera-se contratação sucessiva aquela realizada com a mesma seguradora 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.
- 6.6. Em caso de renovação do microsseguro, não será iniciado novo prazo de carência.

7. FRANQUIA

A existência de franquias será estabelecida nas Condições Especiais das coberturas contratadas e o período de franquias, se houver, será estabelecido no Bilhete de Microsseguro.

8. CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado de cada cobertura contratada é valor máximo a ser pago ou reembolsado pela Seguradora para a respectiva cobertura, no caso de ocorrência de sinistro coberto.

9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO BILHETE

- 9.1. O bilhete de microsseguro terá as datas de início e término de vigência expressas no mesmo.
- 9.2. O prazo mínimo de vigência das coberturas oferecidas neste plano será de 1(um) mês.
- 9.3. A vigência das coberturas oferecidas neste plano de microsseguros iniciar-se-á sempre a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de pagamento do prêmio.

- 9.4. A renovação automática do bilhete de microsseguro só poderá ser feita uma única vez, devendo as renovações posteriores serem feitas, obrigatoriamente, de forma expressa.
- 9.5. Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar o bilhete de microsseguro, deverá comunicar ao segurado mediante aviso prévio de, no mínimo, sessenta dias que antecedam o final de vigência do bilhete.
- 9.6. **Este microsseguro é por prazo determinado, tendo a seguradora à faculdade de não renovar o bilhete na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos.**

10. PAGAMENTO DE PRÊMIO

- 10.1. A obrigação do pagamento do prêmio pelo segurado vigorará a partir do dia previsto no bilhete.
- 10.2. O prêmio do microsseguro poderá ser pago sob a forma de prêmio único, em parcelas mensais ou outra periodicidade, conforme estabelecido no bilhete, durante o período de vigência do mesmo.
- 10.3. Na contratação a seguradora estabelecerá os meios a serem utilizados pelo Segurado para pagamento do(s) prêmio(s), dentre as seguintes opções:
- 10.3.1. Através do correspondente de microsseguro, ou seja, da loja, correspondente de instituição financeira ou outra instituição junto à qual o bilhete de microsseguro foi adquirido, por meio de procedimento de cobrança regularmente utilizado pelo correspondente 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.
- 10.3.2. Através de boletos bancários pagáveis no território nacional;
- 10.3.3. Através de cartão de crédito;
- 10.3.4. Através de débito em conta corrente.
- 10.4. Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente nos meios utilizados pelo Segurado, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente em tal meios (correspondentes de microsseguros ou bancos).
- 10.5. Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado, o que deve ser feito até a data limite prevista no respectivo documento de cobrança.
- 10.6. O não pagamento do prêmio da segunda parcela em diante, quando for o caso, em até 30 (trinta) dias após a data de vencimento, acarretará o cancelamento automático do bilhete de microsseguro.
- 10.7. A ocorrência de evento coberto durante o prazo de tolerância citado no subitem 10.6 desta cláusula implicará no pagamento da indenização deduzido o valor da parcela atrasada.

11. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIOS

- 11.1. Os capitais segurados e prêmios serão atualizados anualmente, na data do aniversário do bilhete, pela variação do IPCA-IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Será considerada a variação do índice nos 12 meses que antecedem aos três últimos meses de vigência do bilhete.
- 11.2. Em caso de extinção do IPCA/IBGE, será considerado para efeito desta cláusula o IPC/FGV - Índice Geral de Preços ao Consumidor / Fundação Getúlio Vargas.
- 11.3. Quando houver pagamento de prêmio único, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados até a data de ocorrência do evento coberto.

12. ÂMBITO GEOGRÁFICO

As coberturas previstas nestas Condições Gerais aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, exceto no que se refere à cobertura de desemprego, restrita ao território brasileiro.

13. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 13.1.** Em caso de ocorrência de sinistro, o Segurado ou o beneficiário, conforme o caso, deverá comunicar à Seguradora e enviar os documentos mínimos discriminados nas Condições Especiais de cada cobertura. A seguradora fornecerá ao segurado, seu(s) beneficiário(s) ou seu representante legal, protocolo que ateste o efetivo recebimento da documentação comprobatória do evento coberto, com indicação de data e hora.
O protocolo poderá ser fornecido com a utilização de meios remotos desde que seja possível validar a confirmação do recebimento pelo segurado, seu(s) beneficiário(s) ou seu representante legal.
- 13.2.** 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.
- 13.3.** A solicitação de qualquer documento comprobatório adicional por parte da Seguradora, além daqueles definidos nas Condições Especiais de cada cobertura, deverá estar acompanhada de justificativa fundamentada e ocorrer dentro do prazo máximo para pagamento da indenização.
A solicitação não fundamentada de documentação adicional comprobatória do sinistro, ou fora do prazo máximo previsto no item 13.4 desta cláusula, será ignorada para todos os efeitos na contagem de prazo para pagamento da indenização.
A contagem do prazo para pagamento poderá ser interrompida uma única vez para solicitação de documentação complementar e voltará a correr na data do seu recebimento pela seguradora.
- 13.4.** O prazo máximo para o pagamento da indenização é de 10 (dez) dias corridos contados a partir da data de protocolo de entrega da documentação comprobatória, requerida nos documentos contratuais, junto à Seguradora ou seu representante.
Equipara-se a representante da Seguradora o correspondente de microsseguro autorizado a prover esse tipo de serviço.
- 13.5.** Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 10 (dez) dias corridos, o valor da indenização será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), ou o índice que vier a substituí-lo, 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, acrescido de juros moratórios equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado.
- 13.6.** Todas as despesas efetuadas com a comprovação ou apuração do sinistro e com os documentos de habilitação necessários correrão por conta do segurado ou de seus beneficiários, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.
Eventuais encargos de tradução de documentos necessários à liquidação de sinistro e que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão a cargo da Seguradora.
- 13.7.** As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.
- 13.8.** O pagamento da indenização se dará apenas no território brasileiro e em moeda nacional.

