

Microseguros de Pessoas

Processo SUSEP nº: 15414.900539/2016-41



Versão Fevereiro/2025

CONDIÇÕES GERAIS DO BILHETE DE MICROSSEGURO DE PESSOAS

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS DO BILHETE DE MICROSSEGURO DE PESSOAS	2
1. INFORMAÇÕES PRÉVIAS	5
2. OBJETIVO	5
3. PÚBLICO ALVO	5
4. DEFINIÇÕES	5
5. COBERTURAS	9
6. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO MICROSSEGURO	9
7. CONTRATAÇÃO	10
8. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS	10
9. CANCELAMENTO	11
10. CAPITAL SEGURADO	12
11. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO MICROSSEGURO	12
12. BENEFICIÁRIO	12
13. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	13
14. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	13
15. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	15
16. ALTERAÇÃO DO MICROSSEGURO	16
17. CANAL DE DISTRIBUIÇÃO	16
18. COMUNICAÇÕES	16
19. PRESCRIÇÃO	16
20. FORO	16
21. DISPOSIÇÕES FINAIS	16
22. LGPD – LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS	17
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE (M)	18
1. OBJETIVO	18
2. DEFINIÇÃO	18
3. RISCOS EXCLUÍDOS	18
4. CAPITAL SEGURADO	18
5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	18
6. CARÊNCIA E FRANQUIA	19
7. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	19
8. DISPOSIÇÕES GERAIS	19
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)	20
1. OBJETIVO	20
2. DEFINIÇÃO	20
3. RISCOS EXCLUÍDOS	20
4. CAPITAL SEGURADO	21
5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	21
6. CARÊNCIA E FRANQUIA	21
7. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	21
8. DISPOSIÇÕES GERAIS	21
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL (RF)	22
1. OBJETIVO	22
2. DEFINIÇÃO	23
3. RISCOS EXCLUÍDOS	23
4. CAPITAL SEGURADO	23
5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	23
6. CARÊNCIA E FRANQUIA	23
7. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	24
8. DISPOSIÇÕES GERAIS	24
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)	25
1. OBJETIVO	25
2. DEFINIÇÕES	25

3.	RISCOS EXCLUÍDOS	25
4.	CAPITAL SEGURADO	26
5.	ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES	26
6.	TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE	27
7.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	27
8.	CARÊNCIA E FRANQUIA	27
9.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	27
10.	DISPOSIÇÕES GERAIS	28
	CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E/OU ODONTOLÓGICAS	
	DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL (DMHO)	29
1.	OBJETIVO	29
2.	DEFINIÇÃO	29
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	29
4.	CAPITAL SEGURADO	30
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	30
6.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	30
7.	CARÊNCIA E FRANQUIA	30
8.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	30
9.	DISPOSIÇÕES GERAIS	31
	CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA EDUCACIONAL (E)	32
1.	OBJETIVO	32
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	32
3.	DEFINIÇÃO	32
4.	CAPITAL SEGURADO	32
5.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	33
6.	CARÊNCIA E FRANQUIA	33
7.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	33
8.	DISPOSIÇÕES GERAIS	33
	CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (DIT)	34
1.	OBJETIVO	34
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	34
3.	CAPITAL SEGURADO	34
4.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	35
5.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	35
6.	CARÊNCIA	35
7.	FRANQUIA	35
8.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	35
9.	DISPOSIÇÕES GERAIS	36
	CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR (DIH)	37
1.	OBJETIVO	37
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	37
3.	CAPITAL SEGURADO	37
4.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	38
5.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	38
6.	CARÊNCIA	38
7.	FRANQUIA	38
8.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	38
9.	DISPOSIÇÕES GERAIS	39
	CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESEMPREGO (D)	40
1.	OBJETIVO	40
2.	CONDIÇÕES DE COBERTURA	40
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	40
4.	CAPITAL SEGURADO	40
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	40
6.	CARÊNCIA	41
7.	FRANQUIA	41
8.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	41
9.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	41
10.	DISPOSIÇÕES GERAIS	41
	CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES (DG)	42

1.	OBJETIVO	42
2.	DOENÇAS GRAVES	42
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	48
4.	CAPITAL SEGURADO	50
5.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	50
6.	CARÊNCIA	50
7.	FRANQUIA	50
8.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	50
9.	DISPOSIÇÕES GERAIS	54
	CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE E/OU DEPENDENTES	55
1.	OBJETIVO	55
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	55
3.	EXCLUSÃO DE COBERTURA DE SEGURADOS DEPENDENTES	56
4.	CANCELAMENTO DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR	56
	COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL POR ACIDENTE (AUXFA)	57
1.	OBJETIVO	57
2.	DEFINIÇÃO	57
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	57
4.	CAPITAL SEGURADO	58
5.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	58
6.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	58
7.	PRÊMIO.....	59
8.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	59
9.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	59
10.	DISPOSIÇÕES GERAIS	59

1. INFORMAÇÕES PRÉVIAS

- 1.1 A Zurich Minas Brasil Seguros S.A., doravante denominada Seguradora, garante o microsseguro, contratado na forma de bilhete, conforme descrito nestas Condições Gerais e Condições Especiais.
- 1.2 O Segurado poderá desistir do microsseguro contratado no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da emissão do Bilhete de Microsseguro, ou do efetivo pagamento da primeira parcela de pagamento do prêmio, o que ocorrer por último, e poderá exercer seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízo de outros meios disponibilizados pela Zurich Minas Brasil S.A. A Seguradora, ou seu Representante de Seguros, fornecerão ao Segurado a confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento, sendo obstada, a partir desse momento, qualquer possibilidade de cobrança.
- 1.3 Caso o Segurado exerça o direito de arrependimento no prazo de 7 (sete) dias, os valores eventualmente pagos serão devolvidos, de imediato, pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do prêmio, ou de outras formas disponibilizados pela Seguradora, desde que expressamente aceito pelo Segurado.

2. OBJETIVO

- 2.1 O presente microsseguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ou reembolso ao próprio Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), na ocorrência de Eventos Cobertos pela(s) Cobertura(s) contratada(s), exceto se decorrente de Riscos Excluídos e desde que respeitadas as demais Disposições Contratuais.
- 2.2 Para os menores de 14 (catorze) anos é permitida, exclusivamente, a oferta e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas.

3. PÚBLICO ALVO

- 3.1 Poderão contratar este plano de microsseguro as pessoas que, preferencialmente, atenderem as condições abaixo:
 - a) o Segurado principal deverá ter no mínimo 18 anos e no máximo 70 anos;
 - b) ter classificação de renda correspondente às classes E, D ou C; e
 - c) ser residente no Brasil.

4. DEFINIÇÕES

- 4.1 Acidente Pessoal: o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se, que o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal, observando-se que:

4.1.1 Incluem-se ainda no conceito de Acidente Pessoal:

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

4.1.2 Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal:

- a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no subitem 3.1.

- 4.2 Aviso Prévio: para fins deste microsseguro, é a comunicação da data de rescisão do contrato de trabalho feita pelo empregador ao Segurado.
- 4.3 Beneficiário(s): pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro
- 4.4 Bilhete de Microsseguro: é o documento emitido pela sociedade Seguradora que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo Segurado, substitui a apólice e dispensa o preenchimento de proposta, nos termos da legislação específica
- 4.5 Capital Segurado: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.
- 4.6 Carregamento: importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.
- 4.7 Cobertura de risco: coberturas de seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada.

- 4.8 Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais.
- 4.9 Condições Especiais: conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de microsseguro;
- 4.10 Condições Gerais: é o documento que disciplina os direitos e obrigações das partes contratantes, bem como define as características gerais do microsseguro.
- 4.11 Disposições Contratuais: é o conjunto de condições que regem a contratação, inclui as Condições Gerais, as Condições Gerais e o Bilhete de Microsseguro.
- 4.12 Evento Coberto: é o acontecimento futuro e incerto, previsto e não excluído na(s) Cobertura(s) contratadas, ocorrido durante sua vigência, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Beneficiário.
- 4.13 Doença: Distúrbio das funções de um órgão ou do organismo como um todo, que está associado a sinais ou sintomas específicos que impeçam o Segurado de realizar a sua ocupação profissional e para o qual o Segurado esteja recebendo tratamento médico.
- 4.14 Doença Crônica: Doença caracterizada pela sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo de forma satisfatória aos procedimentos terapêuticos;
- 4.15 Dolo: é um ato consciente através do qual alguém induz outro a erro, agindo de má fé, por meio fraudulento, visando um prejuízo pré-concebido, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.
- 4.16 Franquia: é o período de tempo em cada Evento Coberto, contado da data de ocorrência do Sinistro, durante o qual não há cobertura pelo microsseguro, suportando o Segurado as suas consequências.
- 4.17 Hospital: é o estabelecimento hospitalar legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes.
- 4.17.1 Não se entende como estabelecimento hospitalar: clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescência para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool, exceto casos previamente reconhecidos pela Seguradora.
- 4.18 Incapacidade total e temporária: é incapacidade caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta de o Segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.
- 4.19 Indenização: é o valor devido pela Seguradora ao Beneficiário quando da ocorrência de um Evento Coberto. A Indenização está limitada ao Capital Segurado contratado para cada uma das Coberturas.
- 4.20 Início de Vigência: é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.
- 4.21 Internação hospitalar: para fins deste microsseguro, é a internação em hospital por período superior a 12 (doze) horas, desde que comprovada a cobrança de pelo menos 1 (uma) diária por meio de notas fiscais, pedido médico de internação acompanhado de relatório médico, declaração do hospital onde ocorreu a internação ou qualquer

instrumento legal de cobrança.

- 4.22 Internação hospitalar emergencial ou não eletiva: para fins deste microsseguro, é a internação hospitalar que decorre de ocorrências que exijam o atendimento médico imediato, clínico ou cirúrgico, sob pena de colocar em risco a sobrevivência do indivíduo ou de gerar incapacidade permanente. As demais internações hospitalares são consideradas não emergenciais ou eletivas.
- 4.23 Médico: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do Segurado. O médico assistente, para efeito de comprovação da cobertura do sinistro não poderá ser o próprio Segurado, cônjuge, parente em linha reta ou colateral, ou alguém que residir com o Segurado;
- 4.24 Nota técnica atuarial: documento elaborado por atuário, que contem a estruturação técnica do plano de seguro, mantendo estreita relação com as condições contratuais.
- 4.25 Perda Involuntária de Emprego: é a rescisão do contrato de trabalho do Segurado regido pela CLT – Consolidação das Leis do Trabalho, de forma unilateral pelo empregador, que não tenha sido motivada pelo Segurado, que não decorra de justa causa e que tenha por consequência a cessação do pagamento do seu salário pelo seu empregador ou por qualquer outro motivo que não os mencionados nos Riscos Excluídos do microsseguro.
- 4.26 Prazo de carência: período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.
- 4.27 Prêmio: valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.
- 4.28 Profissionais Autônomos e liberais NÃO regulamentados: é todo aquele que exerce sua atividade profissional remunerada sem vínculo empregatício, por conta própria e com assunção de seus próprios riscos, e que não tenham como comprovar vínculo através de contrato ou documento contábil comprobatório da atividade.
- 4.29 Profissionais Autônomos e liberais regulamentados: é todo aquele que exerce sua atividade profissional sem vínculo empregatício, por conta própria e com assunção de seus próprios riscos, que mantenham vínculo através de contrato ou documento contábil comprobatório da atividade, e que sejam contribuintes regulares à previdência social. A prestação de serviços é de forma eventual e não habitual.
- 4.30 Representante de Seguros: considera-se representante de seguros, a pessoa jurídica que assumir a obrigação de promover, em caráter não eventual e sem vínculos de dependência, a realização de contratos de seguro ou microsseguro à conta e em nome da sociedade Seguradora. O Representante de Seguros não é um Corretor de Seguros.
- 4.31 Riscos Excluídos: são aqueles riscos previstos nas Condições Gerais e Cobertura(s) contratada(s), que não estão cobertos pelo presente microsseguro.
- 4.32 Segurado: pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 4.33 Segurado Dependente: é o cônjuge ou companheiro, seu(s) filho(s), enteado(s), pai, mãe e/ou outros dependentes.

- 4.34 Seguradora: é a Zurich Minas Brasil Seguros S.A., sociedade Seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros, que assume os riscos inerentes à(s) Cobertura(s) contratada(s), nos termos da legislação vigente e do estabelecido nas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais.
- 4.35 Sinistro: a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.
- 4.36 Vínculo Empregatício em Tempo Integral: Para fins deste microsseguro, é o contrato de trabalho regido pela CLT – Consolidação das Leis do Trabalho – que tenha jornada mínima semanal de 30 horas.

5. COBERTURAS

- 5.1 As coberturas deste microsseguro são as abaixo mencionadas e estão descritas nas respectivas Condições Especiais:
- Morte (M)
 - Morte Acidental (MA)
 - Reembolso de Despesas com Funeral (RF)
 - Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)
 - Despesas Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas decorrentes de Acidente Pessoal (DMHO)
 - Educacional (E)
 - Diárias por Incapacidade Temporária (DIT)
 - Diárias por Internação Hospitalar (DIH)
 - Desemprego (D)
 - Doenças Graves (DG)
- 5.2 Cláusula Suplementar:
- Inclusão de Cônjuge e/ou Dependentes
- 5.3 As coberturas contratadas estarão expressas no Bilhete de Microsseguro.
- 5.4 As coberturas, exceto a cobertura Educacional (E) e a cláusula suplementar, poderão ser contratadas isoladamente, respeitando-se as conjugações de planos disponibilizados pela Seguradora.
- 5.5 A cobertura Educacional (E) só poderá ser contratada em conjunto com pelo menos uma das seguintes coberturas: Morte (M), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Desemprego (D) e/ou Diárias por Incapacidade Temporária (DIT).

6. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO MICROSSEGURO

- 6.1 O prazo de vigência é estipulado no Bilhete de Microsseguro, com início a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de pagamento do prêmio e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas do dia designado.
- 6.2 O prazo mínimo de vigência do microsseguro é de 1 (um) mês.
- 6.3 Não haverá renovação do microsseguro. Caso haja interesse do Segurado na continuidade da cobertura, deverá ser feita uma nova contratação e emissão de um novo Bilhete de Microsseguro.
- 6.4 No final do prazo de vigência do microsseguro, a cobertura do risco cessará

automaticamente, respeitando o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que o cancelamento do microsseguro por término de vigência ocorrerá automaticamente, sem restituição de prêmios pagos.

7. CONTRATAÇÃO

- 7.1 A contratação deste microsseguro se dá por meio da emissão do Bilhete de Microsseguro.
- 7.2 O pagamento do prêmio do microsseguro caracteriza a ciência, aceitação e concordância, pelo Segurado, das condições deste microsseguro.
- 7.3 Para a validade deste contrato, o Segurado deverá estar em plena atividade de suas funções, estar perfeitas condições de saúde e ter mais de 18 anos de idade na data da contratação do microsseguro.

8. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

- 8.1 O Segurado deverá efetuar o pagamento do prêmio do microsseguro até a data de vencimento prevista no documento de cobrança, sob pena de prejudicar o seu direito à cobertura.
- 8.2 O prêmio do microsseguro poderá ser pago em parcela única (à vista), mensal ou anualmente durante o período de vigência do microsseguro, sendo o meio de pagamento e a periodicidade de cobrança estabelecidos no Bilhete de Microsseguro no ato da contratação.
- 8.3 Caso a data estabelecida para pagamento da parcela do prêmio corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o Segurado poderá efetuar o pagamento de tal parcela do prêmio no 1º (primeiro) dia útil após tal data em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas coberturas.
- 8.4 Se um eventual sinistro ocorrer dentro do prazo para pagamento do prêmio de qualquer uma de suas parcelas, exceto a parcela única e a primeira parcela, sem que o pagamento tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.
- 8.5 O não pagamento da parcela única ou da primeira parcela do prêmio na data de vencimento prevista no documento de cobrança implicará o cancelamento automático do microsseguro independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.
- 8.6 No caso das demais parcelas, decorrido o prazo de pagamento da parcela sem que tenha sido quitado o respectivo débito ou documento de cobrança, a cobertura do microsseguro será automaticamente suspensa pelo período de atraso, até um período máximo de 60 (sessenta) dias, sendo cancelado o prêmio correspondente ao período da suspensão. Se ocorrer um sinistro, o Segurado e/ou Beneficiários ficarão sem direito a receber indenização por quaisquer das coberturas contratadas.
 - 8.6.1 Findo o prazo de suspensão sem que seja retomado o pagamento do prêmio, operará de pleno direito o cancelamento do microsseguro.
 - 8.6.2 A reabilitação do microsseguro se dará a partir das 24h00 (vinte e quatro horas) da data em que o Segurado retomar o pagamento do prêmio, respondendo a Seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então.

- 8.6.3 Em casos de cessação de cobertura, em que já tenha havido pagamento do prêmio, os valores pagos serão devolvidos, atualizados segundo a regulamentação em vigor, da data do pagamento do prêmio até a data efetiva da restituição pela Seguradora, descontando o período, “pro-rata-temporis”, em que vigorou a cobertura.
- 8.7 No caso de recebimento indevido de prêmio, os valores pagos serão devolvidos e ficam sujeitos às atualizações monetárias a partir da data de recebimento, até a data da devolução, a atualização monetária e a taxa de juros aplicáveis serão aquelas determinadas em Lei.
- 8.7.1 A atualização monetária e a taxa de juros aplicáveis serão aquelas determinadas em Lei..
- 8.8 De acordo com as características do microsseguro não está prevista a devolução ou resgate de prêmio ao Segurado, exceto para suicídio ou tentativa de suicídio, nos primeiros 24 meses de vigência inicial do microsseguro, quando será devolvido o prêmio puro pago referente ao prazo de risco a decorrer, a contar da data de ocorrência do suicídio.
- 8.9 A ausência do repasse à Seguradora dos prêmios recolhidos pelo Representante de Seguros não causará qualquer prejuízo aos Segurados ou Beneficiários no que se refere às coberturas e demais direitos contemplados pelo plano.
- 8.10 Fica vedado o cancelamento do microsseguro cujo prêmio tenha sido pago à vista, mediante financiamento obtido junto a instituições financeiras, nos casos em que o Segurado deixar de pagar o financiamento.
- 8.11 Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio de microsseguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar, não podendo haver estipulação expressa.

