

Condições Gerais

Microsseguro de Pessoas Coletivo



VOLTS SEGURADORA S.A.

**CONDIÇÕES GERAIS
MICROSSEGURO DE PESSOAS
COLETIVO**

Versão 10/2025

1. OBJETIVO DO SEGURO

O presente Microseguro de Pessoas tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao segurado ou aos seus beneficiários na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas coberturas contratadas, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais.**

2. DEFINIÇÕES

Ficam a seguir definidos os termos técnicos utilizados neste documento:

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

a) Incluem-se nesse conceito:

- a.1) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- a.2) Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- a.3) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- a.4) Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- a.5) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

b) Excluem-se desse conceito:

- b.1) As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam as suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b.2) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- b.3) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos • LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho • DORT, Lesão por Trauma Continuo ou Contínuo • LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médica científica, bem como suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

b.4) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidade acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definido neste item.

Âmbito Geográfico: significa abrangência da cobertura no seguro contratado.

Ato Doloso: ato intencional praticado no intuito de prejudicar a outrem.

Ato Ilícito: toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

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

Beneficiário: pessoa física ou jurídica à qual é devida a indenização em caso de sinistro.

Cancelamento: dissolução antecipada do contrato de seguro.

Capital Segurado: valor máximo para cada cobertura contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro coberto, vigente na data do evento.

Carência (prazo de carência): é o período contado a partir da data de início de vigência do seguro, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

Cobertura: garantia de compensação ao Segurado pelos prejuízos decorrentes da efetivação do sinistro previsto no contrato de seguro.

Condições Contratuais: representam as Condições Gerais, Condições Especiais e Condições ou Cláusulas Particulares de um mesmo seguro.

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

Condições Gerais: Cláusulas da apólice que tem aplicação geral a todos os seguros de determinado ramo ou modalidade de seguro ou coberturas, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes.

Evento Coberto: acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas coberturas contratadas pelo segurado.

Franquia: é o período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização. A franquia é deduzida por evento.

Indenização: valor que a Seguradora deve pagar ao segurado ou beneficiário em caso de sinistro coberto pelo contrato de seguro.

Liquidação de Sinistro: processo para pagamento de indenizações ao Segurado, com base no Relatório de Regulação de Sinistros.

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

satélite, entre outras.

Prazo de Tolerância: é o intervalo de tempo estabelecido nos documentos contratuais durante o qual, na ocorrência de evento coberto, o segurado inadimplente fará jus à cobertura.

Prêmio: preço do seguro, ou seja, é a importância paga pelo Segurado à Seguradora em decorrência da contratação do seguro.

Proponente: pessoa física ou jurídica que se dispõe a contratar o seguro junto a Seguradora.

Regulação de Sinistro: procedimentos realizados na ocorrência de um sinistro na apuração de suas causas, circunstâncias e valores envolvidos, com vistas à caracterização do risco ocorrido e seu enquadramento no seguro.

Risco: evento incerto ou de data incerta que independe da vontade das partes contratantes e contra o qual é feito o seguro.

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

Segurado: pessoa física ou jurídica que, tendo interesse segurável, contrata o seguro em seu benefício ou de terceiros.

Seguradora: sociedade que, mediante recebimento do prêmio, assume os riscos e garante o pagamento da indenização em caso de ocorrência de sinistro coberto.

Seguro: contrato pelo qual uma das partes (Seguradora) se obriga, mediante recebimento de prêmio, indenizar outra (Segurado ou Beneficiário por este indicado) por eventuais prejuízos consequentes da ocorrência de determinados eventos, desde que amparados pelas condições contratuais.

Sinistro: ocorrência prevista no contrato de seguro e que cause prejuízos ao Segurado.

Vigência: período fixado para validade do seguro ou cobertura.

3. PÚBLICO-ALVO

Este plano de Microseguros destina-se, principalmente, às pessoas da classe C, D e E com renda familiar inicial de dois salários-mínimos per capita que atendam as condições de contratação.