14. PERDA DE DIREITOS E CANCELAMENTO DO SEGURO

- 14.1.** Sem prejuízo do que consta nas demais condições deste seguro e do que em lei esteja previsto:
- 14.1.1.** O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.
- 14.1.2.** Se o segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam ter influído na aceitação do microsseguro ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.
Se a inexactidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a sociedade 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
 - 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 de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:
 - a) Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, 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 de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.
 - III. Na hipótese de ocorrência de 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, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.
- 14.2.** O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba e por escrito, qualquer fato suscetível de agravar os riscos cobertos no bilhete, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.
- 14.2.1.** A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso da 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.
- 14.2.2.** O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída pelo Segurador a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.
- 14.3.** Este seguro, poderá, ainda, ser cancelado nos seguintes casos:
- 14.3.1.** Pelo não cumprimento das obrigações definidas nas Condições Contratuais;
- 14.3.2.** Com a Morte do segurado principal ou com a indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente ou Doenças Graves, pela ocorrência de sinistro com o segurado principal;
- 14.3.3.** A qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes.

15. BENEFICIÁRIOS

Os Beneficiários das coberturas contratadas neste plano serão definidos conforme as Condições Especiais das mesmas.

16. PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais, isto é, os prazos para o segurado, seus beneficiários ou seus representantes reclamarem o valor do seguro são aqueles determinados em lei.

17. FORO

Eventuais questões judiciais entre o Segurado e a Seguradora serão processadas e julgadas no foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

18. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 18.1.** Estabelece-se para fins de atualização monetária de valores deste seguro, quando aplicável, o IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
Em caso de extinção do IPCA/IBGE, será considerado, para os devidos efeitos, o IPC/FGV - Índice Geral de Preços ao Consumidor / Fundação Getúlio Vargas.
- 18.2.** Este plano foi estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, cuja natureza técnica, em vista da ausência de constituição de provisões matemáticas passíveis de serem resgatadas, não possibilita devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou aos Beneficiários.

- 18.3.** A propaganda e a promoção do seguro por parte do correspondente de microsseguro e/ou Corretor somente poderão ser feitas com a autorização expressa e a supervisão da Seguradora, respeitadas as Condições Gerais e demais condições contratuais, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.
- 18.4.** O registro destas Condições Gerais na SUSEP – Superintendência de Seguros Privados não implica, por parte da referida autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização e contratação.
- 18.5.** O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo e CNPJ ou CPF, conforme o caso.

CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA DE MORTE (M)

1. DEFINIÇÃO E 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, durante o período de vigência do microsseguro.
- 1.2. **A cobertura de Morte, nos seguros de menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas havidas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com o funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição, aluguel e manutenção de terrenos, jazigos ou carneiros.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os termos da cláusula 5. RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro.

3. CARÊNCIA

Poderá ser estabelecida a carência máxima de 180 (cento e oitenta) dias para eventos decorrentes de causas naturais ou doença.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no bilhete de microsseguro e vigente na data do evento coberto.
- 4.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data de falecimento do segurado, comprovada mediante Certidão de Óbito.
- 4.3. A indenização por Morte, e, se contratada, pela cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, não se acumulam. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente, ocorrer a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do capital segurado por morte.
- 4.4. Com o pagamento de indenização por sinistro com o segurado principal, o bilhete de seguro será automaticamente cancelado.

5. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 13. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias autenticadas:**

- a) Formulário de Aviso de Sinistro fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo representante legal do Segurado;
- b) Certidão de Óbito do Segurado;
- c) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- d) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado;
- e) Documento de identificação do(s) beneficiário(s).

6. BENEFICIÁRIOS

Salvo se o bilhete for contratado com a Cláusula de Cobertura Prestamista, a qualificação do(s) beneficiário(s) desta cobertura rege-se pelas seguintes condições:

- 6.1. Os beneficiários deste seguro serão designados pelo Segurado no ato da contratação, com a indicação, no mínimo, do nome e grau de parentesco para identificação do(s) mesmo(s).
- 6.2. 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;

- 6.3. Para fins de identificação do(s) beneficiário(s), será sempre considerada a última alteração de beneficiários recebida pela Seguradora, antes da ocorrência do sinistro;
- 6.4. Na falta de indicação de beneficiário, ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que foi feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.
Na falta das pessoas indicadas neste item, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.
- 6.5. É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.
- 6.6. Em sendo os beneficiários menores de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.

7. CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as Condições Gerais deste microsseguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

1. DEFINIÇÃO E 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.
- 1.2. **A cobertura de Morte, nos seguros de menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas havidas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com o funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição, aluguel e manutenção de terrenos, jazigos ou carneiros.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 5. **RISCOS EXCLUÍDOS** das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos os eventos ocorridos em consequência de:

- 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 coberto; e**
- c) **acidentes sofridos antes da contratação do seguro, ainda que suas sequelas tenham se manifestado durante sua vigência.**

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido bilhete de microsseguro e vigente na data do evento coberto.
- 3.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data do acidente que deu origem ao sinistro.
- 3.3. A indenização por Morte, e, se contratada, pela cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, não se acumulam. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente, ocorrer a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do capital segurado por morte.
- 3.4. Com o pagamento de indenização por sinistro com o segurado principal, o bilhete de seguro será automaticamente cancelado.

4. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 13. **LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS** das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias autenticadas**:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo representante legal do Segurado;
- b) Certidão de Óbito do Segurado;
- c) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- d) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado;
- e) Documento de identificação do(s) beneficiário(s).

5. BENEFICIÁRIOS

Salvo se o bilhete for contratado com a Cláusula de Cobertura Prestamista, a qualificação do(s) beneficiário(s) desta cobertura rege-se pelas seguintes condições:

- 5.1. Os beneficiários deste seguro serão designados pelo Segurado no ato da contratação, com a indicação, no mínimo, do nome e grau de parentesco para identificação do(s) mesmo(s).

- 5.2. 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;
- 5.3. Para fins de identificação do(s) beneficiário(s), será sempre considerada a última alteração de beneficiários recebida pela Seguradora, antes da ocorrência do sinistro;
- 5.4. Na falta de indicação de beneficiário, ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que foi feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

Na falta das pessoas indicadas neste item, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

- 5.5. É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.
- 5.6. Em sendo os beneficiários menores de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.

6. CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as Condições Gerais deste microsseguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

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

1. DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

- 1.1. Esta cobertura consiste no reembolso das despesas com o funeral do segurado, limitado ao valor do capital segurado.
- 1.2. Serão reembolsadas as despesas relacionadas diretamente ao sepultamento ou cremação do Segurado, devidamente comprovadas, mediante apresentação de notas fiscais originais contendo a discriminação dos itens ou serviços adquiridos, até o limite do capital segurado contratado, **exceto as despesas relacionadas à aquisição, locação e manutenção de jazigo.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os termos da cláusula 5. RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no bilhete de microsseguro e vigente na data do evento coberto.
- 3.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data de falecimento do segurado, comprovada mediante Certidão de Óbito.
- 3.3. Com o pagamento de indenização por sinistro com o segurado principal, o bilhete de seguro será automaticamente cancelado.

4. PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

- 4.1. **Em substituição ao reembolso das despesas garantidas por esta cobertura e por opção do Beneficiário**, a Seguradora oferecerá, através de empresa terceirizada e especializada, a prestação dos serviços de assistência funeral do Segurado, mediante solicitação à Seguradora ou à empresa prestadora dos serviços por ela indicada.

O número do telefone gratuito de contato da central de atendimento para orientação à família do segurado por meio do qual serão solicitadas as informações iniciais, com o fornecimento de número de protocolo, constará no bilhete de microsseguro.

Quando a cobertura de reembolso das despesas com funeral for substituída pela prestação de serviços de assistência funeral, os benefícios previstos nestas Condições Especiais estarão 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 telefônico da Seguradora.

- 4.2. No caso da opção pela prestação dos serviços, estes estarão disponíveis 24 horas por dia, durante 365 dias do ano, também **limitados ao capital segurado contratado**, oferecendo-se 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 ou cremação: de responsabilidade do serviço de assistência funeral, incluindo o pagamento das respectivas taxas relacionadas ao sepultamento ou cremação nas modalidades municipal ou particular, conforme acordado com membro da família e disponibilidade de capital segurado. Os serviços de sepultamento ou cremação devem ser realizados no Brasil;
 - g) Caixão: de responsabilidade do serviço de assistência funeral, o pagamento das despesas

relacionadas à aquisição da urna funerária, conforme modalidade acordada com membro da família e disponibilidade de capital segurado;

- 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;
- i) Locação de Jazigo (intermediação, contatos e preparativos): nos casos em que a família do falecido não dispuser de local para sepultamento, a Seguradora se encarregará das providências para locação de um jazigo, por um período máximo de 3 (três) anos, a contar da data do falecimento. Esta cobertura está sujeita às condições e disponibilidades locais. **Os custos de aquisição, locação e manutenção do jazigo são de responsabilidade da família do Segurado e/ou procurador do mesmo.**

4.3. A prestação dos serviços não implica, por parte da Seguradora, no reconhecimento de que passam a ser devidas indenizações por outras coberturas indicadas no bilhete de microsseguro.

5. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 13. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias autenticadas**:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo representante legal do Segurado;
- b) Certidão de Óbito do Segurado;
- c) Notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas com o funeral do segurado; e
- d) Documento de identificação daquele(s) que realizar(em) as despesas.

6. BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o responsável pelo pagamento das despesas funerárias cobertas.

7. CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as Condições Gerais deste microsseguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)**1. DEFINIÇÃO E 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 e no bilhete, 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 braços;
 - c) Perda total do uso de ambas as pernas;
 - d) Perda total do uso de ambas as mãos;
 - e) Perda total do uso de um braço e uma perna;
 - f) Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
 - g) Perda total do uso de ambos os pés;
 - h) Alienação mental total incurável; e
 - i) Nefrectomia bilateral por acidente.
- 1.3. **Não ficando abolidas por completo as funções dos membros ou órgãos lesados, a indenização por invalidez permanente total por acidente não será devida pela Seguradora, independente da percentagem de redução das funções.**
- 1.4. Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez pré-existente será percentualmente deduzido para fins de indenização.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 5. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos os danos físicos ocorridos em consequência de:

- 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 coberto; e
- c) Acidentes sofridos antes da contratação do seguro, ainda que suas sequelas tenham se manifestado durante sua vigência.