9. CANCELAMENTO

- 9.1 O Microsseguro será cancelado automaticamente e sem restituição dos prêmios pagos, exceto o previsto no item “e” a seguir, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade:
- a) no final do prazo de sua vigência;
 - b) na hipótese do Segurado, seus prepostos ou seus Beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do microsseguro, durante toda sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização.
 - c) com o cancelamento do microsseguro por quaisquer das situações previstas no item 8;
 - d) com o falecimento do Segurado;
 - e) Com a indenização da cobertura de Desemprego, caso esta seja contratada.
 - f) com o pagamento da Indenização por invalidez permanente por acidente ou por doença grave, e a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica;
 - g) imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item “Perda do Direito a Indenização” destas Condições Gerais.
- 9.2 No caso de resilição total ou parcial do microsseguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

- 9.3 O Bilhete de Microsseguro não poderá ser cancelado durante a vigência pela sociedade Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

10. CAPITAL SEGURADO

- 10.1 O capital segurado vigente na data do evento corresponde ao valor máximo a ser pago pela Seguradora, na ocorrência de evento coberto, e será expresso em moeda corrente nacional.
- 10.2 O capital segurado contratado constará no Bilhete de Microsseguro, conforme especificado nas respectivas Condições Especiais.
- 10.3 Os valores de capital segurado e de Limite Máximo de Garantia deverão obedecer aos limites máximos individuais vigentes nas normas que regulamentam o microsseguro (circular SUSEP nº 440, de 27 de junho de 2012, e alterações).

11. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO MICROSSEGURO

- 11.1. Os valores dos capitais segurados e prêmios correspondentes às coberturas contratadas serão atualizados anualmente com base na variação anual do índice IPCA/IBGE ocorrida até dois meses antes do mês do reajuste.
- 11.1.1. Adicionalmente, quando a periodicidade de pagamento do prêmio for parcela única ou anual, os capitais segurados serão atualizados pelo IPCA/IBGE, desde a data da última atualização do prêmio até a data de ocorrência do respectivo evento gerador.
- 11.1.2. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) ou, caso não seja possível, qualquer outro índice que venha a ser determinado pela autoridade competente.
- 11.2. Os microsseguros com vigência igual ou inferior a um ano não terão atualização de valores.

12. BENEFICIÁRIO

- 12.1 Para as coberturas de Morte (M), Morte Acidental (MA) e Educacional (E), a indicação de Beneficiários é de livre escolha do Segurado, que deverá informar no ato da contratação, o nome e o grau de parentesco. 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.
- 12.1.1 O Beneficiário para a cobertura Educacional (E) será sempre o educando, ainda que representado ou assistido, e poderá ser diferente dos indicados para as demais coberturas contratadas.
- 12.1.2 Se a Seguradora não for comunicada oportunamente da substituição, a indenização será paga ao antigo Beneficiário indicado.

- 12.1.3 Quando for designado mais de um Beneficiário, o Segurado deverá fazer a indicação do percentual da indenização destinado a cada um.
- 12.1.4 Quando não houver a informação do percentual de indenização, o valor a ser indenizado será dividido em partes iguais.
- 12.1.5 Caso o Segurado não preencha o campo relativo ao Beneficiário ou educando, ou se por qualquer motivo não prevalecer a indicação que for 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.
- 12.1.6 Na falta das pessoas indicadas no item 12.1.5, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.
- 12.2 O Beneficiário da cobertura de Reembolso de Despesas com Funeral (RF), até o valor do Capital Segurado, é o responsável pelo pagamento das despesas com o funeral do Segurado.
- 12.3 No caso das coberturas de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Despesas Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas decorrentes de Acidente Pessoal (DMHO), Diárias por Incapacidade Temporária (DIT), Diárias por Internação Hospitalar (DIH), Desemprego (D) e Doenças Graves (DG), o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.
 - 12.3.1 Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, 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.
 - 12.3.2 Na falta das pessoas indicadas no item 12.4.1, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

13. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

- 13.1 Ocorrido o Sinistro, deverá ser ele comunicado à Seguradora, pelo Segurado, seu Representante ou pelo(s) Beneficiário(s), logo que o saiba(m).
- 13.2 O Segurado, por ocasião do Sinistro, deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

14. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 14.1 Para o recebimento da Indenização, o Segurado ou Beneficiário deverá apresentar os documentos solicitados pela Seguradora para a regulação do sinistro, facultada à Seguradora a adoção de quaisquer medidas tendentes à elucidação dos fatos.
- 14.2 As despesas efetuadas com a comprovação do evento e, quando for o caso, os documentos de habilitação do(s) Beneficiário(s) correrão por conta dos interessados,

salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

- 14.3 O pagamento de qualquer Indenização decorrente do presente microsseguro será efetuado em até 10 (dez) dias, contados da data de entrega de todos os documentos básicos, relacionados nas respectivas Coberturas, observados os itens 14.7 e 14.7.1 destas Condições Gerais:
- 14.3.1 A relação de documentos necessários para a regulação de Sinistro, está prevista em cada uma das respectivas Coberturas contratadas. O não fornecimento da documentação solicitada acarreta a suspensão do prazo para pagamento da Indenização.
- 14.4 O pagamento das indenizações será realizado sob a forma de parcela única, exceto o no caso de sinistro da cobertura Educacional (E), cuja indenização será paga na forma de renda certa mensal.
- 14.5 Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.
- 14.6 Independentemente dos documentos listados nas Coberturas contratadas, a Seguradora poderá consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação, para apurar comprovação ou não do evento.
- 14.7 A documentação listada nas respectivas Coberturas não é restritiva. A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos que se façam necessários durante o processo de análise do Sinistro, para sua completa elucidação.
- 14.7.1 Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, o prazo de 10 (dez) dias previsto no item 14.3 acima será suspenso uma única vez, voltando a contar a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.
- 14.8 Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a importância devida pela Seguradora, relativa ao Evento Coberto, será atualizada com base na atualização monetária e a taxa de juros determinadas em Lei, , apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, acrescida de juros moratórios contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo para o pagamento da indenização, equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional. O pagamento dos 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.
- 14.8.1 Os encargos decorrentes de eventual tradução para a língua portuguesa dos documentos necessários ao recebimento da Indenização serão de responsabilidade total da Seguradora. O ressarcimento das 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 nos termos da legislação específica.
- 14.9 Se depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada a cobertura de Morte (M) ou Morte Acidental (MA).

- 14.10 A solicitação de documentos e as demais providências ou atos que a Seguradora venha a praticar após o Sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer Indenização.

15. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

- 15.1 A Seguradora não pagará qualquer Indenização com base no presente seguro se o Estipulante, Segurado por si ou por, seu representante legal, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do Prêmio, perderá o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.
- 15.2 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:
- 15.2.1 Na hipótese de não ocorrência do Sinistro:
- a) cancelar o microsseguro, retendo, do Prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
 - b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do microsseguro, cobrando a diferença de Prêmio cabível ou restringindo a Cobertura contratada.
- 15.2.2 Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento parcial da Indenização:
- a) cancelar o microsseguro, 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 microsseguro, cobrando a diferença de Prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s) ou restringindo a Cobertura contratada para riscos futuros.
- 15.2.3 Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento integral da Indenização, cancelar o microsseguro, após o pagamento da Indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de Prêmio cabível.
- 15.3 O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à(s) Cobertura(s) contratada(s), se ficar comprovado que ele silenciou de má-fé.
- 15.3.1 A Seguradora poderá, no prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso de agravamento do risco, dar ciência ao Segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o microsseguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura ou cobrar a diferença de prêmio cabível.
- 15.3.2 O cancelamento do microsseguro somente será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de Prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer. Tratando-se de microsseguro de pagamento mensal, não haverá qualquer restituição de Prêmio.
- 15.4 O Segurado perderá o direito à Indenização para qualquer das Coberturas contratadas, ainda, pelas seguintes razões:
- a) inobservância das obrigações convencionadas neste microsseguro;
 - b) dolo, fraude ou sua tentativa, simulação ou culpa grave, para obter ou majorar a Indenização, ou ainda se o Segurado ou o(s) Beneficiário(s) tentar(em) obter vantagem indevida com o Sinistro.

- 15.4.1 Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de Prêmio, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades.

16. ALTERAÇÃO DO MICROSSEGURO

- 16.1. Qualquer alteração no microsseguro só será válida se for feita por escrito, mediante concordância das partes contratantes.
- 16.2. Não é válida a presunção de que a Seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem dos documentos citados nestas condições gerais, e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas condições.

17. CANAL DE DISTRIBUIÇÃO

- 17.1. O microsseguro será comercializado por Representantes de Seguros ou Corretores.

18. COMUNICAÇÕES

- 18.1. As comunicações do Segurado deverão ser feitas por escrito e devidamente protocoladas em qualquer filial da Seguradora ou via Central de Atendimento. As comunicações da Seguradora se consideram válidas quando dirigidas ao endereço de correspondência constante do Bilhete de Microsseguro.
- 18.2. As comunicações feitas à Seguradora por um corretor de seguros, em nome do Segurado, surtirão os mesmos efeitos que se realizadas por este, exceto expressa indicação em contrário da parte do Segurado.

19. PRESCRIÇÃO

- 19.1. Qualquer direito do Segurado ou do Beneficiário, com fundamento no presente microsseguro, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

20. FORO

- 20.1. Fica eleito o foro do domicílio do Segurado para dirimir quaisquer dúvidas relacionadas ao presente microsseguro.

21. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 21.1. A aceitação da proposta está sujeita à análise do risco.
- 21.2. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.

- 21.3. O Segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da Sociedade Seguradora, no sítio eletrônico www.susep.gov.br.
- 21.4. Este microsseguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto, não haverá devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou ao Beneficiário.
- 21.5. Este microsseguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a microsseguro na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos das Disposições Contratuais.

22. LGPD – LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS

- 22.1. O CLIENTE reconhece que os dados pessoais e/ou de saúde do CLIENTE foram usados e analisados pela SEGURADORA para aceitação ou não do risco, conforme autorização dada pelo CLIENTE na proposta de contratação, e esses dados (anonimizados ou não) poderão ser usados em modelos preditivos e/ou mercadológicos das empresas do nosso Grupo econômico, bem como para o fim único da execução do contrato de seguro, ditas informações poderão ser compartilhadas com empresas que nos ajude no cumprimento do contrato de seguro (por ex. assistência, resseguradora, regulação de sinistro, serviços de telemedicina, call center, corretora, estipulante, etc). Os dados do CLIENTE serão guardados com todo zelo e cuidado, e mantidos pelo prazo previsto pelo Regulador de Seguros
- 22.2. O CLIENTE, na condição de titular dos dados pessoais, tem direito a obter, em relação aos seus dados tratados pela SEGURADORA, a qualquer momento e mediante pedido expresso, pedidos como: (i) a confirmação da existência de tratamento; (ii) o acesso aos dados; (iii) a correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados, etc.
- 22.3. O CLIENTE está ciente de que, para realizar qualquer uma dessas solicitações ou tirar qualquer dúvida sobre os seus dados pessoais, deverá entrar em contato com a SEGURADORA, por meio do e-mail: protecaodedados@br.zurich.com".
- 22.4. A SEGURADORA garante e assume o compromisso de jamais vender e nem ceder os dados do CLIENTE além da finalidade mencionada, e cumpre integralmente a Lei Geral de Proteção de Dados do Brasil. Para conhecer na integralidade a política de proteção de dados da SEGURADORA, por favor acesse <https://www.zurich.com.br>O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE (M)

1. OBJETIVO

- 1.1 A cobertura de Morte (M) consiste no pagamento do capital segurado ao(s) Beneficiário(s) indicado(s) no bilhete, de uma única vez, em caso de falecimento do Segurado, por causas naturais ou acidentais, durante o período de vigência do microsseguro.

2. DEFINIÇÃO

- 2.1 Acidente Pessoal: para fins desta Cobertura, prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste microsseguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta, de e/ou relacionados a:
 - a) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado principal ou dependente, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de qualquer deles;
 - b) suicídio 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.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1 O Capital Segurado desta Cobertura será o valor contratado constante do Bilhete de Microsseguro.
- 4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

- 5.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

6. CARÊNCIA E FRANQUIA

- 6.1 Não há prazos de carência ou de franquia para esta cobertura.

7. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 7.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 14., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:
- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário;
 - Certidão de Óbito do Segurado;
 - Boletim de ocorrência policial, se for o caso;
 - Carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese de o sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado;
 - Documento de identificação do Beneficiário.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 8.1 Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Microseguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Morte Acidental (MA) consiste no pagamento do capital segurado ao(s) Beneficiário(s) indicado(s) 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. DEFINIÇÃO

- 2.1. Acidente Pessoal: para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste microsseguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado principal ou dependente, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de qualquer deles;
 - b) suicídio 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;
 - 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;
 - g) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;
 - h) acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
 - i) acidentes sofridos antes da contratação do microsseguro, ainda que suas sequelas tenham se manifestado durante sua vigência; e
 - j) cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O Capital Segurado desta Cobertura será o valor contratado constante do Bilhete de Microseguro.
- 4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

- 5.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

6. CARÊNCIA E FRANQUIA

- 6.1. Não há prazos de carência ou de franquia para esta cobertura.

7. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 7.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 14., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos:
 - Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário;
 - Certidão de Óbito do Segurado;
 - Boletim de ocorrência policial, se for o caso;
 - Carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese de o sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado;
 - Documento de identificação do Beneficiário.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 8.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Microseguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

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

1. OBJETIVO

- 1.1 A cobertura de Reembolso de Despesas com Funeral (RF) consiste no reembolso das despesas com o funeral do(s) Segurado(s), limitado ao valor do capital segurado.
- 1.1.1 As despesas com funeral serão reembolsadas ao responsável pelo pagamento mediante entrega dos comprovantes originais das despesas.
- 1.1.2 Na hipótese de haver mais de 1 (um) responsável pelo custeio do funeral, a indenização será feita para cada um dos responsáveis na proporção dos gastos devidamente comprovados e limitado ao valor da indenização desta cobertura.
- 1.1.3 O responsável pelo funeral poderá requerer livremente a substituição do reembolso pela prestação de serviços de assistência.
- 1.1.4 Não haverá qualquer reembolso de despesas quando feita a opção pelos serviços de assistência.
- 1.1.5 Os serviços de assistência funeral compreendem:
 - I. 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;
 - II. coroa de flores: à disposição da família, confeccionada com flores da época, incluindo uma faixa de dizeres redigida pela própria família;
 - III. ornamentação de urna: à disposição da família, flores da época para o interior da urna;
 - IV. paramentos: castiçais e velas que acompanham a urna bem como os aparelhos de ozona;
 - V. registro de óbito: registro do óbito em cartório, sendo que, se necessário, será solicitado o acompanhamento de um membro da família;
 - VI. sepultamento: de responsabilidade do serviço de assistência funeral, incluindo o pagamento das respectivas taxas relacionadas ao sepultamento nas modalidades municipal ou particular.
 - VII. caixão: pagamento das despesas relacionadas à aquisição de urna funerária padrão standard.
 - VIII. representante da prestadora de serviços: pessoa designada pela prestadora de serviço, 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.

2. DEFINIÇÃO

- 2.1 Acidente Pessoal: para fins desta Cobertura, prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste microsseguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta, de e/ou relacionados a:
- a)** atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado principal ou dependente, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de qualquer deles;
 - b)** suicídio 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.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1 O Capital Segurado desta Cobertura será o valor contratado constante do Bilhete de Microsseguro.
- 4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

- 5.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

6. CARÊNCIA E FRANQUIA

- 6.1 Não há prazos de carência ou de franquia para esta cobertura.

7. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 7.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 14., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:
- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário;
 - Certidão de Óbito do Segurado;
 - Notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas com o funeral do Segurado;
 - Documento de identificação daquele(s) que realizar(em) as despesas.
- 7.2 Quando a cobertura de reembolso das despesas com funeral for substituída pela prestação de serviços de assistência funeral, os benefícios mínimos previstos no item 1.1.5 estarão à disposição da família do Segurado no prazo máximo de 24 (vinte e quatro horas) horas a partir do horário de protocolo de comunicação da ocorrência da morte do Segurado à central de atendimento telefônica da Seguradora.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 8.1 Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Microseguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

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

1. OBJETIVO

- 1.1 A cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) consiste no pagamento do capital segurado, de uma única vez, em caso da perda total ou impotência funcional definitiva dos membros ou órgãos definidos no item 6 destas condições especiais, em decorrência de lesão física sofrida pelo Segurado, provocada por acidente pessoal coberto.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1 Acidente Pessoal: para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste microsseguro.
- 2.2 Invalidez Permanente Total por Acidente: para fins desta Cobertura é a perda, redução ou impotência funcional definitiva e total prevista na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, conforme item 6 destas Condições Especiais, em virtude de lesões físicas exclusivamente decorrentes de Acidente Pessoal coberto, desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.
- 2.3 Ainda que do mesmo acidente resulte mais de uma situação prevista na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente a Indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Cobertura.
- 2.4 A invalidez de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito à Indenização.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado principal ou dependente, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de qualquer deles;
 - b) suicídio 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;
- 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;
- g) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;
- h) acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- i) acidentes sofridos antes da contratação do microsseguro, ainda que suas sequelas tenham se manifestado durante sua vigência; e
- j) cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1 O Capital Segurado desta Cobertura será o valor contratado constante do Bilhete de Microsseguro.
- 4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

- 5.1 As Indenizações decorrentes de eventos por morte acidental e invalidez permanente por acidente, não se acumulam. Se, depois de paga uma Indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do Capital Segurado por morte, se contratada a cobertura de Morte (M) ou Morte Acidental (MA).

6. TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100

7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

7.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

8. CARÊNCIA E FRANQUIA

8.1 Não há prazos de carência ou de franquia para esta cobertura.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 9.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 14., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:
- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
 - Documento de identificação do Segurado;
 - Boletim de ocorrência policial, se for o caso;
 - Carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese de o sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado;
 - Relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas, diagnósticos necessários e a data da invalidez.