4. COBERTURAS

Nas Condições especiais são apresentadas as disposições de todas as coberturas incluídas neste plano de seguro, com a especificação dos riscos cobertos e riscos excluídos. Os planos de microseguros poderão ofertar as seguintes coberturas, isoladamente ou em conjunto:

4.1 Coberturas

- a) Morte;
- b) Morte Acidental;
- c) Reembolso de Despesas com Funeral;
- d) Invalidez Permanente Total por Acidente;
- e) Despesas médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas Decorrentes de Acidente Pessoal;
- f) Prestamista;
- g) Educacional;
- h) Diárias por Internação Hospitalar;
- i) Diárias por Incapacidade Temporária;
- j) Desemprego;
- k) Doenças Graves;
- l) Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge e Dependentes;
- m) Viagem.
- n) Despesas Diversas
- o) Amparo Protetivo
- p) Prestamista Despesas Diversas
- q) Invalidez Funcional Permanente por Doença - IFPD

42. Considera-se como **âmbito geográfico** das coberturas todo o território nacional.

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

44. Os valores de capital segurado para as coberturas oferecidas observarão os limites máximos individuais vigentes, conforme a cobertura oferecida, estabelecidos para os Microseguros de Pessoas, em regulamentação específica.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. As exclusões específicas relativas a cada cobertura estão relacionadas logo após a descrição dos riscos cobertos nas respectivas Condições Especiais, estando limitadas às estabelecidas na legislação de Microseguros em vigor, e terão as seguintes exclusões com relação aos prejuízos resultantes, diretamente ou indiretamente de:

- a) Atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado principal ou dependente, pelo beneficiário ou

pelo representante legal de qualquer deles;

b) Doenças ou lesões que, apesar de indagado pela Seguradora e serem de conhecimento do segurado principal ou dependente, não foram declaradas quando da contratação do microsseguro;

c) Suicídio ou sequelas decorrentes da sua tentativa, caso ocorram nos dois primeiros anos de vigência da cobertura;

d) Epidemia ou pandemia declarada por órgão competente;

e) Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

f) Danos e perdas causados por atos terroristas; e

g) Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto a prestação de serviço militar e atos de humanidade em auxílio de outrem.

6. FRANQUIAS/CARÊNCIAS

6.1. Será adotada franquia para as coberturas de Diárias por Internação Hospitalar (DIH) e Diárias por Incapacidade Temporária (DIT), limitada ao máximo de 15 (quinze) dias, a contar da data de caracterização do evento, conforme condições contratuais.

6.1.1. A franquia, quando prevista, deverá estar explícita na apólice, logo após a definição da cobertura contratada.

6.2. Este plano de seguro poderá estabelecer a aplicação de franquia temporal à garantia dada por cobertura à qual seja aplicável esta cláusula.

A franquia é representada como parte do prejuízo apurado, que poderá deixar de ser paga pela Seguradora, dependendo das disposições do Contrato.

A cobertura será devida a partir do primeiro dia após cumprido o período determinado para tanto, contado a partir da data do sinistro, observado o limite contratual máximo garantido por evento fixado nas condições do seguro.

6.3. Não está previsto o estabelecimento de Franquias para as outras coberturas deste plano de microsseguro.

6.4. Os planos de microsseguro terão os prazos de carência aplicáveis às coberturas oferecidas, respeitado o limite de dois anos.

6.4.1 O prazo de carência, quando previsto, deverá estar explícito na apólice e/ou certificado individual, logo após a definição da cobertura contratada.

6.4.2 Os prazos de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderão exceder à metade dos períodos de vigência previstos para as coberturas nos documentos contratuais.

6.4.3 Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais não poderá ser estabelecido prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados da data de contratação ao microsseguro, ou de sua recondução depois de suspenso.

6.5 Quando da contratação sucessiva junto a uma mesma sociedade seguradora de cobertura de microsseguro cobrindo o mesmo objeto ou interesse, só será válido o período de carência estabelecido para a primeira contratação da sequência.

6.5.1 Considera-se contratação sucessiva aquela realizada com a mesma sociedade seguradora em período não superior a 30 (trinta) dias ou ao equivalente ao prazo de carência definido no plano, o que for maior, contado após o fim de vigência do microsseguro anterior.

6.6 Em caso de renovação do microsseguro, não será iniciado novo prazo de carência.

7. FORMA DE CONTRATAÇÃO

7.1.1. A contratação deste plano de microsseguro será feita mediante preenchimento de proposta assinada pelo proponente, seu representante legal ou por corretor habilitado, com emissão do respectivo certificado individual.

7.1.2. A proposta a que se refere subitem 7.1., poderá ser assinada por meio de assinatura eletrônica e ou, manual.

7.1.3. É vedada a utilização de assinatura na forma do subitem 7.1.1. acima, pelo corretor habilitado, intermediário da contratação.

7.1.4. O contrato de microsseguro prova-se com a exibição da apólice coletiva ou certificado

7.1.5. individual e, na falta deles, por documento comprobatório do pagamento do respectivo prêmio ou por confirmação de quitação do prêmio de microsseguro enviada pela seguradora ou seu representante com a utilização de meios remotos.