Esta garantia não cobre situações de invalidez sofridas pelo segurado diferentes das discriminadas no item 1.2 destas Condições Especiais, qualquer que seja o grau e ainda que decorrente de acidente.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido bilhete de microsseguro e vigente na data do evento coberto.
- 3.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data do acidente que deu origem ao sinistro.
- 3.3. A indenização por invalidez permanente total por acidente e, se contratada, pela cobertura de morte, não se acumulam. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente total, ocorrer a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do capital segurado por morte.
- 3.4. Com o pagamento de indenização por sinistro com o segurado principal, o bilhete de seguro será automaticamente cancelado, não havendo reintegração do capital segurado.

4. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 13. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias autenticadas**:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou seu representante legal;
- b) Documento de identificação do Segurado;
- c) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- 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.

A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

5. JUNTA MÉDICA

A Seguradora reserva-se ao direito de submeter o segurado a exames clínicos e laboratoriais para comprovação de lesões e suas extensões, de suas causas ou naturezas, além da avaliação de sua incapacidade, em caso de dúvida fundada e justificável.

Caso haja recusa do Segurado em comparecer a exame clínico ou ambulatorial designado para esclarecer quaisquer situações relacionadas ao seguro, a Seguradora ficará desobrigada do pagamento de qualquer indenização.

Em caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora deverá propor ao mesmo, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, que será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois médicos nomeados.

Cada uma das partes será responsável pelos honorários dos médicos que tiver designado; os do terceiro serão rateados em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

6. 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.

7. CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as Condições Gerais deste microsseguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

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

1. DEFINIÇÃO E 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 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. As 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 descritas na cláusula 5. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertas as despesas decorrentes de:

- 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 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. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no bilhete de microsseguro e vigente na data do evento coberto.
- 3.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data do acidente que deu origem ao sinistro.
- 3.3. A reintegração do capital segurado é automática após cada acidente, até o valor indenizado, não havendo a reintegração para danos causados em virtude do mesmo evento.

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 SINISTROS

Em complemento à cláusula 13. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias autenticadas**:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Documento de identificação do Segurado;
- c) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- d) Notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas pelo Segurado;
- f) 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 e diagnósticos necessários.

6. BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado.

7. CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as Condições Gerais deste microsseguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS
COBERTURA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR (DIH)

1. DEFINIÇÃO E 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 contratadas e observadas a carência e/ou franquia, quando previstas no bilhete de microsseguro.

Internação Hospitalar é a permanência em hospital em regime de internação, indicada por profissional médico habilitado, caracterizada pela utilização de acomodação de que o estabelecimento disponha para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.

1.2. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada, respeitando o limite máximo de 365 diárias por evento.

1.3. A Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado esteve internado, a contar do primeiro dia após o período de franquia contratado, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias estabelecidos no bilhete, o que ocorrer primeiro.

1.4. Esta cobertura está restrita a pessoas com mais de 14 e menos de 65 anos de idade.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os termos da cláusula 5. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro.

3. CARÊNCIA

A carência para Diárias por Internação Hospitalar será estabelecida no bilhete, não podendo ser superior a 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do início de vigência do mesmo.

Não haverá cobertura para internações decorrentes de doenças iniciadas antes ou durante o período de carência. Não se aplica a carência para internações decorrentes de acidente pessoal coberto.

4. FRANQUIA

A franquia será estabelecida no bilhete e terá prazo máximo de 10 (dez) diárias de internação hospitalar por evento, sem prejuízo da carência mencionada na cláusula anterior.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, respeitado o número de diárias contratadas, conforme estabelecido no bilhete e vigente na data do evento coberto.

5.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data da internação que deu origem ao sinistro.

5.3. A indenização corresponderá ao pagamento de um valor diário fixo por dia de hospitalização do Segurado em consequência de acidente pessoal ou doença coberta, após aplicação do período de franquia.

5.4. A reintegração do capital é automática após cada sinistro.

6. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 13. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias autenticadas**:

a) Formulário de Aviso de Sinistro fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;

b) Documento de identificação do Segurado;

c) Relatório ou laudo preenchido e assinado pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas e diagnósticos necessários, comprovando o período de internação;

O segurado deve autorizar seu médico-assistente e o hospital a fornecer as informações clínicas solicitadas pelos peritos médicos da Seguradora, os quais se comprometem a zelar pela confidencialidade das mesmas, bem como autoriza submeter-se à realização de exame físico pericial por médico da seguradora.

7. BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado.

Em sendo o beneficiário menor de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.

8. CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as Condições Gerais deste microsseguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS
COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (DIT)

1. DEFINIÇÃO E 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, de exercer sua profissão ou ocupação, observado o limite contratual máximo por evento e a carência e/ou franquia, quando previstas.
- 1.2. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada, respeitando o limite máximo de 365 diárias por evento.
- 1.3. A Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado esteve em tratamento médico, a contar do primeiro dia após o período de franquia contratado, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias estabelecidos no bilhete, o que ocorrer primeiro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os termos da cláusula 5. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro.

3. CARÊNCIA

A carência para Diárias por Incapacidade Temporária será estabelecida no bilhete, não podendo ser superior a 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do início de vigência do mesmo. Não haverá cobertura para incapacidade decorrente de doenças iniciadas antes ou durante o período de carência. Não se aplica a carência para incapacidade decorrente de acidente pessoal coberto.

4. FRANQUIA

A franquia será estabelecida no bilhete e terá prazo máximo de 15 (quinze) dias por evento, a partir da data da incapacidade atestada pelo médico assistente do Segurado, sem prejuízo da carência mencionada na cláusula anterior.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, respeitado o número de diárias contratadas, conforme estabelecido no bilhete e vigente na data do evento coberto.
- 5.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data do acidente pessoal ou do diagnóstico da doença que provocou a incapacidade física total e temporária do Segurado.
- 5.3. O pagamento da indenização será realizado mensalmente, enquanto permanecer a incapacidade física total e temporária do Segurado, limitado ao número de diárias cobertas.

6. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 13. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias autenticadas**:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico responsável, com a indicação do CRM;
- b) Documento de identificação do Segurado;
- c) Exames realizados que comprovem a incapacidade temporária e atestado médico confirmando o afastamento profissional;
- d) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado ;
- e) Boletim de Ocorrência Policial se houver;
- f) 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. JUNTA MÉDICA

A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exames clínicos e laboratoriais para comprovação de lesões e suas extensões, de suas causas ou naturezas, além da avaliação de sua incapacidade, em caso de dúvida fundada e justificável.

Caso haja recusa do Segurado em comparecer a exame clínico ou ambulatorial designado para esclarecer quaisquer situações relacionadas ao seguro, a Seguradora ficará desobrigada do pagamento de qualquer indenização.

Em caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora deverá propor ao mesmo, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, que será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos nomeados.

Cada uma das partes será responsável pelos honorários dos médicos que tiver designado; os do terceiro serão rateados em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

8. BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.

9. CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as Condições Gerais deste microsseguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DESEMPREGO (D)

1. DEFINIÇÃO E 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, e observado o período de carência, quando previsto.
- 1.2. Para fins desta cobertura, entende-se como desemprego a perda involuntária de emprego decorrente da dispensa sem justa causa do Segurado com vínculo empregatício (carteira de trabalho assinada) conforme as disposições da C.L.T. (Consolidação das Leis do Trabalho), **desde que o mesmo comprove 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 sinistro.**
- 1.3. Pelo mesmo evento, o número de mensalidades indenizadas não pode superar a quantidade contratada, respeitando o limite máximo de 12 mensalidades por evento.
- 1.4. A Seguradora efetuará o pagamento das mensalidades correspondentes ao período em que o Segurado esteve desempregado, desde que o desemprego tenha ocorrido após o período de carência e durante a vigência do bilhete, até o limite de mensalidades estabelecidas no mesmo, o que ocorrer primeiro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 5. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos os eventos decorrentes de:

- a) **Demissão por justa causa do trabalhador Segurado.**

3. CARÊNCIA

A carência para Desemprego será estabelecida no bilhete, não podendo ser superior a 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do início de vigência do mesmo.

Não haverá cobertura para as demissões ocorridas durante o período de carência.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1 O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, respeitado o número de mensalidades contratadas, conforme estabelecido no bilhete e vigente na data do evento coberto.
- 4.2 Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data da dispensa sem justa causa que deu origem ao sinistro.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO

Esta cobertura está restrita a eventos ocorridos no território brasileiro.

6. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 13. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias autenticadas:**

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

7. BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.

8. CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as Condições Gerais deste microsseguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES (DG)**1. DEFINIÇÕES, RISCOS COBERTOS E RISCOS EXCLUÍDOS**

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, observada a carência, quando prevista.

DOENÇAS GRAVES COBERTAS:**1.1. CÂNCER (NEOPLASIA)**

1.1.1. Doença que se manifesta pelo crescimento de tecido diferente dos normais, caracterizada pela multiplicação descontrolada e progressiva de células que têm a propriedade de invasão de tecidos ou órgãos vizinhos, e potencial de disseminação para lugares distantes (formação de metástases). O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado e comprovado por exame histológico conclusivo, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades médicas científicas especializadas.

O termo câncer é sinônimo de “neoplasia maligna” e “tumor maligno”. Inclui as leucemias e doenças malignas do sistema linfático como a Doença de Hodgkin e todos os demais cânceres, conforme definição, com exceção dos abaixo especificados:

- a) **Todos os cânceres não invasivos (in situ), lesões ou tumores pré-malignos, qualquer grau / estágio de neoplasia intraepitelial cervical (NIC: alterações nas células do colo uterino que são precursoras de câncer) – displasia do colo uterino.**
- b) **Qualquer tipo de câncer de pele, tais como o carcinoma basocelular e o carcinoma de células escamosas, que não seja melanoma maligno com grau de invasão igual ou superior a 1,5mm, segundo a classificação de Breslow.**
- c) **Câncer de próstata abaixo do estágio T2 N0 M0 pela classificação TNM.**
- d) **Sarcoma de Kaposi ou qualquer outro tumor maligno diagnosticado em um portador do vírus da imunodeficiência humana (HIV).**

Exame histológico: exame realizado por um médico patologista que, usando o microscópio, analisa uma amostra de tecido de seres vivos, geralmente obtida a partir de biópsia, para estudo das células e pesquisa de características anormais deste tecido que possam corresponder às doenças.

1.1.2. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de câncer e desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência do bilhete, depois de cumprido o prazo de carência da cobertura.

1.2. INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

1.2.1. Necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco como consequência de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado, deve ser aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas e se basear na ocorrência concomitante de: histórico de dores torácicas típicas; alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma (ECG), e elevação das enzimas cardíacas troponinas e de outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica.

Não estão compreendidos por esta cobertura os seguintes eventos:

- a) **Quadro de infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST** (pedaço do traçado obtido no eletrocardiograma (ECG)).
- b) **Quadro de infarto do miocárdio somente com elevação da troponina “I” ou “T”** (proteínas que existem no músculo cardíaco que são usadas como marcadores de lesão celular (infarto)).
- c) **Outras síndromes coronarianas agudas** (conjunto de sinais e sintomas característicos, causados por doença ou distúrbio das artérias coronárias) **como angina** (dor no peito causada por baixo abastecimento de oxigênio para o músculo cardíaco) **estável ou instável.**
- d) **Infarto do miocárdio antigo ou silencioso.**

Infarto antigo: infarto (morte de parte do músculo cardíaco) que ocorreu no passado.