9.2 A invalidez permanente deve ser comprovada através do relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento ao Segurado. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1 Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Microseguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

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

1. OBJETIVO

- 1.1 A cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas decorrentes de Acidente Pessoal (DMHO) 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.

2. DEFINIÇÃO

- 2.1 Acidente Pessoal: para fins desta Cobertura, prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste microsseguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta, de e/ou relacionados a:
- a)** atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado principal ou dependente, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de qualquer deles;
 - b)** suicídio 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;
 - 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;
 - g)** intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;
 - h)** acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
 - i)** acidentes sofridos antes da contratação do microsseguro, ainda que suas sequelas tenham se manifestado durante sua vigência;
 - j)** cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto; e
 - k)** estados de convalescença, após a alta médica.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1 O Capital Segurado desta Cobertura será o valor contratado constante do Bilhete de Microseguro.
- 4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 5.1 O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

- 6.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

7. CARÊNCIA E FRANQUIA

- 7.1 Não há prazos de carência ou de franquia para esta cobertura.

8. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 8.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 14., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:
 - Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
 - Documento de identificação do Segurado;
 - Boletim de ocorrência policial, se for o caso;
 - Notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas pelo Segurado;
 - Carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese de o sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado;
 - Relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas e diagnósticos necessários.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 9.1 Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.
- 9.2 Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Microseguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA EDUCACIONAL (E)

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura Educacional (E) consiste no pagamento do capital segurado ao(s) Beneficiário(s)-Educando(s), ainda que representado(s) ou assistido(s), na forma da lei, em razão da ocorrência, com o Segurado Principal, de evento coberto pelas coberturas de Morte (M), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Desemprego (D) ou Diárias por Incapacidade Temporária (DIT), quando contratadas, visando auxiliar o custeio das despesas com educação, mediante o pagamento de uma renda mensal pelo prazo contratado expresso no Bilhete de Microseguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Estão excluídos da presente Cobertura, os mesmos eventos excluídos das coberturas de Morte (M), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Desemprego (D) ou Diárias por Incapacidade Temporária (DIT), quando contratadas.

3. DEFINIÇÃO

- 3.1. Acidente Pessoal: para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste microseguro.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O Capital Segurado desta Cobertura será o valor contratado constante do Bilhete de Microseguro.
 - 4.1.1. Após a ocorrência do evento coberto, o valor do Capital Segurado será convertido em renda certa mensal, utilizando-se a taxa de juros 6% a.a. (seis por cento ao ano), pelo prazo contratado.
 - 4.1.2. No caso de invalidez do educando durante o recebimento da renda, as rendas ainda não pagas, trazidas a valor presente utilizando-se a taxa de juros 6% a.a. (seis por cento ao ano), serão indenizadas de forma única ao educando.
 - 4.1.3. No caso de falecimento do educando durante o recebimento da renda, as rendas ainda não pagas, trazidas a valor presente utilizando-se a taxa de juros 6% a.a. (seis por cento ao ano), serão indenizadas de forma única aos herdeiros legais do educando.
 - 4.1.4. A renda será atualizada anualmente pela variação acumulada anual positiva, a atualização monetária e a taxa de juros aplicáveis serão aquelas determinadas em Lei, até dois meses antes do mês da atualização.
 - 4.1.5. Além da atualização monetária prevista no subitem anterior destas Condições Especiais, ao valor da renda será acrescido o montante resultante da diferença gerada entre a atualização mensal da Provisão Matemática de Benefícios Concedidos e a atualização anual aplicada ao valor da renda.

4.1.6. A atualização monetária e a taxa de juros aplicáveis serão aquelas determinadas em Lei.

4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

5.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

6. CARÊNCIA E FRANQUIA

6.1. Não há prazos de carência ou de franquia para esta cobertura.

7. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

7.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 14., deverão ser apresentados os documentos básicos previstos nas coberturas correspondentes ao evento coberto vinculado, constantes das condições especiais das coberturas: Morte (M), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Desemprego (D) ou Diárias por Incapacidade Temporária (DIT), bem como:

- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Documento de identificação do Segurado/Beneficiário;
- Contrato da matrícula.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Esta Cobertura poderá ser contratada apenas em conjunto com pelo menos uma das seguintes coberturas: Morte (M) , Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Desemprego (D) e/ou Diárias por Incapacidade Temporária (DIT).

8.2. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Microseguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

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

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária (DIT) 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 franquia e a carência.
- 1.2. A cobertura de diárias por incapacidade é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do microsseguro, observada a quantidade máxima de diárias indenizáveis.
- 1.3. Após um evento indenizado, o Segurado somente estará elegível à indenização de um segundo evento da mesma Cobertura, após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno ao exercício de sua profissão ou ocupação.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Estão excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado principal ou dependente, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de qualquer deles;
 - b) suicídio 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.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O Capital Segurado para esta Cobertura corresponderá ao valor da diária e a quantidade máxima de diárias contratados estabelecidos no Bilhete de Microsseguro.
 - 3.1.1. O valor indenizável corresponderá ao valor da diária contratada multiplicado pelo período de afastamento, observadas a Franquia e a quantidade máxima de diárias contratada.

- 3.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado o primeiro dia do afastamento do Segurado das atividades laborativas por ele exercidas.

4. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.
- 5.2. Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 90 (noventa) dias contado da data do último retorno às atividades laborativas.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

- 5.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

6. CARÊNCIA

- 6.1. O período de Carência será de 30 (trinta) dias contados a partir do início de vigência, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do microsseguro.
- 6.2. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

7. FRANQUIA

- 7.1. O período de Franquia é de 15 (quinze) dias ininterruptos por evento, e será contado a partir da data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica.

8. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 8.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 14., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:
- Formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
 - Documento de identificação do Segurado;
 - Exames realizados que comprovem a incapacidade temporária e atestado médico confirmando o afastamento profissional;
 - Carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado;

- Boletim de ocorrência policial, se for o caso;
- 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.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 9.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Microseguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

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

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Diárias por Internação Hospitalar (DIH) consiste no pagamento de indenização proporcional ao período de internação hospitalar do Segurado, limitado ao número máximo de diárias estabelecido nestas condições especiais e observadas a franquia e carência, sendo vedada a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares incorridas.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Estão excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado principal ou dependente, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de qualquer deles;
 - b) suicídio 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.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O Capital Segurado para esta Cobertura corresponderá ao valor da diária e quantidade máxima de diárias contratados estabelecidos no Bilhete de Microseguro.
 - 3.1.1. O valor indenizável corresponderá ao valor da diária de hospitalização contratada multiplicado pelo período de hospitalização indenizável, observados a Franquia e a quantidade máxima de diárias contratada.
- 3.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado a data da internação hospitalar.

4. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.
- 4.2. Serão considerados como mesmo evento, a transferência de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.
- 4.3. O conjunto de ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente ou a mesma doença será considerado um mesmo evento exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior à 12 (doze) meses.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

- 5.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

6. CARÊNCIA

- 6.1. O período de Carência será de 30 dias contados a partir do início de vigência, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do microsseguro.
- 6.2. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

7. FRANQUIA

- 7.1. O período de Franquia é de 72 (setenta e duas) horas ininterruptas por evento, e será contado a partir do momento da hospitalização do Segurado, por determinação médica.

8. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 8.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 14., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:
 - formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado;
 - Documento de identificação do Segurado;
 - Relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas e diagnósticos necessários.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Microseguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESEMPREGO (D)

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Desemprego (D) consiste no pagamento de indenização, em forma de renda mensal temporária, em decorrência da privação involuntária do Segurado ao emprego formal remunerado, comprovado por carteira de trabalho, limitada ao prazo máximo estabelecido nestas condições especiais e observado o período de carência.

2. CONDIÇÕES DE COBERTURA

- 2.1. Somente estarão cobertos os Segurados que na data da rescisão involuntária do contrato de trabalho tiverem vínculo empregatício, sujeito exclusivamente ao regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), apresentando período mínimo de 12 (doze) meses ininterruptos de duração do Contrato de Trabalho para o atual empregador.
 - 2.1.1. O vínculo empregatício do Segurado deve ser mantido com uma pessoa jurídica, através de Contrato de trabalho formalizado pela Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) e que receba pagamentos periódicos consecutivos, com uma jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais, na data do evento.
- 2.2. Após um evento de desemprego involuntário indenizado, o seguro será automaticamente cancelado.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Estão excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado principal ou dependente, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de qualquer deles; e
 - b) demissões por justa causa.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O Capital Segurado para esta Cobertura corresponderá ao valor contratado para a renda mensal temporária e ao prazo máximo indenizável contratados constantes do Bilhete de Microseguro.
- 4.2. O Capital Segurado Total, que corresponde ao valor da renda mensal temporária multiplicada pelo prazo máximo indenizável, está limitado ao valor constante da Circular SUSEP nº 440/2012 para esta cobertura.
- 4.3. Para fins desta Cobertura, considera-se data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do desligamento indicada no Termo Rescisório Homologado, independentemente do aviso prévio ser cumprido ou indenizado.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma

automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional, observado o disposto nos itens 2.1 e 2.2. acima.

6. CARÊNCIA

- 6.1. O período de Carência é de 30 (trinta) dias contados a partir do início de vigência, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do microsseguro.

7. FRANQUIA

- 7.1. Não há franquia para esta cobertura.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

- 8.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em território o globo terrestre.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 9.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 14., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:
- Formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
 - Documento de identificação do Segurado;
 - Carteira de Trabalho e o Termo Rescisório Homologado.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Microsseguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES (DG)

1. OBJETIVO

- 1.1 A cobertura de Doenças Graves (DG) consiste no pagamento do capital segurado, de uma única vez, em decorrência de diagnóstico de alguma das doenças especificadas a seguir.

2. DOENÇAS GRAVES

- 2.1 Infarto Agudo do Miocárdio: 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), além de elevação das enzimas cardíacas troponinas e de outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica.

2.1.1 Definições:

- Segmento ST: pedaço do traçado obtido no eletrocardiograma (ECG).
- Troponina I ou T: proteínas que existem no músculo cardíaco que são usadas como marcadores de lesão celular (infarto).
- Síndrome coronariana: conjunto de sinais e sintomas característicos, causados por doença ou distúrbio das artérias coronárias.
- Angina (pectoris): dor no peito causada por baixo abastecimento de oxigênio para o músculo cardíaco.
- 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.

- 2.1.2 Está coberto somente o evento cujo diagnóstico definitivo de infarto agudo do miocárdio tenha ocorrido no período de vigência do microsseguro.

2.1.3 Para efeito deste microsseguro, não se considera infarto agudo do miocárdio:

- Quadro de infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG;
- Quadro de infarto do miocárdio somente com elevação da troponina “I” ou “T”;
- Outras síndromes coronarianas agudas como angina estável ou instável; e
- Infarto do miocárdio antigo ou silencioso.

- 2.2 Câncer Grave: Para efeito deste microsseguro, considera-se câncer grave a 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”, e inclui as leucemias e doenças malignas do sistema linfático como a Doença de Hodgkin.

2.2.1 Definições:

- Exame histológico é o 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.
- Neoplasia intra-epitelial cervical são as alterações nas células do colo uterino que são precursoras de câncer.

2.2.2 Está coberto somente o evento cujo diagnóstico definitivo de câncer e a manifestação da doença tenham ocorrido no período de vigência do microsseguro.

2.2.3 Para efeito deste microsseguro, não se considera câncer grave:

- Os cânceres considerados femininos, que possuem cobertura específica, conforme item 2.3;
- Todos os cânceres não invasivos (in situ), lesões ou tumores pré-malignos, qualquer grau / estágio de neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) – displasia do colo uterino;
- Qualquer tipo de câncer de pele (ex.: carcinoma basocelular, carcinoma de células escamosas) que não seja melanoma maligno com grau de invasão igual ou superior a 1,5mm, segundo a classificação de Breslow;
- Câncer de próstata abaixo do estágio T2 N0 M0 pela classificação TNM.

2.3 Câncer Feminino: Para efeito deste microsseguro, considera-se câncer feminino maligno a 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”, e inclui as neoplasias malignas amparadas por esta cobertura, que são exclusivamente: neoplasias de Mama, Útero ou Ovário.

2.3.1 Definições:

- Exame histológico é o 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.
- Neoplasia intra-epitelial cervical são as alterações nas células do colo uterino que são precursoras de câncer.

2.3.2 Está coberto somente o evento cujo diagnóstico definitivo de câncer e a manifestação da doença tenham ocorrido no período de vigência do microsseguro.

2.3.3 Para efeito deste microsseguro, não se considera câncer feminino:

- Melanoma não invasivo, sarcoma de kaposi, queratose actínica, leucoplasia oral, papilomatose oral florida, doença de Bowen, eritroplasia de Queyrat, Corno cutâneo, queratoacantoma, carcinoma basocelular e espinocelular;
- Carcinomas in situ (alteração do crescimento de superfícies epiteliais, em que as células normais são substituídas por células anaplásticas sem as características de comportamento da neoplasia, como invasão ou metástases);

- Qualquer tipo de displasia e outras lesões pré-neopláticas de qualquer órgão e/ou tecido;
- Qualquer tipo de leucemia;
- Qualquer tipo de câncer benigno; e
- Todos os cânceres não invasivos (in situ), lesões ou tumores pré-malignos, qualquer grau / estágio de neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) – displasia do colo.

2.4 Acidente Vascular Cerebral (AVC): Para efeito deste microsseguro, considera-se Acidente Vascular Cerebral (AVC), doença caracterizada por diminuição ou interrupção aguda do fluxo sanguíneo encefálico que resulte em morte do tecido encefálico e consequente sequela 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 sequelas 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). AVC isquêmicos transitórios e síndromes correlatas: 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. Infarto cerebral lacunar sem déficit neurológico: pequenas áreas correspondentes a infartos do tecido cerebral, visíveis nos exames de imagem, porém em territórios que não causam sequelas neurológicas, ou seja, não têm repercussão clínica. Distúrbios cognitivos: distúrbios relacionados às capacidades de memória, atenção, percepção, raciocínio, juízo, pensamento e linguagem..

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

2.5 Cirurgia da Aorta: Para efeito deste microsseguro, considera-se Cirurgia da Aorta, a realização de cirurgia com abertura do tórax ou abdômen para correção de uma doença da artéria aorta que requeira a enxertia (implante) de material sintético para substituição de segmento afetado. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico cirurgião vascular, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames de imagem.

2.5.1 Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados cuja necessidade e realização da cirurgia da aorta tenha ocorrido no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia:

2.6 Cirurgia de Revascularização do Miocárdio com Implante de Ponte Vascular na Artéria Coronariana (By-Pass): Para efeito deste microsseguro, considera-se Cirurgia de Revascularização do Miocárdio com Implante de Ponte Vascular na Artéria Coronariana (By-Pass): a realização de cirurgia cardíaca com abertura do tórax (cirurgia a céu aberto) para restauração do fluxo sanguíneo em uma ou mais artérias coronarianas obstruídas ou estenosadas, por meio de implante de ponte(s) (by-pass) vascular(es). A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico cirurgião cardíaco, em

conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames de imagem coronarianos. Coronárias estenosadas: artérias coronárias (que irrigam o músculo cardíaco) estreitadas, obstruídas. Angioplastia: procedimento realizado por meio de cateter intra-arterial que visa à dilatação ou recuperação da luz do vaso. Toracotomia mínima: pequena incisão para abertura da cavidade torácica, que serve para a entrada de instrumentos (cateteres) e câmeras de vídeo (semelhante ao que ocorre na vídeo-laparotomia).

2.6.1 Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados cuja necessidade e realização da cirurgia de revascularização do miocárdio tenha ocorrido no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia:

2.7 Cirurgia para Troca de Válvula Cardíaca: Para efeito deste microsseguro, considera-se Cirurgia de Revascularização do Miocárdio com Implante de Ponte Vascular na Artéria Coronariana (By-Pass): a realização de cirurgia cardíaca com abertura do tórax (cirurgia a céu aberto) para substituição de uma ou mais valvas cardíacas (denominadas mitral, tricúspide, aórtica e pulmonar) por válvulas artificiais, devido à estenose valvar, insuficiência valvar ou a uma combinação destes dois problemas. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico cirurgião cardíaco, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames cardiológicos de imagem

2.7.1 Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados cuja necessidade e realização da cirurgia para troca de válvula cardíaca tenha ocorrido no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia.

2.8 Doença de Alzheimer:: Para efeito deste microsseguro, considera-se 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.

2.8.1 Para caracterização desta garantia, o segurado deve apresentar quadro de demência avançada que demande supervisão e cuidados constantes de terceiros e o invalide definitivamente para vida cível, com necessidade de constituição legal de um curador definitivo.

2.8.2 Outra maneira de caracterização desta garantia 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;
- g) 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.

2.8.3 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 da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da cobertura.

2.9 Doença de Parkinson: Para efeito deste microsseguro, considera-se Doença de Parkinson trata-se de 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. Doença de Parkinson primária ou idiopática: sem causa conhecida..

2.9.1 Para caracterização desta garantia, 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.

2.9.2 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;
- g) A restrição ao leito e as incapacidades para as atividades da vida diária devem ser clinicamente documentadas para confirmação do diagnóstico

2.9.3 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 da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da cobertura.

2.10 Esclerose Múltipla: Para efeito deste microsseguro, considera-se Esclerose Múltipla diagnóstico definitivo de esclerose múltipla, feito por médico neurologista, evidenciado pela presença de sinais e sintomas típicos de desmielinização e comprometimento das funções motora e sensorial, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades científicas especializadas. Desmielinização: que leva à perda ou destruição da bainha de mielina, substância que forma a capa gordurosa que recobre certos nervos..

2.10.1 Para caracterização desta garantia, o segurado deve:

- a) Apresentar quadro com alterações neurológicas contínuas e persistentes por, no mínimo, seis meses; ou
- b) Ter apresentado, no mínimo, dois surtos da doença clinicamente bem documentados – registros de internação hospitalar ou de terapia específica para crise –, com intervalo de pelo menos um mês entre os episódios; ou
- c) Ter apresentado um único surto da doença, clinicamente bem

documentado - registros de internação hospitalar ou de terapia específica para crise – associado a achados característicos da doença no exame de líquido (líquido cefalorraquidiano) e lesões cerebrais típicas na ressonância nuclear magnética.