Infarto silencioso: infarto que ocorre sem dor, sem percepção da vítima; geralmente constatado em um achado de exame feito ao acaso.

1.2.2. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de infarto agudo do miocárdio e desde que a doença tenha sido diagnosticada no período de vigência do bilhete, depois de cumprido o prazo de carência da cobertura.

1.3. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

1.3.1. Doença caracterizada por diminuição ou interrupção aguda do fluxo sanguíneo encefálico que resulte em morte do tecido encefálico e consequente seqüela neurológica definitiva. O quadro deve ser causado pela ruptura de um vaso encefálico com extravasamento de sangue (hemorragia) ou pela obstrução de um vaso encefálico. Inclui-se na garantia o AVC provocado por embolização de vaso encefálico originada de fonte extracraniana.

O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado, aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas e respaldado por quadro neurológico típico e exames de imagem como tomografia axial computadorizada, ressonância magnética e estudo de circulação cerebral.

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

Embolização de vaso encefálico: processo em que um êmbolo (coágulo, gordura, etc.) é transportado pela corrente sanguínea e termina por obstruir um vaso do encéfalo de calibre menor.

Encéfalo: conjunto formado pelo cérebro e tronco cerebral (bulbo, ponte e cerebelo).

Não estão compreendidos por esta cobertura os seguintes eventos:

a) AVC isquêmico transitório e síndromes correlatas (p.ex. isquemia cerebral transitória – ICT): situações em que o fluxo sanguíneo cerebral é diminuído, deixando de irrigar temporariamente uma parte do tecido cerebral, mas que são reversíveis; geralmente causadas por espasmos arteriais.

b) Traumatismos crânio encefálicos: danos cerebrais causados por traumas, como asfixia.

c) Infartos cerebrais lacunares sem déficit neurológico: pequenas áreas correspondentes a infartos do tecido cerebral, visíveis nos exames de imagem, porém em territórios que não causam seqüelas neurológicas, ou seja, não têm repercussão clínica.

d) Enxaquecas com sintomas neurológicos.

e) Seqüela neurológica caracterizada exclusivamente por distúrbios cognitivos / psiquiátricos que não configurem incapacidade para vida cível (sem curatela definitiva).

Distúrbios cognitivos: distúrbios relacionados às capacidades de memória, atenção, percepção, raciocínio, juízo, pensamento e linguagem.

1.3.2. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de AVC, com seqüelas neurológicas típicas da doença, desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência do bilhete, depois de cumprido o prazo de carência, se houver.

1.4. INSUFICIÊNCIA RENAL TERMINAL

1.4.1. Insuficiência renal terminal é a etapa final de diversas doenças renais, caracterizada pela perda progressiva e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou de transplante renal. O diagnóstico deve ser feito por médico nefrologista e demonstrado por exames complementares apropriados, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

Não estão compreendidos por esta cobertura os quadros transitórios de insuficiência renal, mesmo que ainda realizado tratamento de diálise.

1.4.2. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que

receberem diagnóstico definitivo de insuficiência renal terminal, desde que a doença causadora do quadro tenha se manifestado no período de vigência do bilhete, depois de cumprido o prazo de carência da cobertura.

1.5. TRANSPLANTE DE ÓRGÃO

1.5.1. Procedimento cirúrgico em que o segurado participa como receptor de algum dos seguintes órgãos: coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico cirurgião habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.

Não estão compreendidos por esta cobertura os seguintes eventos:

- a) Colocação de órgãos artificiais, como coração artificial.**
- b) Transplantes de órgão de animais, não humanos.**
- c) Autotransplante de medula óssea.**
- d) Transplante de células-tronco (células embrionárias).**
- e) Transplante de células beta do pâncreas.**
- f) Transplante de órgãos não mencionados no primeiro parágrafo deste item 1.5.1.**

1.5.2. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados cuja necessidade e realização da cirurgia para transplante de órgão tenha ocorrido no período de vigência do bilhete, depois de cumprido o prazo de carência da cobertura.

1.6. DOENÇA DE ALZHEIMER

1.6.1. Diagnóstico definitivo de Doença de Alzheimer – demência pré-senil – antes dos 65 anos de idade, feito por médico neurologista ou psiquiatra e confirmado por achados típicos nos exames clínicos (testes cognitivos) e de imagem (tomografia computadorizada, ressonância magnética, tomografia por emissão de pósitrons), de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades científicas especializadas.

Para caracterização desta cobertura, o segurado deve apresentar quadro de demência avançada que demande supervisão e cuidados constantes de terceiros e o invalide definitivamente para vida cível.

Outra maneira de caracterização desta cobertura é a Doença de Alzheimer deixar o segurado total e permanentemente incapacitado para realizar, de maneira independente, três ou mais atividades da vida diária, abaixo citadas:

- a) Tomar banho – capacidade de se lavar na banheira ou chuveiro.**
- b) Vestir-se / despir-se – capacidade de colocar e tirar a roupa.**
- c) Higiene pessoal – capacidade de usar o aparelho sanitário e manter um nível razoável de higiene.**
- d) Deambular – capacidade de andar em um ambiente plano.**
- e) Continência urinária e fecal – controle sobre esfíncteres da bexiga e intestino.**
- f) Alimentar-se - capacidade de comer e beber sem auxílio, mas não de preparar a comida.**

O quadro de demência avançada deve ser comprovado com apresentação de termo de curatela definitiva. As incapacidades para as atividades da vida diária devem ser simultâneas e clinicamente documentadas para diagnóstico definitivo da doença.