2.10.2 Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado o s segurados que receberem diagnóstico definitivo de esclerose múltipla, desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia.

2.11 Insuficiência Renal Terminal: Para efeito deste microsseguro, considera-se 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.

2.11.1 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 da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da cobertura.

2.12 Paralisia: Para efeito deste microsseguro, considera-se Paralisia, Perda total e irreversível da função motora de dois ou mais membros (superiores ou inferiores), causada exclusivamente por lesão da medula espinhal decorrente de acidente ou doença. O quadro de paralisia (plegia) de dois ou mais membros deve ser passível de verificação por meio de exames especializados e necessita ser clinicamente documentado para confirmação do diagnóstico. O diagnóstico e a determinação do quadro de paralisia devem ser feitos por médico neurologista ou neurocirurgião, aceitos pelas sociedades médicas científicas especializadas e respaldados por exames especializados..

2.12.1 Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo da paralisia, com persistência da sequela neurológica, conforme definição, desde que a doença ou o trauma causador da paralisia tenha ocorrido no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia.

2.13 Transplante de Órgão: Para efeito deste microsseguro, considera-se Transplante de Órgão, 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.

2.13.1 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 da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia.

2.14 Tumor Cerebral Benigno: Para efeito deste microsseguro, considera-se Tumor Cerebral Benigno, Retirada cirúrgica de um tumor benigno do tecido encefálico, sob anestesia geral, desde que o tumor ou o procedimento cirúrgico resulte em sequela neurológica permanente. Também estão cobertos os tumores benignos do tecido encefálico considerados inoperáveis que cursem com sequela neurológica permanente. O procedimento ou diagnóstico deve ser feito por médico neurocirurgião ou neurologista e evidenciado por achados característicos em exames de imagem como tomografia axial computadorizada e ressonância magnética. As sequelas neurológicas devem ser consideradas definitivas e

precisam ser clinicamente documentadas após a cirurgia ou a partir da data do diagnóstico, caso o tumor seja considerado inoperável, para confirmação do diagnóstico. Encéfalo: conjunto formado pelo cérebro e tronco cerebral (bulbo, ponte e cerebelo).

2.14.1 Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo do tumor cerebral, conforme definição, desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da cobertura.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta, de e/ou relacionados a:

- a) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado principal ou dependente, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de qualquer deles;
- b) suicídio 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.

3.2 Estão expressamente excluídos das coberturas desta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados e exclusivamente aos riscos cobertos, sendo:

3.2.1 Acidente Vascular Cerebral (AVC);

- a) AVC isquêmico transitório e síndromes correlatas, Acidentes Vasculares hemorrágicos e síndromes correlatas (ex.: isquemia cerebral transitória – ICT);
- b) Traumatismos crânio encefálicos - danos cerebrais causados por traumas, anoxia/asfixia; PCR – parada cardio-respiratória;
- c) Infartos cerebrais lacunares sem déficit neurológico;
- d) Enxaquecas com sintomas neurológicos; e
- e) Sequela neurológica caracterizada exclusivamente por distúrbios cognitivos / psiquiátricos que não configurem incapacidade para vida cível (sem curatela definitiva).

3.2.2 Cirurgia da Aorta: Procedimentos realizados nas ramificações da aorta (o termo aorta inclui as porções torácica e abdominal da artéria aorta, mas não os seus ramos);

- a) Os procedimentos realizados pelo interior do vaso (intra-arteriais) sem abertura do tórax ou abdômen;
- b) Qualquer outro procedimento cirúrgico que não requeira a colocação de um enxerto; e
- c) Cirurgia subsequente a ferimento traumático da artéria aorta.

3.2.3 Cirurgia de Revascularização do Miocárdio com Implante de Ponte Vascular na Artéria Coronariana (By-Pass):

- a) Angioplastia (com ou sem colocação de Stent);

- b) Outros procedimentos intra-arteriais (procedimentos realizados pelo interior do vaso, sem abertura do tórax); e
 - c) Cirurgia por toracotomia mínima.
- 3.2.4 Cirurgia para Troca de Válvula Cardíaca:
- a) Cirurgias cardíacas com preservação da válvula, como comissurotomia, comissuroplastia, valvoplastia.
- 3.2.5 Doença de Alzheimer:
- a) Outros quadros de demência que não sejam considerados como decorrentes da Doença de Alzheimer; e
 - 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.
- 3.2.6 Doença de Parkinson:
- 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 cranioencefálico; e
 - 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.
- 3.2.7 Esclerose Múltipla
- a) O diagnóstico de esclerose múltipla que não se enquadre nos critérios relacionados no item 12.10, para caracterização da doença.
- 3.2.8 Insuficiência Renal Terminal
- a) Quadros transitórios de insuficiência renal, ainda que ainda realizado tratamento de diálise.
- 3.2.9 Paralisia
- a) Paralisia causada pela Síndrome de Guillain-Barré;
 - b) Paralisia cuja origem não é uma lesão da medula espinhal (p.ex. traumatismo cranioencefálico); e
 - c) Paralisia decorrente de traumas auto-infligidos.
- 3.2.10 Transplante de órgão:
- a) Colocação de órgãos artificiais, como coração artificial;
 - b) Transplantes de órgão de animais, não humanos;
 - c) Auto-transplante de medula óssea;
 - d) Transplante de células-tronco (células embrionárias);
 - e) Transplante de células-beta do pâncreas; e
 - f) Transplante de órgãos não mencionados no item 2.13.
- 3.2.11 Tumor Cerebral Benigno:
- a) Todos os tipos de cistos intracranianos;
 - b) Granulomas de qualquer natureza;
 - c) Malformações encefálicas arteriais ou venosas;
 - d) Hematomas intracranianos de qualquer natureza;
 - e) Tumores da glândula hipófise; e
 - f) Tumores da medula espinhal.
- 3.2.12 Câncer:
- a) Todos os cânceres não invasivos (in situ), lesões ou tumores pré-malignos, qualquer grau / estágio de neoplasia intra-epitelial

- cervical (NIC) – displasia do colo uterino.
- b) Qualquer tipo de câncer de pele (ex.: carcinoma basocelular, 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).

3.3 Estão expressamente excluídos desta Cobertura, as doenças diagnosticadas com data anterior ao início de vigência do seguro

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1.** O Capital Segurado desta Cobertura será o valor contratado constante do Bilhete de Microseguro.
- 4.2.** Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico comprovado da doença.
- 4.3.** O pagamento do capital segurado, poderá ocorrer de uma só vez ou sob a forma de renda em decorrência de diagnóstico de alguma das doenças devidamente especificadas, conforme definido nas condições gerais ou, se for caso, nas condições especiais do plano de microseguro

5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

- 5.1.** Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

6. CARÊNCIA

- 6.1.** O período de Carência é de 90 (noventa) dias contados a partir do início de vigência, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do microseguro.

7. FRANQUIA

- 7.1.** Não há franquia para esta cobertura.

8. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 8.1.** Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 14., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:
 - Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
 - Documento de identificação do Segurado;
 - exame laboratorial que diagnosticou a doença;
 - 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.

8.2. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 14., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

8.3. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais, serão solicitados os seguintes documentos complementares de acordo com a Doença Grave diagnosticada:

8.3.1. Em caso de Acidente Vascular Cerebral (AVC):

- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico, ateste o diagnóstico e descreva as sequelas neurológicas definitivas;
- b) Exames complementares como tomografia axial computadorizada, ressonância magnética e estudos de circulação cerebral, que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem a doença e as sequelas neurológicas.
- c) Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar.

8.3.2. Em caso de Cirurgia da Aorta:

- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico e o procedimento cirúrgico;
- b) Exames complementares, especialmente os de imagem como arteriografia e tomografia computadorizada, que comprovem doença da aorta e respaldem a indicação de cirurgia;
- c) Prontuário médico hospitalar contendo relatório de operação.

8.3.3. Em caso de Cirurgia de Revascularização do Miocárdio com Implante de Ponte Vascular na Artéria Coronariana (By-Pass):

- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico e o procedimento cirúrgico;
- b) Exames complementares, como cateterismo e angiografia, que comprovem doença coronariana e respaldem a indicação de cirurgia cardíaca;
- c) Prontuário médico hospitalar contendo relatório de operação.

8.3.4. Em caso de Cirurgia para Troca de Válvula Cardíaca:

- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico e o procedimento cirúrgico;
- b) Exames complementares, como ecocardiografia com doppler, que comprovem doença cardíaca valvar e respaldem a indicação de cirurgia para troca de válvula cardíaca;
- c) Prontuário médico hospitalar contendo relatório de operação.

- 8.3.5. Em caso de Doença de Alzheimer:
- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico, ateste o diagnóstico, e descreva as restrições cognitivas e incapacidades definitivas para as atividades da vida diária;
 - b) Exames complementares 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;
 - c) Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar;
 - d) Termo de curatela definitiva quando houver invalidez para vida cível decorrente do quadro de Alzheimer.
- 8.3.6. Em caso de Doença de Parkinson:
- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico, ateste o diagnóstico e descreva as restrições motoras e incapacidades definitivas para as atividades da vida diária;
 - b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem a doença e as limitações neurológicas;
 - c) Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar.
- 8.3.7. Em caso de Esclerose Múltipla:
- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico, ateste o diagnóstico e descreva os critérios e achados típicos que possibilitaram este diagnóstico;
 - b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem a existência de achados característicos da doença, como ressonância nuclear magnética e líquido cefalorraquidiano;
 - c) Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar.
- 8.3.8. Em caso de Infarto Agudo do Miocárdio:
- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio;
 - b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem a doença. É necessária a apresentação de exames marcadores de necrose miocárdica (troponina, CK-MB, etc.) e ECG. Também devem ser enviados laudos de cintilografia do miocárdio, ecocardiografia, cateterismo cardíaco e demais exames pertinentes que tiverem sido realizados;
 - c) Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar.

- 8.3.9. Em caso de Insuficiência Renal Terminal:
- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico de base e o quadro de insuficiência renal terminal;
 - b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e o comprometimento da função renal, como tomografia computadorizada, ultrassonografia, análises de urina, dosagens de creatinina e ureia, etc;
 - c) Relatórios e prontuários hospitalares contendo histórico dos tratamentos dialíticos.
- 8.3.10. Em caso de Paralisia:
- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico, ateste o diagnóstico de base, e descreva o exame neurológico que configura a paralisia;
 - b) Exames complementares, como tomografia computadorizada, ressonância magnética, etc., que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e justifiquem o quadro de paralisia;
 - c) Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar.
- 8.3.11. Em caso de Transplante de Órgão:
- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico de base e o procedimento cirúrgico realizado;
 - b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e justifiquem a indicação da cirurgia;
 - c) Prontuário médico hospitalar contendo relatório de operação.
- 8.3.12. Em caso de Tumor Cerebral Benigno:
- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico, ateste o diagnóstico, especifique o tipo de tumor cerebral e descreva as sequelas neurológicas definitivas;
 - b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem o tumor cerebral e as sequelas neurológicas. É necessária a apresentação de exame de imagem (tomografia computadorizada, ressonância magnética, tomografia por emissão de pósitrons ou angiografia) e laudo de exame anátomo-patológico quando realizada a cirurgia;
 - c) Prontuário médico hospitalar contendo relatório de operação, caso realizada.
- 8.3.13. Em caso de Câncer:
- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico;
 - b) Exames complementares que demonstrem o processo de

- investigação diagnóstica e comprovem a doença. É necessária apresentação do laudo do exame anátomo-patológico;
- c) Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 9.1.** Somente haverá cobertura para o 1º (primeiro) diagnóstico de doença grave ocorrido durante a vigência do microsseguro.
- 9.2.** Não será paga Indenização com base em diagnóstico feito exclusivamente por um membro da família ou por pessoa que viva na mesma residência do Segurado, independentemente desta pessoa ser médico habilitado ou profissional de saúde.
- 9.3.** Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Microsseguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE E/OU DEPENDENTES

1. OBJETIVO

- 1.1. A Cláusula Suplementar 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. O Segurado poderá incluir seu cônjuge ou companheiro, seu(s) filho(s), enteado(s), pai, mãe e/ou outros dependentes no Microseguro, de forma facultativa, mediante o atendimento das condições de inclusão constantes desta Cláusula Suplementar.
- 1.3. Consideram-se como filhos, enteados e/ou outros dependentes do Segurado, os dependentes do Segurado de acordo com o regulamento do Imposto de Renda.
- 1.4. Será incluído o cônjuge ou companheiro, seu(s) filho(s), enteado(s), pai, mãe e/ou outros dependentes do Segurado que atendam às condições de aceitação para o ingresso no microsseguro, sendo o Capital Segurado fixado em percentual igual ou inferior a 100% da cobertura correspondente do Segurado.
- 1.5. O prêmio adicional relativo ao custo das coberturas contratadas será determinado no Bilhete de Microseguro.
- 1.6. Não poderão ser contratadas para filho(s), enteado(s), pai, mãe e/ou outros dependentes as coberturas Educacional – Morte, Educacional - Invalidez Permanente Total por Acidente, Educacional – Desemprego, Educacional - Incapacidade Temporária e Educacional - Internação Hospitalar.
- 1.7. Para os menores de 14 (catorze) anos, é permitido, exclusivamente, a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas
- 1.8. Para efeitos desta cobertura, na falta de indicação de beneficiário, a indenização correspondente ao evento morte do Segurado Dependente será paga diretamente ao Segurado.
- 1.9. Na hipótese de morte simultânea (Comoriência) do Segurado e do Segurado Dependente, os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Todos os riscos previstos nas Condições Especiais da garantia a que se refere o sinistro, estão excluídos da cobertura desta cláusula.

3. EXCLUSÃO DE COBERTURA DE SEGURADOS DEPENDENTES

3.1. Estará obrigatoriamente excluído da cobertura desta Cláusula Suplementar:

- a)** O cônjuge, no caso de separação judicial ou divórcio;
- b)** O(A) companheiro(a), no caso de desconstituição de união estável;
- c)** O filho(s), enteado(s), pai, mãe e/ou outros dependentes, no caso de cessação da condição de dependente do Segurado;
- d)** O Segurado Dependente, no caso de sua Invalidez Permanente Total por Acidente ou indenização por alguma das coberturas de Doenças Graves.

4. CANCELAMENTO DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

4.1. A cobertura desta Cláusula Suplementar será obrigatoriamente cancelada caso ocorra uma das seguintes situações:

- a)** Quando ocorrer qualquer das situações previstas nas Condições Gerais para cancelamento ou de cessação da cobertura;
- b)** No caso de Morte, Invalidez Permanente Total por Acidente, ou pagamento de Indenização por alguma das coberturas de Doenças Graves, envolvendo o Segurado;
- c)** Por solicitação do Segurado.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL POR ACIDENTE (RFMA)

1. OBJETIVO

- 1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em consequência exclusiva de Morte Acidental do Segurado, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.
- 1.2 A presente Cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura de Morte Acidental e a ela se vincula, de forma que somente será devida, se caracterizada a cobertura relativa à Cobertura de Morte Acidental.
- 1.3 A Indenização relativa à presente Cláusula não será deduzida do Capital Segurado da Cláusula de Morte Acidental, na hipótese de Evento Coberto.
- 1.4 Não haver adiantamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura.
 - 1.4.1 Quando houver adiantamento de Capital Segurado da Cobertura de Morte, este adiantamento não caracterizará o direito à cobertura da Cobertura de Morte, ficando à análise para pagamento da diferença da indenização sujeita as condições definidas em Contrato.

2. DEFINIÇÃO

- 2.1 Acidente Pessoal: para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
 - d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;

- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- j) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- k) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- l) Acidente Vascular Cerebral;
- m) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- n) competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;
- o) Acidente ou lesões causadas por acidentes preexistentes à inclusão do Segurado na apólice, não declaradas na proposta de adesão, e que sejam de seu conhecimento;
- p) Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos no Bilhete de Microseguro.
- 4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do acidente.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

- 5.1 A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência no Bilhete de Microseguro, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor no Bilhete de Microseguro.

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

- 6.1 Além das hipóteses previstas no item 09 desta Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:
 - 6.1.1 Para o Segurado:
 - a) simultaneamente, com o cancelamento no Bilhete de Microseguro ou da presente Cobertura;
 - b) com o pagamento da indenização em caso de falecimento do Segurado.

7. PRÊMIO

7.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 14., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1 Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

Prestamista Capital Segurado Fixo

Bilhete de Seguro Prestamista



Índice

CONDIÇÕES GERAIS DO BILHETE DE SEGURO PRESTAMISTA.....	5
1. INFORMAÇÕES PRÉVIAS.....	5
2. OBJETIVO.....	5
3. DEFINIÇÕES.....	5
4. COBERTURAS.....	9
5. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO.....	9
6. CONTRATAÇÃO.....	10
7. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS.....	10
8. CANCELAMENTO.....	11
9. CAPITAL SEGURADO.....	12
10. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO.....	12
11. BENEFICIÁRIO.....	12
12. OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	13
13. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	13
14. PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA.....	14
15. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO.....	15
16. ALTERAÇÃO DO SEGURO.....	16
17. CANAL DE DISTRIBUIÇÃO.....	16
18. COMUNICAÇÕES.....	16
19. PRESCRIÇÃO.....	17
20. FORO.....	17
21. DISPOSIÇÕES FINAIS.....	17
22. LGPD – LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS.....	17
CONDIÇÕES ESPECIAIS DO BILHETE DE SEGURO PRESTAMISTA.....	19
COBERTURA DE MORTE (M).....	19
1. OBJETIVO.....	19
2. DEFINIÇÃO.....	19
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	19
4. CAPITAL SEGURADO.....	20
5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	20
6. CARÊNCIA E FRANQUIA.....	20
7. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	20
8. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	21
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA).....	22
1. OBJETIVO.....	22
2. DEFINIÇÃO.....	22
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	22
4. CAPITAL SEGURADO.....	23
5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	23
6. CARÊNCIA E FRANQUIA.....	23
7. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	24
8. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	24
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE (IPA).....	25
1. OBJETIVO.....	25
2. DEFINIÇÕES.....	25
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	25
4. CAPITAL SEGURADO.....	27
5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO.....	27
6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES.....	27
7. TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE.....	28

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	31
9. CARÊNCIA E FRANQUIA.....	31
10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	31
11. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	32
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA).....	33
1. OBJETIVO.....	33
2. DEFINIÇÕES.....	33
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	33
4. CAPITAL SEGURADO	34
5. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES	35
6. TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE.....	35
7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	35
8. CARÊNCIA E FRANQUIA.....	35
9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	35
10. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	36
COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI)	37
1. OBJETIVO.....	37
2. CONDIÇÕES DE COBERTURA.....	37
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	37
4. CAPITAL SEGURADO	38
5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	38
6. CARÊNCIA	39
7. FRANQUIA	39
8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	39
9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	39
10. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	39
COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (ITTAD)	40
1. OBJETIVO.....	40
2. CONDIÇÕES DE COBERTURA.....	40
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	40
4. CAPITAL SEGURADO	42
5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	42
6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	42
7. CARÊNCIA	42
8. FRANQUIA	42
9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	42
10. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	43
COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (ITTA).....	44
1. OBJETIVO.....	44
2. CONDIÇÕES DE COBERTURA.....	44
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	44
4. CAPITAL SEGURADO	45
5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	46
6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	46
7. CARÊNCIA	46
8. FRANQUIA	46
9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	46
10. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	47
COBERTURA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA (IHAD)	48

1. OBJETIVO.....	48
2. CONDIÇÕES DE COBERTURA.....	48
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	48
4. CAPITAL SEGURADO	50
5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	50
6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	50
7. CARÊNCIA	51
8. FRANQUIA	51
9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	51
10. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	52
COBERTURA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE (IHA).....	53
1. OBJETIVO.....	53
2. CONDIÇÕES DE COBERTURA.....	53
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	53
4. CAPITAL SEGURADO	54
5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	55
6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	55
7. CARÊNCIA	55
8. FRANQUIA	55
9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	55
10. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	56
COBERTURA DE INVALIDEZ POR DOENÇA - FUNCIONAL (IPD-F).....	57
5. OBJETIVO.....	57
6. DEFINIÇÕES.....	57
7. RISCOS COBERTOS	59
8. RISCOS EXCLUÍDOS.....	60
9. CAPITAL SEGURADO	61
10. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ	62
11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	62
12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	62
13. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	63
ANEXO À COBERTURA DE INVALIDEZ POR DOENÇA – FUNCIONAL	64

CONDIÇÕES GERAIS DO BILHETE DE SEGURO PRESTAMISTA

1. INFORMAÇÕES PRÉVIAS

- 1.1. A Zurich Minas Brasil Seguros S.A., doravante denominada Seguradora, garante o Seguro Prestamista, contratado na forma de bilhete, conforme descrito nestas Condições Gerais e Condições Especiais.
- 1.2. O segurado poderá desistir do seguro contratado no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da emissão do seguro, ou do efetivo pagamento da primeira parcela de pagamento do prêmio, o que ocorrer por último, e poderá exercer seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízo de outros meios disponibilizados pela Zurich Minas Brasil S.A. A Seguradora, ou seu Representante de Seguros, fornecerão ao Segurado a confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento, sendo obstada, a partir desse momento, qualquer possibilidade de cobrança.
- 1.3. Caso o Segurado exerça o direito de arrependimento no prazo de 7 (sete) dias, os valores eventualmente pagos serão devolvidos, de imediato, pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do prêmio, ou de outras formas disponibilizados pela Seguradora, desde que expressamente aceito pelo Segurado.

2. OBJETIVO

- 2.1. O presente Seguro tem por objetivo amortizar ou custear, total ou parcialmente, obrigação assumida pelo Segurado, na ocorrência de Eventos Cobertos pela(s) Cobertura(s) contratada(s), até o limite do capital segurado contratado, exceto se decorrente de Riscos Excluídos e desde que respeitadas as demais Disposições Contratuais.
- 2.2. Este Seguro não pode ser contratado por menores de 18 (dezoito) anos.

3. DEFINIÇÕES

- 3.1. Acidente Pessoal: o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se, que o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal, observando-se que:
 - 3.1.1. Incluem-se ainda no conceito de Acidente Pessoal:
 - a) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
 - b) Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
 - c) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
 - d) Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
 - e) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

3.1.2. Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal:

- a) As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- d) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no subitem 3.1.

- 3.2. Aviso Prévio: para fins deste seguro, é a comunicação da data de rescisão do contrato de trabalho feita pelo empregador ao segurado.
- 3.3. Beneficiário(s): pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.
- 3.4. Bilhete de Seguro: é o documento emitido pela sociedade Seguradora que formaliza a aceitação da(s) Cobertura(s) solicitada(s) pelo Segurado, substitui a apólice e dispensa o preenchimento de proposta, nos termos da legislação específica
- 3.5. Capital Segurado: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.
- 3.6. Capital Segurado Fixo: modalidade em que o capital segurado não varia ao longo da vigência, independentemente da evolução do valor da obrigação.
- 3.7. Carregamento: importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização
- 3.8. Cobertura de risco: coberturas de seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada.
- 3.9. Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais
- 3.10. Condições Especiais: conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro;
- 3.11. Condições Gerais: é o documento que disciplina os direitos e obrigações das partes contratantes, bem como define as características gerais do seguro.
- 3.12. Credor: é a pessoa física ou jurídica com a qual o Segurado contraiu a obrigação objeto deste seguro, podendo este ser o Representante de Seguros ou empresa de seu grupo.

- 3.13. Disposições Contratuais: é o conjunto de condições que regem a contratação, inclui as Condições Gerais, as Condições Especiais e o Bilhete de Seguro.
- 3.14. Evento Coberto: é o acontecimento futuro e incerto, previsto e não excluído na(s) Cobertura(s) contratadas, ocorrido durante sua vigência, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do beneficiário (Credor).
- 3.15. Doença: Distúrbio das funções de um órgão ou do organismo como um todo, que está associado a sinais ou sintomas específicos que impeçam o segurado de realizar a sua ocupação profissional e para o qual o segurado esteja recebendo tratamento médico.
- 3.16. Doença Crônica: Doença caracterizada pela sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo de forma satisfatória aos procedimentos terapêuticos;
- 3.17. Dolo: é um ato consciente através do qual alguém induz outro a erro, agindo de má fé, por meio fraudulento, visando um prejuízo pré-concebido, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.
- 3.18. Franquia: é o período de tempo em cada Evento Coberto, contado da data de ocorrência do Sinistro, durante o qual não há cobertura pelo seguro, suportando o Segurado as suas consequências.
- 3.19. Hospital: é o estabelecimento hospitalar legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes.
- 3.19.1. Não se entende como estabelecimento hospitalar: clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescência para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool, exceto casos previamente reconhecidos pela seguradora.
- 3.20. Incapacidade total e temporária: é incapacidade caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta de o Segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.
- 3.21. Indenização: é o valor devido pela Seguradora ao beneficiário quando da ocorrência de um Evento Coberto. A indenização está limitada ao Capital Segurado contratado para cada uma das Coberturas.
- 3.22. Início de Vigência: é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.
- 3.23. Internação hospitalar: para fins deste seguro, é a internação em hospital por período superior a 12 (doze) horas, desde que comprovada a cobrança de pelo menos 1 (uma) diária por meio de notas fiscais, pedido médico de internação acompanhado de relatório médico, declaração do hospital onde ocorreu a internação ou qualquer instrumento legal de cobrança.
- 3.24. Internação hospitalar emergencial ou não eletiva: para fins deste seguro, é a internação hospitalar que decorre de ocorrências que exijam o atendimento médico imediato, clínico ou cirúrgico, sob pena de colocar em risco a sobrevivência do indivíduo ou de gerar incapacidade permanente. As demais internações hospitalares são consideradas não emergenciais ou eletivas.

- 3.25. Médico: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do segurado. O médico assistente, para efeito de comprovação da cobertura do sinistro não poderá ser o próprio segurado, cônjuge, parente em linha reta ou colateral, ou alguém que residir com o segurado.
- 3.26. Nota técnica atuarial: documento elaborado por atuário, que contém a estruturação técnica do plano de seguro, mantendo estreita relação com as condições contratuais.
- 3.27. Obrigação: produto, serviço ou compromisso financeiro a que o seguro está atrelado, com vínculo contratual entre credor e devedor, que confere ao credor o direito de exigir do devedor o pagamento do valor correspondente.
- 3.28. Perda Involuntária de Emprego: é a rescisão do contrato de trabalho do segurado regido pela CLT – Consolidação das Leis do Trabalho, de forma unilateral pelo empregador, que não tenha sido motivada pelo segurado, que não decorra de justa causa e que tenha por consequência a cessação do pagamento do seu salário pelo seu empregador ou por qualquer outro motivo que não os mencionados nos Riscos Excluídos do seguro.
- 3.29. Prazo de carência: período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.
- 3.30. Prêmio: valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.
- 3.31. Profissionais Autônomos e liberais NÃO regulamentados: é todo aquele que exerce sua atividade profissional remunerada sem vínculo empregatício, por conta própria e com assunção de seus próprios riscos, e que não tenham como comprovar vínculo através de contrato ou documento contábil comprobatório da atividade.
- 3.32. Profissionais Autônomos e liberais regulamentados: é todo aquele que exerce sua atividade profissional sem vínculo empregatício, por conta própria e com assunção de seus próprios riscos, que mantenham vínculo através de contrato ou documento contábil comprobatório da atividade, e que sejam contribuintes regulares à previdência social. A prestação de serviços é de forma eventual e não habitual.
- 3.33. Representante de Seguros: considera-se representante de seguros, a pessoa jurídica que assumir a obrigação de promover, em caráter não eventual e sem vínculos de dependência, a realização de contratos de seguro à conta e em nome da sociedade seguradora. O Representante de Seguros não é um Corretor de Seguros.
- 3.34. Riscos Excluídos: são aqueles riscos previstos nas Condições Especiais das Cobertura(s) contratada(s), que não estão cobertos pelo presente seguro.
- 3.35. Segurado: pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 3.36. Seguradora: é a Zurich Minas Brasil Seguros S.A., sociedade Seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros, que assume os riscos inerentes à(s) Cobertura(s) contratada(s), nos termos da legislação vigente e do estabelecido nas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais.
- 3.37. Sinistro: a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

3.38. Vínculo Empregatício em Tempo Integral: Para fins deste seguro, é o contrato de trabalho regido pela CLT – Consolidação das Leis do Trabalho – que tenha jornada mínima semanal de 30 horas.

4. COBERTURAS

4.1. As Coberturas a seguir são passíveis de contratação para este seguro, respeitando as conjugações de planos disponibilizados pela Seguradora. Os respectivos riscos excluídos, objetivos, normas e demais características, estão dispostos nas Condições Especiais de cada Cobertura.

4.1.1. Coberturas:

- Morte (M)
- Morte Acidental (MA)
- Invalidez Permanente por Acidente (IPA)
- Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)
- Desemprego Involuntário (DI)
- Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença (ITTAD)
- Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente (ITTA)
- Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (IHAD)
- Internação Hospitalar por Acidente (IHA)
- Invalidez por Doença – Funcional (IPD-F)

4.2. As seguintes Coberturas não poderão ser contratadas conjuntamente:

- Morte (M) em conjunto com a Morte Acidental (MA)
- Invalidez Permanente por Acidente (IPA) em conjunto com a Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
- Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença (ITTAD) em conjunto com a Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente (ITTA);
- Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (IHAD) em conjunto com a Internação Hospitalar por Acidente (IHA).

4.3. As Coberturas contratadas estarão expressas no Bilhete de Seguro.

5. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

5.1. O prazo do seguro é estipulado no bilhete de seguro, com início a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de pagamento do prêmio e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas do dia designado.

5.1.1. Quando a obrigação possuir data prevista de término, o prazo do seguro corresponderá ao prazo da obrigação a que está atrelado, sendo as datas de início e término especificadas no Bilhete de Seguro.

5.1.2. Quando a obrigação perdurar por período indeterminado, o prazo de vigência será o acordado entre as partes.

5.2. O prazo mínimo de vigência do seguro é de 1 (um) mês.

- 5.3. Não haverá renovação do seguro. Caso haja interesse do segurado na continuidade da cobertura, deverá ser feita uma nova contratação e emissão de um novo Bilhete de Seguro.
- 5.4. No final do prazo de vigência do seguro, a cobertura do risco cessará automaticamente, respeitando o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que o cancelamento do seguro por término de vigência ocorrerá automaticamente, sem restituição de prêmios pagos.

6. CONTRATAÇÃO

- 6.1. A contratação deste seguro se dá por meio da emissão do Bilhete de Seguro.
- 6.2. O pagamento do prêmio do seguro caracteriza a ciência, aceitação e concordância, pelo segurado, das condições deste seguro.
- 6.3. Para a validade deste contrato, o segurado deverá estar em plena atividade de suas funções, estar perfeitas condições de saúde e ter mais de 18 anos de idade na data da contratação do seguro.
- 6.4. Caso o credor e o Segurado repactuem o prazo original do contrato relativo à obrigação, a seguradora deverá ser formalmente comunicada.
 - 6.4.1. Se houver redução do prazo original, o seguro permanecerá vigente até o término do novo prazo, sem prejuízo da devolução do prêmio excedente, se houver;
 - 6.4.2. Se houver ampliação do prazo original, a seguradora se manifestará sobre o interesse na extensão da vigência do seguro.

7. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

- 7.1. O Segurado deverá efetuar o pagamento do prêmio do seguro até a data de vencimento prevista no documento de cobrança, sob pena de prejudicar o seu direito à cobertura.
- 7.2. O prêmio do seguro poderá ser pago em parcela única (à vista), mensal ou anualmente durante o período de vigência do seguro, sendo a forma e a periodicidade de cobrança estabelecidas no ato da contratação.
- 7.3. Caso a data estabelecida para pagamento da parcela do prêmio corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o Segurado poderá efetuar o pagamento de tal parcela do prêmio no 1º (primeiro) dia útil após tal data em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas Coberturas.
- 7.4. Se um eventual sinistro ocorrer dentro do prazo para pagamento do prêmio de qualquer uma de suas parcelas, exceto a parcela única e a primeira parcela, sem que o pagamento tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.
- 7.5. O não pagamento da parcela única ou da primeira parcela do prêmio na data de vencimento prevista no documento de cobrança implicará o cancelamento automático do seguro independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.
- 7.6. No caso das demais parcelas, decorrido o prazo de pagamento da parcela sem que tenha sido quitado o respectivo débito ou documento de cobrança, a cobertura do seguro será automaticamente suspensa pelo período de atraso, até um período máximo de 60 (sessenta) dias, sendo cancelado o prêmio correspondente ao período da suspensão. Se ocorrer um sinistro, o Beneficiário ficará sem direito a receber indenização por quaisquer das Coberturas contratadas.

- 7.6.1. Findo o prazo de suspensão sem que seja retomado o pagamento do prêmio, operará de pleno direito o cancelamento do seguro.
- 7.6.2. A reabilitação do seguro se dará a partir das 24h00 (vinte e quatro horas) da data em que o Segurado retomar o pagamento do prêmio, respondendo a seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então.
- 7.6.3. Em casos de cessação de cobertura, em que já tenha havido pagamento do prêmio, os valores pagos serão devolvidos, atualizados segundo a regulamentação em vigor, da data do pagamento do prêmio até a data efetiva da restituição pela seguradora, descontando o período, “pro-rata-temporis”, em que vigorou a cobertura.
- 7.7. No caso de recebimento indevido de prêmio, os valores pagos serão devolvidos e ficam sujeitos às atualizações monetárias a partir da data de recebimento, até a data da devolução, a atualização monetária e a taxa de juros aplicáveis serão aquelas determinadas em Lei.
 - 7.7.1. A atualização monetária e a taxa de juros aplicáveis serão aquelas determinadas em Lei.
- 7.8. De acordo com as características do seguro não está prevista a devolução ou resgate de prêmio ao segurado, exceto para suicídio ou tentativa de suicídio, nos primeiros 24 meses de vigência inicial do seguro, quando será devolvido o prêmio puro pago referente ao prazo de risco a decorrer, a contar da data de ocorrência do suicídio.
- 7.9. Fica vedado o cancelamento do seguro cujo prêmio tenha sido pago à vista, mediante financiamento obtido junto a instituições financeiras, nos casos em que o Segurado deixar de pagar o financiamento.
- 7.10. Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar, não podendo haver estipulação expressa.

8. CANCELAMENTO

- 8.1. O Seguro será cancelado automaticamente e sem restituição dos prêmios pagos, exceto o previsto no item “e” a seguir, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade:
 - a) No final do prazo de sua vigência;
 - b) Na hipótese do segurado, seus prepostos ou seu beneficiário agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante toda sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização.
 - c) Com o cancelamento do seguro por quaisquer das situações previstas no item 7;
 - d) Com o falecimento do Segurado;
 - e) Com o pagamento da indenização por invalidez permanente total por acidente ou por doença, e a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica;
 - f) Com a extinção antecipada da obrigação, devendo a seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer;
 - g) Imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item “Perda do Direito a indenização” destas Condições Gerais.

- 8.2. No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.
- 8.3. O Bilhete de Seguro não poderá ser cancelado durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

9. CAPITAL SEGUADO

- 9.1. A modalidade de capital segurado deste plano de seguro é a de Capital Segurado Fixo, ou seja, o Capital Segurado não varia ao longo da vigência do seguro, independentemente da evolução do valor do saldo devedor da dívida ou compromisso.
- 9.2. Os valores dos capitais segurados serão sempre expressos em Reais, constarão do Bilhete de Seguro, e representam o máximo a ser indenizado no caso de sinistro por Cobertura ou conjunto de Coberturas, mesmo nos casos em que o saldo devedor ou a parcela da dívida ou compromisso seja em outra moeda.
- 9.3. Será considerado como novo seguro qualquer aumento de responsabilidade não previsto inicialmente na dívida ou compromisso assumido pelo segurado, ficando a aceitação sujeita às mesmas condições estabelecidas para aceitação do seguro nestas Condições Gerais.
- 9.4. As parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência no pagamento da obrigação por parte do segurado não serão incorporados ao valor do Capital Segurado, e, conseqüentemente, não farão parte da indenização a ser paga em caso de sinistro coberto.
- 9.5. O capital segurado contratado constará no Bilhete de Seguro, conforme especificado nas respectivas Condições Especiais.

10. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

- 10.1. Os valores dos capitais segurados e prêmios correspondentes às Coberturas contratadas serão atualizados anualmente com base na variação anual do índice IPCA/IBGE ocorrida até dois meses antes do mês do reajuste.
- 10.1.1. Adicionalmente, quando a periodicidade de pagamento do prêmio for parcela única ou anual, os capitais segurados serão atualizados pelo IPCA/IBGE, desde a data da última atualização do prêmio até a data de ocorrência do respectivo evento gerador.
- 10.1.2. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) ou, caso não seja possível, qualquer outro índice que venha a ser determinado pela autoridade competente.
- 10.2. Os seguros com vigência igual ou inferior a um ano não terão atualização de valores.

11. BENEFICIÁRIO

- 11.1. O primeiro beneficiário em todas as Coberturas deste seguro é o Credor, pelo valor do saldo da dívida ou do compromisso assumido pelo Segurado, devendo a diferença que ultrapassar o saldo, se houver, ser paga a um segundo beneficiário, indicado pelo segurado, ao próprio segurado ou a seus herdeiros legais.

- 11.2. Para as Coberturas de Morte (M) e de Morte Acidental (MA), a indicação do segundo beneficiário é de livre escolha do segurado, que deverá informar no ato da contratação, o nome e o grau de parentesco. A qualquer tempo, o segurado/participante poderá alterar o beneficiário indicado, por meio de solicitação formal, datada, assinada e protocolada junto à sociedade seguradora
- 11.2.1. Se a seguradora não for comunicada oportunamente da substituição, a indenização será paga ao antigo beneficiário indicado.
- 11.2.2. Quando for designado mais de um beneficiário, o segurado deverá fazer a indicação do percentual da indenização destinado a cada um.
- 11.2.3. Quando não houver a informação do percentual de indenização, o valor a ser indenizado será dividido em partes iguais.
- 11.2.4. Caso o segurado não preencha o campo relativo ao beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a indicação que for 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.
- 11.2.5. Na falta das pessoas indicadas no item 11.2.4, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.
- 11.3. No caso das Coberturas de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), de Desemprego Involuntário (DI), de Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença (ITTAD), de Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente (ITTA), de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (IHAD) e de Internação Hospitalar por Acidente (IHA), o segundo beneficiário será sempre o próprio Segurado.
- 11.3.1. Na eventualidade do segurado falecer antes do recebimento da indenização, 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.
- 11.3.2. Na falta das pessoas indicadas no item 11.3.1, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.
12. OCORRÊNCIA DO SINISTRO
- 12.1. Ocorrido o Sinistro, deverá ser ele comunicado, por escrito, à Seguradora, pelo pelo Segurado, seu Representante ou pelo Beneficiário, logo que o saiba(m).
- 12.2. O Segurado, por ocasião do Sinistro, deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.
13. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO
- 13.1. Para o recebimento da indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultada à Seguradora a adoção de quaisquer medidas tendentes à elucidação dos fatos.
- 13.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e, quando for o caso, os documentos de habilitação do Beneficiário correrão por conta do interessado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

- 13.3. O pagamento de qualquer indenização decorrente do presente seguro será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos básicos, relacionados nas respectivas Coberturas, e sob a forma de parcela única, observados os itens 13.6 e 13.6.1 destas Condições Gerais.
- 13.3.1. A relação de documentos necessários para a regulação de Sinistro, está prevista em cada uma das respectivas Coberturas contratadas. O não fornecimento da documentação solicitada acarreta a suspensão do prazo para pagamento da indenização.
- 13.4. Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.
- 13.5. Independentemente dos documentos listados nas Coberturas contratadas, a Seguradora poderá consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação, para apurar comprovação ou não do evento.
- 13.6. A documentação listada nas respectivas Coberturas não é restritiva. A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos que se façam necessários durante o processo de análise do Sinistro, para sua completa elucidação.
- 13.6.1. Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 13.3. acima será suspenso, voltando a contar a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.
- 13.7. Caso haja atraso no pagamento da indenização, a importância devida pela Seguradora, relativa ao Evento Coberto, será atualizada com base na atualização monetária e a taxa de juros determinadas em Lei, acrescida de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, contados a partir da mora.
- 13.7.1. O pagamento dos 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.
- 13.7.2. A atualização monetária será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação. A atualização monetária e a taxa de juros aplicáveis serão aquelas determinadas em Lei.
- 13.8. Os encargos decorrentes de eventual tradução para a língua portuguesa dos documentos necessários ao recebimento da indenização serão de responsabilidade total da Seguradora. O ressarcimento das 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 nos termos da legislação específica.
- 13.9. Se depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada a Cobertura de Morte (M) ou de Morte Acidental (MA).
- 13.10. A solicitação de documentos e as demais providências ou atos que a Seguradora venha a praticar após o Sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

14. PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA

- 14.1. A Seguradora poderá, a seu critério, submeter o Segurado a exame (perícia) para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível de incapacidade.
- 14.2. No caso de divergências e/ou dúvidas de natureza médica relacionadas ao objeto do seguro, sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou ainda sobre matéria médica não prevista expressamente nas Disposições Contratuais, será proposta pela Seguradora, por meio de correspondência escrita ao Segurado, no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica.
- 14.2.1. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo Segurado, outro pela Seguradora, e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.
- 14.2.2. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do profissional nomeado pelo Segurado.
15. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO
- 15.1. A Seguradora não pagará qualquer Indenização com base no presente seguro se o Segurado por si ou por, seu representante legal, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do Prêmio, perderá o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido..
- 15.2. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:
- 15.2.1. 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.
- 15.2.2. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento parcial da indenização:
- 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 Beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.
- 15.2.3. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento integral da indenização, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de Prêmio cabível.
- 15.3. O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à(s) Cobertura(s) contratada(s), se ficar comprovado que ele silenciou de má-fé.

15.3.1. A Seguradora poderá, no prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso de agravamento do risco, dar ciência ao Segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

15.3.2. O cancelamento do seguro somente será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de Prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer. Tratando-se de seguro de pagamento mensal, não haverá qualquer restituição de Prêmio.

15.4. O Segurado perderá o direito à indenização para qualquer das Coberturas contratadas, ainda, pelas seguintes razões:

- a) Inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;
- b) Dolo, fraude ou sua tentativa, simulação ou culpa grave, para obter ou majorar a indenização, ou ainda se o Segurado ou o Beneficiário tentar obter vantagem indevida com o Sinistro.

15.5. Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de Prêmio, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades.

16. ALTERAÇÃO DO SEGURO

16.1. Qualquer alteração no seguro só será válida se for feita por escrito, mediante concordância das partes contratantes.

16.2. Não é válida a presunção de que a seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem dos documentos citados nestas condições gerais, e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas condições.

17. CANAL DE DISTRIBUIÇÃO

17.1. O seguro será comercializado por Representantes de Seguros.

18. COMUNICAÇÕES

18.1. As comunicações do segurado deverão ser feitas por escrito e devidamente protocoladas em qualquer filial da seguradora ou via Central de Atendimento. As comunicações da Seguradora se consideram válidas quando dirigidas ao endereço de correspondência constante do Bilhete de Seguro.

18.2. As comunicações feitas à seguradora por um corretor de seguros, em nome do segurado, surtirão os mesmos efeitos que se realizadas por este, exceto expressa indicação em contrário da parte do Segurado.

19. PRESCRIÇÃO

19.1. Qualquer direito do Segurado ou do Beneficiário, com fundamento no presente Seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

20. FORO

20.1. Fica eleito o foro do domicílio do Segurado para dirimir quaisquer dúvidas relacionadas ao presente seguro.

21. DISPOSIÇÕES FINAIS

21.1. A aceitação da proposta está sujeita à análise do risco.

21.2. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.

21.3. O Segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da Sociedade Seguradora, no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

21.4. Este seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto, não haverá devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou ao Beneficiário.

21.5. Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a seguro na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos das Disposições Contratuais.

21.6. A contratação do seguro é opcional, sendo facultado ao segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver.

21.7. Na ocorrência de evento coberto, caso o valor da obrigação financeira devida ao credor seja menor do que o valor a ser indenizado no seguro prestamista, a diferença apurada será paga ao próprio segurado ou ao segundo beneficiário indicado, conforme dispuserem as condições gerais.

22. LGPD – LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS

22.1. O CLIENTE reconhece que os dados pessoais e/ou de saúde foram usados e analisados pela SEGURADORA para aceitação ou não do risco, conforme autorização dada pelo CLIENTE na proposta de contratação, e esses dados (anonimizados ou não) poderão ser usados em modelos preditivos e/ou mercadológicos das empresas do nosso Grupo econômico, bem como para o fim único da execução do contrato de seguro, ditas informações poderão ser compartilhadas com empresas que nos ajude no cumprimento do contrato se seguro (por ex. assistência, resseguradora, regulação de sinistro, serviços de telemedicina, call center, corretora, estipulante, etc). Os dados do CLIENTE serão guardados com todo zelo e cuidado, e mantidos pelo prazo previsto pelo Regulador de Seguros..

22.2. O CLIENTE, na condição de titular dos dados pessoais, tem direito a obter, em relação aos seus dados tratados pela SEGURADORA, a qualquer momento e mediante pedido expresso, pedidos como: (i) a confirmação da existência de tratamento; (ii) o acesso aos dados; (iii) a correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados, etc.

22.3. O CLIENTE está ciente de que, para realizar qualquer uma dessas solicitações ou tirar qualquer dúvida sobre os seus dados pessoais, deverá entrar em contato com a SEGURADORA, por meio do e-mail: protecaodedados@br.zurich.com”.

22.4. A SEGURADORA garante e assume o compromisso de jamais vender e nem ceder os dados do CLIENTE além da finalidade mencionada, e cumpre integralmente a Lei Geral de Proteção de Dados do Brasil. Para conhecer na integralidade a política de proteção de dados da SEGURADORA, por favor acesse <https://www.zurich.com.br>O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO BILHETE DE SEGURO PRESTAMISTA

COBERTURA DE MORTE (M)

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Beneficiário o pagamento de uma indenização, em caso de morte do Segurado decorrente de causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

2. DEFINIÇÃO

- 2.1. Acidente Pessoal: para fins desta Cobertura, prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta, de e/ou relacionados a:
 - a) Uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) Atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) Acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;
 - d) Suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - Do início de vigência do seguro; ou
 - Da solicitação de aumento de Capital Segurado. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
 - e) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Credor;
 - f) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - g) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;
 - h) Prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

- i) Eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- j) Eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- k) Eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- l) Competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado desta Cobertura na data de ocorrência do evento gerador da indenização será igual ao valor contratado, estabelecido no Bilhete de Seguro. O Credor será indenizado pelo saldo da dívida a vencer na data de ocorrência do evento gerador da indenização, trazido a valor presente utilizando-se a taxa de juros aplicada nos cálculos do financiamento, sendo que a diferença positiva entre o Capital Segurado e o valor a ser indenizado ao Credor, se houver, será paga a um segundo beneficiário indicado pelo segurado.

4.1.1. No caso de dívida contraída por meio de cartão de crédito, a cobertura se aplica somente à dívida referente à aquisição de um bem ou compromisso financeiro para o qual, especificamente, o segurado adquiriu o seguro. Não se trata de seguro para o saldo devedor do cartão de crédito, por isso o seguro não cobrirá, necessariamente, a totalidade do saldo devedor e parcelas constantes das faturas.

4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

5.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

6. CARÊNCIA E FRANQUIA

6.1. Não há prazos de carência ou de franquia para esta Cobertura.

7. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

7.1. Para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 13., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

a) Morte decorrente de doença

- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo representante do Segurado;
- Cópia simples da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia simples da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- Cópia simples do comprovante de endereço em nome do segurado (ex. conta de luz, telefone etc.);

- Declaração do representante do Segurado com a informação de telefone e de endereço de e-mail, caso houver.

b) Do Credor :

- Cópia do Contrato Social e/ou estatuto com as respectivas atualizações;
- Cópia do Cartão de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/BACEN (CADEMP);
- Correspondência com saldo devedor trazido ao valor presente da data do evento.

c) Morte decorrente de acidente

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:

- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 8.1. Esta Cobertura não poderá ser contratada conjuntamente com a Cobertura de Morte Acidental (MA).
- 8.2. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Beneficiário o pagamento de uma indenização, em caso de morte do Segurado em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

2. DEFINIÇÃO

- 2.1. Acidente Pessoal: para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) Uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) Atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) Acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
 - d) Suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - Do início de vigência do seguro; ou
 - Da solicitação de aumento de Capital Segurado. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
 - e) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Credor;
 - f) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - g) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente.
 - h) Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;

- i) Prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- j) Eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- k) Eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- l) Acidente Vascular Cerebral;
- m) Eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- n) Competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;
- o) Acidente ou lesões causadas por acidentes preexistentes à inclusão do Segurado na apólice, não declaradas na proposta de adesão, e que sejam de seu conhecimento;
- p) Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado desta Cobertura na data de ocorrência do evento gerador da indenização será igual ao valor contratado, estabelecido no Bilhete de Seguro. O Credor será indenizado pelo saldo da dívida a vencer na data de ocorrência do evento gerador da indenização, trazido a valor presente utilizando-se a taxa de juros aplicada nos cálculos do financiamento, sendo que a diferença positiva entre o Capital Segurado e o valor a ser indenizado ao Credor, se houver, será paga a um segundo beneficiário indicado pelo segurado.

4.1.1. No caso de dívida contraída por meio de cartão de crédito, a cobertura se aplica somente à dívida referente à aquisição de um bem ou compromisso financeiro para o qual, especificamente, o segurado adquiriu o seguro. Não se trata de seguro para o saldo devedor do cartão de crédito, por isso o seguro não cobrirá, necessariamente, a totalidade do saldo devedor e parcelas constantes das faturas.

4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

5.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

6. CARÊNCIA E FRANQUIA

6.1. Não há prazos de carência ou de franquia para esta Cobertura.

7. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

7.1. Para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 13., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos:

- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo representante do Segurado;
- Cópia simples da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia simples da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- Cópia simples do comprovante de endereço em nome do segurado (ex. conta de luz, telefone etc.)
- Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial;
- Cópia simples da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia simples do Laudo de Necropsia, se não foi realizado, a família deverá solicitar uma declaração junto ao IML informando que não foi realizado;
- Cópia simples do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- Declaração do representante do Segurado com a informação de telefone e de endereço de e-mail, caso houver.

Do Credor:

- Cópia do Contrato Social e/ou estatuto com as respectivas atualizações;
- Cópia do Cartão de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/BACEN (CADEMP);
- Correspondência com saldo devedor trazido ao valor presente da data do evento.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Esta Cobertura não poderá ser contratada conjuntamente com a Cobertura de Morte (M).

8.2. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE (IPA)

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Beneficiário o pagamento de uma indenização, em caso de Invalidez Permanente por Acidente do Segurado, em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Acidente Pessoal: para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.
- 2.2. Invalidez Permanente por Acidente: para fins desta Cobertura é a perda, redução ou impotência funcional definitiva, parcial ou total, de um dos membros ou órgãos previstos na Tabela para Cálculo de Percentuais de indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente, conforme item 7 desta Cláusula, em virtude de lesões físicas exclusivamente decorrentes de Acidente Pessoal coberto, desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.
- 2.3. A indenização será paga aplicando-se os percentuais de perda funcional constatados, para o órgão/membro lesado, sobre as percentagens do grau de invalidez previstas para referido órgão/membro na Tabela para Cálculo de Percentuais de indenização em caso de invalidez permanente parcial ou total por acidente e ainda aplicados sobre o Capital Segurado vigente na data do acidente.
- 2.4. Perdas e/ou reduções não previstas na Tabela para Cálculo de Percentuais de indenização em caso de invalidez permanente parcial ou total por acidente, serão calculadas tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão. Sendo possível constatar apenas o grau da perda e/ou redução (máximo, médio e mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento) do Capital Segurado contratado.
- 2.5. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Cobertura. Havendo 2 (duas) ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder o percentual de indenização prevista para a perda total do referido membro ou órgão.
- 2.6. A invalidez de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a indenização total.
 - 2.6.1. Na hipótese de ocorrência de um acidente que provoque incapacidade definitiva do mesmo membro ou órgão já defeituoso, parcial ou total, o percentual correspondente à incapacidade anterior ao acidente será deduzido da indenização.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) Uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) Atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) Acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
- d) Suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - Do início de vigência do seguro; ou
 - Da solicitação de aumento de Capital Segurado. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- e) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Credor;
- f) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente.
- h) Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- i) Prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- j) Eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- k) Eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- l) Acidente Vascular Cerebral;
- m) Eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- n) Todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
- o) Perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto;
- p) Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- q) Competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;
- r) Automutilações e lesões autoinflingidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado desta Cobertura na data de ocorrência do evento gerador da indenização será igual ao valor contratado, estabelecido no Bilhete de Seguro.

4.1.1. No caso de dívida contraída por meio de cartão de crédito, a cobertura se aplica somente à dívida referente à aquisição de um bem ou compromisso financeiro para o qual, especificamente, o segurado adquiriu o seguro. Não se trata de seguro para o saldo devedor do cartão de crédito, por isso o seguro não cobrirá, necessariamente, a totalidade do saldo devedor e parcelas constantes das faturas.

4.1.2. O valor da indenização será definido aplicando-se os percentuais correspondentes à perda funcional constatada, de acordo com a Tabela para Cálculo de Percentuais de indenização Em Caso de Invalidez Permanente por Acidente (item 7 destas Condições Especiais) e demais Disposições Contratuais, ao Capital Segurado vigente na data do acidente.

4.1.3. O Credor será indenizado pelo saldo da dívida a vencer na data de ocorrência do evento gerador da indenização, trazido a valor presente utilizando-se a taxa de juros aplicada nos cálculos do financiamento, observado como limite desta indenização ao Credor o valor da indenização apurado conforme item 4.1.2. A diferença positiva entre o valor da indenização apurado conforme item 4.1.2 e o valor efetivamente indenizado ao Credor, se houver, será paga ao Segurado.