Não estão compreendidos por esta cobertura os seguintes eventos:

- a) Outros quadros de demência que não sejam considerados como decorrentes da Doença de Alzheimer.**
- b) Diagnóstico isolado de Doença de Alzheimer, que não resulte em quadro de sequelas incapacitantes para a vida cível ou para as atividades da vida diária, conforme definição acima descrita.**

1.6.2. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de Doença de Alzheimer e manifestarem incapacidades para

vida cível ou para atividades da vida diária, conforme definição, desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência do bilhete, depois de cumprido o prazo de carência da cobertura.

1.7. DOENÇA (OU MAL) DE PARKINSON

1.7.1. Diagnóstico definitivo de Doença de Parkinson primária ou idiopática, antes dos 65 anos de idade, feito por médico neurologista e confirmado por achados típicos nos exames clínicos, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades científicas especializadas.

Para caracterização desta cobertura, a Doença de Parkinson deve resultar em sequelas motoras que restrinjam o segurado ao leito – incapacidade de se levantar sem ajuda externa – e que demandem supervisão e cuidados constantes de terceiros.

Outra maneira de caracterização desta garantia é a Doença de Parkinson deixar o segurado total e permanentemente incapacitado para realizar, de maneira independente, três ou mais atividades da vida diária, abaixo citadas:

- a) Tomar banho – capacidade de se lavar na banheira ou chuveiro.
- b) Vestir-se / despir-se – capacidade de colocar e tirar a roupa.
- c) Higiene pessoal – capacidade de usar o aparelho sanitário e manter um nível razoável de higiene.
- d) Deambular – capacidade de andar em um ambiente plano.
- e) Continência urinária e fecal – controle sobre esfíncteres da bexiga e intestino.
- f) Alimentar-se – capacidade de comer e beber sem auxílio, mas não de preparar a comida.

A restrição ao leito e as incapacidades para as atividades da vida diária devem ser clinicamente documentadas para confirmação do diagnóstico.

Doença de Parkinson primária ou idiopática: sem causa conhecida.

Não estão compreendidos por esta cobertura os seguintes eventos:

- a) Todas as outras formas de Parkinsonismo que não a Doença de Parkinson primária ou idiopática, como as decorrentes de uso de medicamentos e de trauma crânio encefálico.
- b) Diagnóstico isolado de Doença de Parkinson primária ou idiopática, que não resulte em quadro de sequelas motoras que restrinjam o segurado ao leito ou o incapacitem para as atividades da vida diária, conforme definição acima descrita.

1.7.2. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de Doença de Parkinson, com restrição ao leito ou incapacidades para atividades da vida diária, conforme definição, desde que a doença tenha se manifestado e sido diagnosticada no período de vigência do bilhete, depois de cumprido o prazo de carência da cobertura.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os termos da cláusula 5. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro.

3. CARÊNCIA

A carência para Doenças Graves será estabelecida no bilhete, não podendo ser superior a 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do início de vigência do mesmo.

Não haverá cobertura para doenças de conhecimento do Segurado antes ou durante o período de carência. Não se aplica a carência para eventos decorrentes de acidente pessoal coberto.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no bilhete e vigente na data do evento coberto.

4.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data do diagnóstico positivo da doença grave coberta.

- 4.3. Com o pagamento de indenização por sinistro com o segurado principal, o bilhete de seguro será automaticamente cancelado, não havendo reintegração do capital segurado.
- 4.4. A indenização por Doenças Graves e Morte, se contratada, não se acumulam. Se, depois de paga indenização por doença grave coberta, ocorrer a morte do Segurado em consequência da mesma doença, a importância já paga será deduzida do capital segurado por morte.

5. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

5.1. Em complemento à cláusula 13. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias autenticadas**:

a) Formulário de Aviso de Sinistro fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico responsável, com a indicação do CRM;

Não serão aceitos como Médico Responsável ou Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, nem pessoa que viva na mesma residência do Segurado, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

b) Documento de identificação do Segurado; e

5.2. Além dos documentos acima:

a) Em caso de Câncer:

a.1) Laudo, com as especificações técnicas, preenchido, assinado e carimbado pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, informando o histórico clínico e atestando o diagnóstico.

a.2) Exames que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem a doença, incluindo, necessariamente o laudo do exame anátomo-patológico.

b) Em caso de Infarto Agudo do Miocárdio:

b.1) Laudo, com as especificações técnicas, preenchido, assinado e carimbado pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, informando o histórico clínico e atestando o diagnóstico.

b.2) Exames que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem a doença, incluindo, necessariamente os exames marcadores de necrose miocárdica (troponina, CK-MB, etc.) e ECG, os laudos de cintilografia do miocárdio, ecocardiografia, cateterismo cardíaco e demais exames pertinentes que tiverem sido realizados.

c) Em caso de Acidente Vascular Cerebral (AVC):

c.1) Laudo, com as especificações técnicas, preenchido, assinado e carimbado pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, informando o histórico clínico, atestando o diagnóstico e descrevendo as sequelas neurológicas definitivas.

c.2) Exames que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem a doença e as sequelas neurológicas, tais como tomografia axial computadorizada, ressonância magnética e estudos de circulação cerebral.

d) Em caso de Insuficiência Renal Terminal:

d.1) Laudo, com as especificações técnicas, preenchido, assinado e carimbado pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, informando o histórico clínico e atestando o diagnóstico de base e o quadro de insuficiência renal terminal.