4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto de invalidez permanente parcial, sem cobrança de Prêmio adicional.

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

6.1. As Indenizações decorrentes de eventos por morte acidental e invalidez permanente por acidente, não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente, seja parcial ou total, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do Capital Segurado por morte, se contratada a Cobertura de Morte (M) ou de Morte Acidental (MA).

7. TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total de uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um	12

dos dedos médios	
Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.	

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURO
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-Peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- De 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- De 4 (quatro) centímetros	10
	- De 3 (três) centímetros	06
	- Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	

PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA

A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURO
	MANDÍBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	Em grau mínimo	05
	Em grau médio	10
	Em grau máximo	20
	Nariz	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda total do olfato	07
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	Aparelho Visual E Anexos Do Olho	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais	
	Unilateral	07

Unilateral com fístulas	15
Bilateral	14
Bilateral com fístulas	25
Lesões da pálpebra	
Ectrópio unilateral	03
Ectrópio bilateral	06
Entrópio unilateral	07
Entrópio bilateral	14
Má oclusão palpebral unilateral	03
Má oclusão palpebral bilateral	06
Ptose palpebral unilateral	05
Ptose palpebral bilateral	10
Aparelho da fonação	
Perda da palavra (mudez incurável)	50
Perda de substância (palato mole e duro)	15
Sistema Auditivo	
Amputação total de uma orelha	08
Amputação total das duas orelhas	16
Baço	
Perda do Baço	15
Aparelho Urinário	
Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
Cistostomia (definitiva)	30
Incontinência urinária permanente	30
Perda de um rim, com rim remanescente	
com função renal preservada	30
Redução da função renal (não dialítica)	50
Redução da função renal (dialítica)	75
Perda de rim único	75

INVALIDEZ PERMANENT E	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURAD O
	Aparelho genital e reprodutor	
		05
	Perda de dois testículos	15
		40
	Perda de um ovário	05
		15
	Perda do útero antes da menopausa	30
		10
	Pescoço	
		15
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
		40
	Tórax - Aparelho Respiratório	
	Seqüelas pós-traumáticas pleurais	10
	Tórax - Ressecção total ou parcial de um pulmão	
	(pneumectomia - parcial ou total)	
	com função respiratória preservada	15
	com redução em grau mínimo da função respiratória	25

com redução em grau médio da função respiratória	50
com insuficiência respiratória	75
MAMAS (FEMININAS)	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20
ABDOMEM (ORGÃO E VÍSCERAS)	
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
INTESTINO DELGADO	
Ressecção parcial	20
Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
INTESTINO GROSSO	
Colectomia parcial	20
Colectomia total	40
Colestomia definitiva	40
RETO E ÂNUS	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Retenção anal	10
FÍGADO	
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Lobectomia com insuficiência hepática	50
SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
Epilepsia pós-traumática	20
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
Síndrome pós-concussional	05

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

9. CARÊNCIA E FRANQUIA

9.1. Não há prazos de carência ou de franquia para esta Cobertura.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 13., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia simples da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- Cópia simples do comprovante de endereço em nome do segurado (ex. conta de luz, telefone etc.);
- Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial;
- Cópia simples da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia simples do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;

- Radiografias, relatórios e exames médicos recentes, que comprovem a invalidez, assinado pelo médico assistente, com a indicação do CRM e das características do grau de invalidez;
- Declaração do segurado com a informação de telefone e de endereço de e-mail, caso houver.

Do Credor:

- Cópia do Contrato Social e/ou estatuto com as respectivas atualizações;
- Cópia do Cartão de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/BACEN (CADEMP);
- Correspondência com saldo devedor trazido ao valor presente da data do evento.

10.2. 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.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Beneficiário o pagamento de uma indenização, em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado, em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Acidente Pessoal: para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.
- 2.2. Invalidez Permanente Total por Acidente: para fins desta Cobertura é a perda, redução ou impotência funcional definitiva e total prevista na Tabela para Cálculo de Percentuais de indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, conforme item 6 destas Condições Especiais, em virtude de lesões físicas exclusivamente decorrentes de Acidente Pessoal coberto, desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.
- 2.3. Ainda que do mesmo acidente resulte mais de uma situação prevista na Tabela para Cálculo de Percentuais de indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente a indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Cobertura.
- 2.4. A invalidez de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a indenização total.
 - 2.4.1. Na hipótese de ocorrência de um acidente que provoque incapacidade definitiva do mesmo membro ou órgão já defeituoso, parcial ou total, o percentual correspondente à incapacidade anterior ao acidente será deduzido da indenização.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) Uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) Atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) Acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;

- d) Suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - Do início de vigência do seguro; ou
 - Da solicitação de aumento de Capital Segurado. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- e) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Credor;
- f) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente.
- h) Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- i) Prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- j) Eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- k) Eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- l) Acidente Vascular Cerebral;
- m) Eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- n) Todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
- o) Perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto;
- p) Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- q) Competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;
- r) Automutilações e lesões autoinflingidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O Capital Segurado desta Cobertura na data de ocorrência do evento gerador da indenização será igual ao valor contratado, estabelecido no Bilhete de Seguro. O Credor será indenizado pelo saldo da dívida a vencer na data de ocorrência do evento gerador da indenização, trazido a valor presente utilizando-se a taxa de juros aplicada nos cálculos do financiamento, sendo que a diferença positiva entre o Capital Segurado e o valor a ser indenizado ao Credor, se houver, será paga ao Segurado.

4.1.1. No caso de dívida contraída por meio de cartão de crédito, a cobertura se aplica somente à dívida referente à aquisição de um bem ou compromisso financeiro para o qual, especificamente, o segurado adquiriu o seguro. Não se trata de seguro para o saldo devedor do cartão de crédito, por isso o seguro não cobrirá, necessariamente, a totalidade do saldo devedor e parcelas constantes das faturas.

4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

5.1. As Indenizações decorrentes de eventos por morte acidental e invalidez permanente por acidente, não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente, seja parcial ou total, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do Capital Segurado por morte, se contratada a Cobertura de Morte (M) ou de Morte Acidental (MA).

6. TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100

7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

7.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

8. CARÊNCIA E FRANQUIA

8.1. Não há prazos de carência ou de franquia para esta Cobertura.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1. Para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 13., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia simples da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;

- Cópia simples do comprovante de endereço em nome do segurado (ex. conta de luz, telefone etc.);
- Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial;
- Cópia simples da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia simples do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- Radiografias, relatórios e exames médicos recentes, que comprovem a invalidez, assinado pelo médico assistente, com a indicação do CRM e das características do grau de invalidez;
- Declaração do segurado com a informação de telefone e de endereço de e-mail, caso houver.

Do Credor:

- Cópia do Contrato Social e/ou estatuto com as respectivas atualizações;
- Cópia do Cartão de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/BACEN (CADEMP);
- Correspondência com saldo devedor trazido ao valor presente da data do evento.

9.2. 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.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Beneficiário o pagamento de uma indenização em caso de rescisão do Contrato de trabalho do Segurado por parte do empregador, não motivada por justa causa, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

1.1.1. A Cobertura de Desemprego Involuntário (DI) não indeniza eventos de desemprego decorrentes da extinção do contrato de trabalho por acordo entre empregado e empregador, conforme previsto pela Lei 13.467/2017.

2. CONDIÇÕES DE COBERTURA

2.1. São elegíveis a esta Cobertura os segurados com vínculo empregatício exclusivamente ao regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) com período mínimo de 12 (doze) meses ininterruptos de duração do Contrato de Trabalho para o atual empregador.

2.1.1. A qualquer tempo, constatado pela Seguradora que o Segurado não tinha, em algum período da vigência do seguro, o vínculo empregatício mínimo de 12 (doze) meses ininterruptos, o valor dos prêmios pagos indevidamente por esta Cobertura serão devolvidos atualizados nos termos da regulamentação específica.

2.2. O vínculo empregatício do Segurado deve ser mantido com uma pessoa jurídica, através de Contrato de trabalho formalizado pela Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) e que receba pagamentos periódicos consecutivos, com uma jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais.

2.3. Para recebimento da indenização, além do requisito do subitem 2.1. acima, o Segurado deverá permanecer na condição de desempregado pelo período de 30 (trinta) dias correspondentes à Franquia, bem como pelo período adicional estabelecido contratualmente, correspondente ao número de parcelas indenizáveis.

2.4. Após um evento de desemprego involuntário indenizado, a Cobertura de Desemprego Involuntário – DI será automaticamente cancelada e o prêmio correspondente descontado das parcelas a vencer.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) Extinção do contrato de trabalho por acordo entre empregado e empregador, conforme previsto pela Lei 13.467/2017;
- b) Pedido de demissão pelo empregado;
- c) Adesão do empregado a programas de demissão voluntária (PDV) ou incentivada e/ou por acordo coletivo de trabalho;
- d) Acordo entre empregado e empregador;
- e) Dispensa do empregado por justa causa;
- f) Jubilação, pensão ou aposentadoria por qualquer causa;

- g) Perda de emprego decorrente da falência, concordata e recuperação judicial ou extra judicial do empregador;
- h) Prestação de Serviço Militar;
- i) Campanhas de demissões em massa. Para fins de aplicação deste seguro, considera-se demissão em massa empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no prazo de seis meses;
- j) Extinção automática ou término do Contrato de trabalho, quando o Contrato tiver prazo determinado (Contrato a termo);
- k) Dispensa com imediata admissão em empresa seja ela ou não, do mesmo grupo econômico, coligada, filiada, associada, subsidiária e/ou acionista.
- l) Segurados não considerados elegíveis a indenização, conforme item 2.
- m) Segurados que tenham sido demitidos durante o período de experiência anotado na Carteira Profissional;
- n) Proponentes que tenham cargo público com estabilidade;
- o) Militares que sejam exonerados de suas funções;
- p) Proponentes que sejam vinculados ao empregador por contrato de trabalho temporário, provisório ou por prazo determinado; estagiários, aposentados que não estejam exercendo atividade profissional com registro em carteira, pensionistas, autônomos e profissionais liberais;
- q) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Credor.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado desta Cobertura na data de ocorrência do evento gerador da indenização será igual ao valor da parcela e quantidade máxima de parcelas contratados. O Credor será indenizado pelos valores das parcelas da dívida ou compromisso com vencimento durante o período em que o segurado permanecer na condição de desempregado, respeitados o valor de cada parcela e a quantidade máxima de parcelas constantes do Bilhete de Seguro, sendo que a diferença positiva entre o valor da parcela contratado e o valor a ser indenizado ao Credor, se houver, será paga ao Segurado.

4.1.1. No caso de dívida contraída por meio de cartão de crédito, a cobertura se aplica somente à dívida referente à aquisição de um bem ou compromisso financeiro para o qual, especificamente, o segurado adquiriu o seguro. Não se trata de seguro para o saldo devedor do cartão de crédito, por isso o seguro não cobrirá, necessariamente, a totalidade do saldo devedor e parcelas constantes das faturas.

4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do desligamento indicada no Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, independentemente do aviso prévio ser cumprido ou indenizado.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura não será reintegrado.

6. CARÊNCIA

- 6.1. O período de Carência é de 30 (trinta) dias contados a partir do início de vigência, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do seguro.

7. FRANQUIA

- 7.1. O período de Franquia é de 30 (trinta) dias ininterruptos por evento, e será contado a partir da data do desligamento do Segurado junto ao empregador.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

- 8.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em território o globo terrestre.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 9.1. Para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 13., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia do contrato de financiamento, do compromisso financeiro ou da fatura do cartão de crédito;
- Comprovante do saldo devedor ou extrato atualizado da dívida ou compromisso, na data do afastamento do Segurado de toda e qualquer atividade laborativa;
- Cópia autenticada da Carteira de Trabalho, página da foto e qualificação civil, página do último Contrato de Trabalho, folha posterior ao Contrato (a autenticação deverá ocorrer 31 dias após a data da demissão) e da página que comprove o recebimento do Seguro Desemprego, quando houver; (*)
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho homologado no TRT ou Sindicato;
- Autorização de Movimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);
- Declaração do segurado com a informação de telefone e de endereço de e-mail, caso houver.

(*) Importante: a Seguradora poderá solicitar a atualização mensal destas informações ao Segurado. Nesta hipótese, a não apresentação poderá ensejar a suspensão do pagamento da indenização.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (ITTAD)

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Beneficiário o pagamento de uma indenização, em caso da impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado de exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que estiver sob tratamento médico, em decorrência de Acidente Pessoal ou Doença, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

2. CONDIÇÕES DE COBERTURA

- 2.1. Somente terá direito a esta Cobertura o Segurado, profissionais autônomos e liberais regulamentados conforme definido no item 3.28 das Condições Gerais.
- 2.2. Após um evento de Incapacidade Física Total e Temporária indenizado, o Segurado somente estará elegível à indenização de um segundo evento da mesma Cobertura após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno a toda e qualquer atividade laborativa.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Estão excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) Uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) Atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) Os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;
 - d) Suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - Do início de vigência do seguro; ou
 - Da solicitação de aumento de Capital Segurado. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
 - e) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Credor;
 - f) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - g) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente.

- h) Procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, e mudança de sexo, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;
- i) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de Sinistro ocorrido na vigência do seguro;
- j) Cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;
- k) Tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
- l) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
- m) Tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
- n) Doenças degenerativas da coluna vertebral inclusive hérnia discal, com exceção de tratamento cirúrgico; infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida (SIDA/AIDS);
- o) Doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;
- p) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;
- q) Prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- r) Eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- s) Eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- t) Eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado desta Cobertura na data de ocorrência do evento gerador da indenização será igual ao valor da parcela e quantidade máxima de parcelas contratados. O Credor será indenizado pelos valores das parcelas da dívida ou compromisso com vencimento durante o período em que o segurado permanecer incapacitado para exercer a sua profissão ou ocupação, respeitados o valor de cada parcela e a quantidade máxima de parcelas constantes do Bilhete de Seguro, sendo que a diferença positiva entre o valor da parcela contratado e o valor a ser indenizado ao Credor, se houver, será paga ao Segurado.

4.1.1. No caso de dívida contraída por meio de cartão de crédito, a cobertura se aplica somente à dívida referente à aquisição de um bem ou compromisso financeiro para o qual, especificamente, o segurado adquiriu o seguro. Não se trata de seguro para o saldo devedor do cartão de crédito, por isso o seguro não cobrirá, necessariamente, a totalidade do saldo devedor e parcelas constantes das faturas.

4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado a data do afastamento do Segurado de toda e qualquer atividade laborativa, por determinação médica.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional, observado o disposto no item 2.2. acima.

6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

6.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

7. CARÊNCIA

7.1. O período de Carência é de 30 (trinta) dias contados a partir do início de vigência, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do seguro.

7.2. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

8. FRANQUIA

8.1. O período de franquia é de 15 (quinze) dias ininterruptos por evento, contados a partir da data do início da incapacidade total e temporária do Segurado que o impeça de exercer a sua profissão ou ocupação.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1. Para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 13., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- Declaração médica, constando diagnóstico, tratamento instituído e período de afastamento de toda e qualquer atividade laborativa, justificando o período

indicado;

- Exames médicos complementares realizados;
- Cópia do contrato de financiamento, do compromisso financeiro ou da fatura do cartão de crédito;
- Comprovante do saldo devedor ou extrato atualizado da dívida ou compromisso, na data do afastamento do Segurado de toda e qualquer atividade laborativa;
- Comprovante de recolhimento do INSS ou Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) - os três últimos anteriores ao afastamento - ou Declaração do imposto de renda ou Carnê leão – último;
- Declaração do segurado com a informação de telefone e de endereço de e-mail, caso houver.

Importante: a Seguradora poderá solicitar a atualização mensal destas informações ao Segurado. Nesta hipótese, a não apresentação poderá ensejar a suspensão do pagamento da Indenização.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1. Esta Cobertura não poderá ser contratada conjuntamente com a Cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente (ITTA).
- 10.2. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, tem função subsidiária.

COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (ITTA)

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Beneficiário o pagamento de uma indenização, em caso da impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado de exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que estiver sob tratamento médico, em decorrência exclusivamente de Acidente Pessoal, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

2. CONDIÇÕES DE COBERTURA

- 2.1. Somente terá direito a esta Cobertura o Segurado, profissionais autônomos e liberais regulamentados conforme definido no item 3.28 das Condições Gerais.
- 2.2. Após um evento de Incapacidade Física Total e Temporária indenizado, o Segurado somente estará elegível à indenização de um segundo evento da mesma Cobertura após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno a toda e qualquer atividade laborativa.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Estão excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) Uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) Atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) Os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;
 - d) Suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - Do início de vigência do seguro; ou
 - Da solicitação de aumento de Capital Segurado. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
 - e) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Credor;
 - f) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - g) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente.

- h) Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- i) Acidente Vascular Cerebral;
- j) Procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, e mudança de sexo, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;
- k) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de Sinistro ocorrido na vigência do seguro;
- l) Cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;
- m) Tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
- n) Prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- o) Eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- p) Eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- q) Eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O Capital Segurado desta Cobertura na data de ocorrência do evento gerador da indenização será igual ao valor da parcela e quantidade máxima de parcelas contratados. O Credor será indenizado pelos valores das parcelas da dívida ou compromisso com vencimento durante o período em que o segurado permanecer incapacitado para exercer a sua profissão ou ocupação, respeitados o valor de cada parcela e a quantidade máxima de parcelas constantes do Bilhete de Seguro, sendo que a diferença positiva entre o valor da parcela contratado e o valor a ser indenizado ao Credor, se houver, será paga ao Segurado.
 - 4.1.1. No caso de dívida contraída por meio de cartão de crédito, a cobertura se aplica somente à dívida referente à aquisição de um bem ou compromisso financeiro para o qual, especificamente, o segurado adquiriu o seguro. Não se trata de seguro para o saldo devedor do cartão de crédito, por isso o seguro não cobrirá, necessariamente, a totalidade do saldo devedor e parcelas constantes das faturas.
- 4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional, observado o disposto no item 2.2. acima.

6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

- 6.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

7. CARÊNCIA

- 7.1. Não há prazo de carência para esta Cobertura.

8. FRANQUIA

- 8.1. O período de franquia é de 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, contados a partir da data do início da incapacidade total e temporária do Segurado que o impeça de exercer a sua profissão ou ocupação.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 9.1. Para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 13., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- Declaração médica, constando diagnóstico, tratamento instituído e período de afastamento de toda e qualquer atividade laborativa, justificando o período indicado;
- Exames médicos complementares realizados;
- Cópia do contrato de financiamento, do compromisso financeiro ou da fatura do cartão de crédito;
- Comprovante do saldo devedor ou extrato atualizado da dívida ou compromisso, na data do afastamento do Segurado de toda e qualquer atividade laborativa;
- Comprovante de recolhimento do INSS ou Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) - os três últimos anteriores ao afastamento - ou Declaração do imposto de renda ou Carnê leão – último;

- Declaração do segurado com a informação de telefone e de endereço de e-mail, caso houver.

Importante: a Seguradora poderá solicitar a atualização mensal destas informações ao Segurado. Nesta hipótese, a não apresentação poderá ensejar a suspensão do pagamento da Indenização.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1. Esta Cobertura não poderá ser contratada conjuntamente com a Cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença (ITTAD).
- 10.2. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, tem função subsidiária.

COBERTURA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA (IHAD)

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Beneficiário o pagamento de uma indenização, em caso de internação hospitalar do Segurado em decorrência de Acidente Pessoal ou Doença, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

2. CONDIÇÕES DE COBERTURA

- 2.1. Somente terá direito a esta Cobertura o Segurado, profissionais autônomos e liberais NÃO regulamentados, conforme definido no item 3.27 das Condições Gerais, e segurados que não exerçam atividades remuneradas.
- 2.2. Esta Cobertura cobre a internação hospitalar emergencial por Acidente Pessoal ou Doença, não eletiva, exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, durante a vigência do seguro.
- 2.3. Por não serem consideradas internações hospitalares ou riscos cobertos, não serão reconhecidas as internações ocorridas em:
 - Qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de Hospital no item 3.18 das Condições Gerais;
 - Instituições para atendimento de deficientes mentais e/ou doentes psiquiátricos, inclusive o departamento psiquiátrico de um hospital geral;
 - Clínicas de repouso, asilos e assemelhados e/ou locais de acomodação para idosos;
 - Clínicas e/ou locais de tratamento para recuperação de viciados em álcool, drogas e/ou entorpecentes;
 - Instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais;
 - Casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies;
 - Clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou “SPAs”;
 - “Home care” (internação domiciliar).

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Estão excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) Uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

- b) Atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) Toda e qualquer internação hospitalar não emergencial ou eletiva de caráter clínico ou cirúrgico;
- d) Gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos e suas consequências, tratamento para esterilização, fertilização, desde que não decorrentes de acidente pessoal coberto;
- e) Os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;
- f) Suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - Do início de vigência do seguro; ou
 - Da solicitação de aumento de Capital Segurado. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- g) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Credor;
- h) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- i) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente.
- j) Procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, e mudança de sexo, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;
- k) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de Sinistro ocorrido na vigência do seguro;
- l) Cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;
- m) Tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
- n) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
- o) Tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;

- p) Doenças degenerativas da coluna vertebral inclusive hérnia discal, com exceção de tratamento cirúrgico;
- q) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida (SIDA/AIDS);
- r) Doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;
- s) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;
- t) Prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- u) Eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- v) Eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- w) Eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado desta Cobertura na data de ocorrência do evento gerador da indenização será igual ao valor da parcela e quantidade máxima de parcelas contratados. O Credor será indenizado pelos valores das parcelas da dívida ou compromisso com vencimento durante o período de internação hospitalar do segurado, ou em até 30 (trinta) dias da data de internação, o período que for maior, respeitados o valor de cada parcela e a quantidade máxima de parcelas constantes do Bilhete de Seguro, sendo que a diferença positiva entre o valor da parcela contratado e o valor a ser indenizado ao Credor, se houver, será paga ao Segurado.

4.1.1. No caso de dívida contraída por meio de cartão de crédito, a cobertura se aplica somente à dívida referente à aquisição de um bem ou compromisso financeiro para o qual, especificamente, o segurado adquiriu o seguro. Não se trata de seguro para o saldo devedor do cartão de crédito, por isso o seguro não cobrirá, necessariamente, a totalidade do saldo devedor e parcelas constantes das faturas.

4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado a data de internação do Segurado por determinação médica.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura não será reintegrado.

6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

6.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

7. CARÊNCIA

- 7.1. O período de Carência é de 30 (trinta) dias contados a partir do início de vigência, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do seguro.
- 7.2. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

8. FRANQUIA

- 8.1. O período de Franquia é de 48 (quarenta e oito) horas ininterruptas por evento, e será contado a partir do momento da hospitalização do Segurado, por determinação médica.
- 8.2. Internações por período igual ou inferior à franquia não dão direito a indenização.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 9.1. Para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 13., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:
- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
 - Cópia simples da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
 - Cópia simples do comprovante de endereço em nome do segurado (ex. conta de luz, telefone etc.);
 - Cópias simples da Comunicação de Acidente de Trabalho (se houver);
 - Original da Declaração do Hospital, comprovando causa, data de internação e data de alta médica;
 - Cópia do contrato de financiamento, do compromisso financeiro ou da fatura do cartão de crédito;
 - Comprovante do saldo devedor ou extrato atualizado da dívida ou compromisso, na data do afastamento do Segurado de toda e qualquer atividade laborativa;
 - AUTONOMOS: Comprovante de Registro INSS, Declaração de Imposto de Renda, ou carta de próprio punho declarando suas atividades, assinada com firma reconhecida;
 - Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
 - Cópia simples da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
 - Cópia simples do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;

- Declaração do segurado com a informação de telefone e de endereço de e-mail, caso houver.

Importante: a Seguradora poderá solicitar a atualização mensal destas informações ao Segurado. Nesta hipótese, a não apresentação poderá ensejar a suspensão do pagamento da Indenização.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1. Esta Cobertura não poderá ser contratada conjuntamente com a Cobertura de Internação Hospitalar por Acidente (IHA).
- 10.2. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, tem função subsidiária.

COBERTURA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE (IHA)

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Beneficiário o pagamento de uma indenização, em caso de internação hospitalar do Segurado em decorrência de Acidente Pessoal, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

2. CONDIÇÕES DE COBERTURA

- 2.1. Somente terá direito a esta Cobertura o Segurado, profissionais autônomos e liberais NÃO regulamentados, conforme definido no item 3.27 das Condições Gerais, e segurados que não exerçam atividades remuneradas.
- 2.2. Esta Cobertura cobre a internação hospitalar emergencial por Acidente Pessoal, não eletiva, exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, durante a vigência do seguro.
- 2.3. Por não serem consideradas internações hospitalares ou riscos cobertos, não serão reconhecidas as internações ocorridas em:
 - Qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de Hospital no item 3.18 das Condições Gerais;
 - Instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais;
 - Casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies;
 - Clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou “SPAs”;
 - “Home care” (internação domiciliar).

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Estão excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) Uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) Atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) Toda e qualquer internação hospitalar não emergencial ou eletiva de caráter clínico ou cirúrgico;

- d) Gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos e suas consequências, tratamento para esterilização, fertilização, desde que não decorrentes de acidente pessoal coberto;
- e) Os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;
- f) Suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - Do início de vigência do seguro; ou
 - Da solicitação de aumento de Capital Segurado. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- g) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Credor;
- h) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- i) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente.
- j) Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- k) Acidente Vascular Cerebral;
- l) Procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, e mudança de sexo, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;
- m) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de Sinistro ocorrido na vigência do seguro;
- n) Cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;
- o) Tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
- p) Prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- q) Eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- r) Eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- s) Eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado desta Cobertura na data de ocorrência do evento gerador da

indenização será igual ao valor da parcela e quantidade máxima de parcelas contratados. O Credor será indenizado pelos valores das parcelas da dívida ou compromisso com vencimento durante o período de internação hospitalar do segurado, ou em até 30 (trinta) dias da data de internação, o período que for maior, respeitados o valor de cada parcela e a quantidade máxima de parcelas constantes do Bilhete de Seguro, sendo que a diferença positiva entre o valor da parcela contratado e o valor a ser indenizado ao Credor, se houver, será paga ao Segurado.

4.1.1. No caso de dívida contraída por meio de cartão de crédito, a cobertura se aplica somente à dívida referente à aquisição de um bem ou compromisso financeiro para o qual, especificamente, o segurado adquiriu o seguro. Não se trata de seguro para o saldo devedor do cartão de crédito, por isso o seguro não cobrirá, necessariamente, a totalidade do saldo devedor e parcelas constantes das faturas.

4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura não será reintegrado.

6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

6.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

7. CARÊNCIA

7.1. Não há prazo de carência para esta Cobertura.

8. FRANQUIA

8.1. O período de Franquia é de 48 (quarenta e oito) horas ininterruptas por evento, e será contado a partir do momento da hospitalização do Segurado, por determinação médica.

8.2. Internações por período igual ou inferior à franquia não dão direito a indenização.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1. Para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 13., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia simples da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- Cópia simples do comprovante de endereço em nome do segurado (ex. conta de luz, telefone etc.);
- Cópias simples da Comunicação de Acidente de Trabalho (se houver);
- Original da Declaração do Hospital, comprovando causa, data de internação e data de alta médica;
- Cópia do contrato de financiamento, do compromisso financeiro ou da fatura do cartão de crédito;

- Comprovante do saldo devedor ou extrato atualizado da dívida ou compromisso, na data do afastamento do Segurado de toda e qualquer atividade laborativa;
- AUTONOMOS : Comprovante de Registro INSS, Declaração de Imposto de Renda, ou carta de próprio punho declarando suas atividades, assinada com firma reconhecida;
- Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- Cópia simples da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia simples do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- Declaração do segurado com a informação de telefone e de endereço de e-mail, caso houver.

Importante: a Seguradora poderá solicitar a atualização mensal destas informações ao Segurado. Nesta hipótese, a não apresentação poderá ensejar a suspensão do pagamento da Indenização

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1. Esta Cobertura não poderá ser contratada conjuntamente com a Cobertura de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (IHAD).
- 10.2. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, tem função subsidiária.

COBERTURA DE INVALIDEZ POR DOENÇA - FUNCIONAL (IPD-F)

5. OBJETIVO

- 5.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma indenização, em caso de Invalidez Funcional Total e Permanente, em consequência de doença que cause a perda de sua existência independente, sob critérios devidamente especificados no item Riscos Cobertos desta Cobertura, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.
- 5.2. O pagamento da indenização relativa a esta Cobertura extingue, imediata e automaticamente, a cobertura integral do seguro, independentemente da cobrança do Prêmio.

6. DEFINIÇÕES

- 6.1. Agravamento Mórbido: piora de uma doença.
- 6.2. Alienação Mental: distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o Segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.
- 6.3. Aparelho Locomotor: conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.
- 6.4. Atividade Laborativa: qualquer ação ou trabalho por meio do qual o Segurado obtenha renda.
- 6.5. Auxílio: a ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- 6.6. Ato Médico: procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
- 6.7. Cardiopatia Grave: doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do "Consenso Nacional de Cardiopatia Grave".
- 6.8. Cognição: conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.
- 6.9. Conectividade com a Vida: capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.
- 6.10. Consumpção: definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- 6.11. Dados Antropométricos: no caso da Cobertura de Invalidez por Doença - Funcional, o peso e a altura do Segurado.
- 6.12. Deambular: ato de andar livremente.

- 6.13. Declaração Médica: documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
- 6.14. Deficiência Visual: perda ou redução de capacidade visual em ambos os olhos em caráter definitivo, que não possa ser melhorada ou corrigida com uso de lentes, tratamento clínico ou cirúrgico.
- 6.15. Disfunção Imunológica: incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 6.16. Doença Crônica: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 6.17. Doença Crônica em Atividade: doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 6.18. Doença Crônica de Caráter Progressivo: doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 6.19. Doença em Estágio Terminal: aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
- 6.20. Doença Neoplásica Maligna Ativa: crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.
- 6.21. Doença Profissional: aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.
- 6.22. Estados Conexos: representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
- 6.23. Etiologia: causa de cada doença.
- 6.24. Fatores de Risco e Morbidade: aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- 6.25. Hígidez: estado saudável.
- 6.26. Médico Assistente: médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
- 6.27. Prognóstico: juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 6.28. Quadro Clínico: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 6.29. Recidiva: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 6.30. Refratariedade Terapêutica: incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

- 6.31. Relações autonômicas: entende-se como pleno exercício das relações autonômicas de um indivíduo, a capacidade que o mesmo tem de desempenhar todas as suas atividades e funções físicas, mentais e fisiológicas independente de qualquer ajuda.
- 6.32. Relações Existenciais: aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- 6.33. Sentido de Orientação: faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.
- 6.34. Sequela: qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 6.35. Transferência Corporal: capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

7. RISCOS COBERTOS

- 7.1. Considera-se como Risco Coberto, a perda da existência independente do Segurado, assim entendida como a ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das Relações Autonômicas do Segurado.
 - 7.1.1. A caracterização de quadro clínico incapacitante será feita segundo critérios vigentes à época da regulação do Sinistro e adotado pela classe médica especializada de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes única e exclusivamente de:
 - a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
 - b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognóstico evolutivo e terapêutico favorável, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
 - c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
 - d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição);
 - e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
 - f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;

- g) Deficiência visual:
 - Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;
 - Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;
- i) Estados mórbidos, a seguir relacionados:
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

7.2. Outros quadros clínicos serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF (anexo), e que o Segurado atinja a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

7.2.1. O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

7.2.1.1. O 1º (primeiro) grau de cada atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.

7.2.1.2. Para a classificação no 2º (segundo) ou no 3º (terceiro) Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

7.2.1.3. Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

7.2.2. O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.

7.2.2.1. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

8. RISCOS EXCLUÍDOS

8.1. Estão expressamente excluídos de cobertura para esta cobertura, considerando, também como Riscos Excluídos, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções

autônômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) Uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) Atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) Doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;
- d) Suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - Do início de vigência individual do seguro; ou
 - Da solicitação de aumento de Capital Segurado. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- e) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Credor;
- f) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) Epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h) Eventos decorrentes, diretamente ou indiretamente, de acidentes;
- i) Quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da existência independente do Segurado;
- j) Doenças agravadas por traumatismos;
- k) Invalidez que limite total ou parcialmente a capacidade laborativa do Segurado;
- l) A perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas, orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;
- m) Os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa ou a concausa (determinante) seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional e/ou aquelas relacionadas no Quadro de Doenças Ocupacionais / lei Previdenciária nº 8.213/91 que normatiza o direito por doença do trabalho ou doença profissional.

9. CAPITAL SEGURADO

- 9.1. O Capital Segurado desta Cobertura na data de ocorrência do evento gerador da indenização será igual ao valor contratado, estabelecido no Bilhete de Seguro. O

Credor será indenizado pelo saldo da dívida a vencer na data de ocorrência do evento gerador da indenização, trazido a valor presente utilizando-se a taxa de juros aplicada nos cálculos do financiamento, sendo que a diferença positiva entre o Capital Segurado e o valor a ser indenizado ao Credor, se houver, será paga ao Segurado.

9.1.1. No caso de dívida contraída por meio de cartão de crédito, a cobertura se aplica somente à dívida referente à aquisição de um bem ou compromisso financeiro para o qual, especificamente, o segurado adquiriu o seguro. Não se trata de seguro para o saldo devedor do cartão de crédito, por isso o seguro não cobrirá, necessariamente, a totalidade do saldo devedor e parcelas constantes das faturas.

9.1.2. Reconhecida a Invalidez por Doença do tipo Funcional pela Seguradora, o pagamento do Capital Segurado contratado será realizado sob a forma de parcela única.

9.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data indicada na Declaração Médica, como sendo a data a partir da qual a evolução do quadro de saúde do Segurado passou a enquadrar-se na pontuação da Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos igual ou superior a 60 (sessenta) pontos, devidamente justificada e aceita, ou a data de constatação de um dos quadros previstos no item 3.1.1., desta Cobertura. A data da invalidez por doença – funcional será determinada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento ou ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

10. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ

10.1. As despesas efetuadas para a caracterização da Invalidez por Doença Funcional são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante. As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do Sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagar a indenização.

10.2. A concessão do benefício de aposentadoria por invalidez, ainda que por instituições oficiais de previdência social, ou por órgãos do poder público ou mesmo por outras instituições público-privadas, não caracterizam, por si só, o estado de invalidez permanente por doença funcional.

10.3. A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por documentos médicos que apenas caracterizem incapacidade parcial e/ou de natureza profissional.

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

11.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1. Para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 13., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia simples da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- Cópia simples do comprovante de endereço em nome do segurado (ex. conta de luz, telefone etc.);
- Relatórios médicos e resultados de exames complementares realizados, que comprovem satisfatoriamente a incapacidade do Segurado;
- Declaração do segurado com a informação de telefone e de endereço de e-mail, caso houver.

Do Credor:

- Cópia do Contrato Social e/ou estatuto com as respectivas atualizações;
- Cópia do Cartão de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/BACEN (CADEMP);
- Correspondência com saldo devedor trazido ao valor presente da data do evento.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 13.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, tem função subsidiária.

Anexo à Cobertura de Invalidez por Doença – Funcional
Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF

Documento 1 - Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: o Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	00
	2º GRAU: o Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º GRAU: o Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: o Segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	00
	2º GRAU: o Segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3º GRAU: o Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: o Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autosuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	00
	2º GRAU: o Segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10
	3º GRAU: o Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	20

Documento 2 - Tabela De Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTOS
A idade do Segurado interfere na análise da morbididade do caso e ou há imc - índice de massa corporal superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbididade do caso.	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de 2 fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevida e ou refratariedade terapêutica.	08

Central de Serviço do Segurado:

4020 4848 (capitais e regiões metropolitanas)

0800 285 4141 (demais localidades)

SAC: 0800 284 4848

Deficiente Auditivo: 0800 275 8585

Ouvidoria: www.zurichseguros.com.br

Correspondências: Av. Getúlio Vargas, 1420 - 5º andar

Funcionários - Belo Horizonte - MG - CEP 30112-021

Telefone: 0800 770 1061

www.zurich.com.br

Mod. 000/000 – OUT/2022