d.2) Exames que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e o comprometimento da função renal, como tomografia computadorizada, ultrassonografia, análises de urina, dosagens de creatinina e uréia, etc., bem como o histórico dos tratamentos dialíticos.

e) Em caso de Transplante de Órgão:

e.1) Laudo, com as especificações técnicas, preenchido, assinado e carimbado pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, informando o histórico clínico, atestando o diagnóstico de base e o procedimento cirúrgico realizado.

e.2) Exames que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e justifiquem a indicação da

cirurgia.

e.3) Prontuário médico hospitalar contendo relatório de operação.

f) Em caso de Doença de Alzheimer:

f.1) Laudo, com as especificações técnicas, preenchido, assinado e carimbado pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, informando o histórico clínico, atestando o diagnóstico e descrevendo as restrições cognitivas e incapacidades definitivas para as atividades da vida diária.

f.2) Exames que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem a doença e as limitações neurológicas, tais como tomografia computadorizada, ressonância magnética, tomografia por emissão de pósitrons e testes cognitivos.

f.3) Termo de curatela definitiva quando houver invalidez para vida cível decorrente do quadro de Alzheimer.

g) Em caso de Doença de Parkinson:

g.1) Laudo, com as especificações técnicas, preenchido, assinado e carimbado pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, informando o histórico clínico, atestando o diagnóstico e descrevendo as restrições motoras e incapacidades definitivas para as atividades da vida diária.

g.2) Exames que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem a doença e as limitações neurológicas.

6. BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado.

7. CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as Condições Gerais deste microsseguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE E DEPENDENTES

1. DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

- 1.1. Esta cláusula consiste na inclusão na(s) mesma(s) cobertura(s) do segurado principal, de seu cônjuge ou companheiro, seu(s) filho(s), enteado(s), pai, mãe e/ou outros 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.
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.
No caso de filhos menores de 14 (quatorze) anos, para o risco de morte, nos termos da legislação específica, o capital segurado destina-se exclusivamente ao reembolso das despesas havidas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios. Incluem-se entre as despesas havidas com o funeral as havidas com o traslado e não estão cobertas as despesas com a aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.
A cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas decorrentes de acidente pessoal (DMHO) também poderá ser contratada para os menores de 14 (quatorze) anos.
- 1.4. Não estarão cobertos pelo seguro os cônjuges ou dependentes que estejam aposentados por invalidez ou que estejam afastados ou impossibilitados de exercer atividades laborativas por motivo de doença.
- 1.5. O Segurado Principal é responsável pelas informações prestadas acerca de si, de seu cônjuge e/ou de seus dependentes.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

São os previstos para cada cobertura contratada.

3. CAPITAL SEGURADO

Os capitais segurados das coberturas contratadas para o cônjuge e/ou dependentes serão definidos no bilhete de microsseguro 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, companheira(o) ou outro dependente adulto segurado:
- Por morte: ao segurado principal.
 - 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), a indenizações decorrentes desta cláusula serão pagas ao segurado principal.

5. CESSAÇÃO DA COBERTURA DO CÔNJUGE E/OU DO(S) DEPENDENTE(S)

Esta cobertura será obrigatoriamente cancelada se:

- O bilhete de microsseguro for cancelado.
- Ocorrer a morte do Segurado principal.

A cobertura individual de cada segurado dependente será automaticamente cancelada se:

- Ocorrer a morte do Segurado dependente.
- Houver indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) ou Doenças Graves (DG) em decorrência de sinistro com o Segurado dependente.
- Houver separação judicial ou de fato, no que se refere ao cônjuge dependente, nos termos da legislação civil vigente.

- 5.6. Cessar a condição de dependente prevista no Regulamento do Imposto de Renda, no que se refere aos demais dependentes.
6. **DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO**
A lista de documentos seguirá à necessária para as coberturas do segurado principal.
7. **CONDIÇÕES GERAIS**
Ratificam-se as Condições Gerais deste microsseguro que não tenham sido alteradas expressamente por esta Cláusula Suplementar.

CLÁUSULA DE COBERTURA PRESTAMISTA

1. DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

- 1.1. Esta cobertura consiste no pagamento de indenização à empresa (pessoa jurídica) indicada como beneficiária pelo segurado em caso de ocorrência de evento coberto, equivalente ao saldo da dívida ou do compromisso assumido pelo segurado junto à empresa beneficiária, devendo a diferença entre o capital segurado e a indenização efetivamente paga à mesma, quando verificada, ser paga ao segundo beneficiário, indicado pelo segurado, ao próprio segurado ou aos seus herdeiros legais.
- 1.2. Prestamista é o Segurado que convencionou pagar prestações à pessoa jurídica indicada como beneficiária, com o objetivo de amortizar dívida contraída ou atender compromisso assumido junto à mesma.
- 1.3. Estarão cobertos os riscos descritos nas coberturas contratadas, respeitando-se todos os termos das Condições Especiais das mesmas que não tenham sido alterados por esta Cláusula de Cobertura Prestamista. Esta cláusula destina-se apenas à definição do beneficiário do segurado prestamista, não gerando prêmio adicional na contratação do bilhete de microsseguro.
- 1.4. As coberturas contratadas no bilhete emitido terão como primeiro beneficiário a empresa indicada pelo Segurado, com exceção de Reembolso de Despesas com Funeral (RF) e Despesas Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas decorrentes de acidente pessoal (DMHO), por tratarem-se de coberturas de reembolso de despesas.

2. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 13. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, além dos documentos previstos nas Condições Especiais das coberturas contratadas, será necessária a apresentação do comprovante do saldo da dívida ou do compromisso.

3. CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as Condições Gerais deste microsseguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas cláusulas.