7.1.6. A apólice coletiva a que se refere este subitem deverá ser contratada por um estipulante.

7.1.7. A contratação do microsseguro mediante a emissão de certificado individual será precedida do preenchimento de proposta, datada e assinada pelo proponente ou seu representante legal, vinculada a este plano de microsseguro coletivo e a uma apólice coletiva.

7.1.8. O proponente ou seu representante legal deverá atestar na proposta que teve acesso ao conteúdo integral das condições gerais e, se for o caso, das condições especiais do plano de microsseguro por ocasião da assinatura da proposta.

7.1.9. A sociedade seguradora deverá fornecer ao segurado, seu representante legal ou ao estipulante, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

7.1.10. O protocolo de que trata o subitem 7.4. acima, poderá ser fornecido com a utilização de meios remotos desde que seja possível validar a confirmação do recebimento pelo proponente, seu representante legal ou estipulante.

7.1.11. A sociedade seguradora emitirá e enviará o certificado individual ao segurado em até 15(quinze) dias, a partir da data de aceitação da proposta e, quando for o caso, de sua renovação.

8. VIGÊNCIA

8.1 O prazo mínimo de vigência das coberturas oferecidas em planos de microsseguro será, obrigatoriamente, de 1 (um) mês, ressalvado o disposto no subitem 8.1.1 abaixo.

8.1.1. O prazo mínimo de vigência do microsseguro de viagem é de 1(um) dia.

8.2. A vigência das coberturas oferecidas neste plano de microsseguro contratado mediante a emissão da apólice ou certificado individual se inicia na data indicada nesses documentos.

9. FORMA DE PAGAMENTO DO PRÊMIO

9.1. A obrigação do pagamento do prêmio de microsseguro pelo segurado, dependendo da forma de contratação, vigorará a partir do dia previsto na apólice ou no certificado individual.

9.2. A falta de pagamento da primeira parcela na data do vencimento, acarretará no cancelamento imediato do seguro.

9.3. O prêmio do microsseguro poderá ser pago sob a forma de prêmio único, mensal, bimestral, trimestral ou semestral, conforme estabelecido na apólice, durante o período de vigência.

9.4. Não é permitido o fracionamento do prêmio único.

9.5. O pagamento do prêmio poderá ser feito por intermédio de instituição financeira, incluindo seus correspondentes, diretamente à sociedade seguradora ou a seus correspondentes de microsseguro ou a seus representantes de seguros.

9.6. O recolhimento de prêmios pelo correspondente de microsseguro, em nome da sociedade seguradora, poderá ser realizado por meio de procedimento de cobrança regularmente utilizado pelo correspondente em sua atividade principal, como contas de consumo, carnês, boletos, faturas de cartões de crédito ou descontos em folha de pagamento do segurado, desde que devidamente previsto no respectivo plano de microsseguro, e o valor destinado ao prêmio esteja perfeitamente identificado, assim como a data e a forma da correspondente quitação.

9.7. O débito efetuado em conta bancária ou cartão de crédito, a conta de consumo paga, o carnê, a fatura ou o boleto, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado, o comprovante de desconto na ficha financeira do segurado ou a confirmação de pagamento encaminhada pela sociedade seguradora com a utilização de meio remoto servirão como comprovante de pagamento do prêmio de microsseguro.

9.8. Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas (mensais,

bimestrais, trimestrais ou semestrais) coincidir com dia em que não haja expediente nos meios utilizados pelo Segurado, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente em tais meios.

9.9. Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado, o que deve ser feito até a data limite prevista no respectivo documento de cobrança.

9.10. O não pagamento quando superior à 60 dias, acarretará imediato a suspensão do exercício do direito do segurado a qualquer cobertura prevista no contrato.

9.11. O não pagamento do prêmio após 90 dias em diante, quando for o caso, em até 30 (trinta) dias após a data de vencimento acarretará o cancelamento automático da apólice de microsseguro.

9.12. A ocorrência de evento coberto durante o prazo de tolerância citado no subitem 9.8 acima, implicará no pagamento da indenização deduzido o valor da parcela atrasada.

9.13. A ausência do repasse à sociedade seguradora dos prêmios recolhidos pelo consignante/responsável não poderá causar qualquer prejuízo aos segurados ou beneficiários no que se refere às coberturas e demais direitos contemplados pelo plano.

9.14. Caso venha ser identificada a prática de apropriação indébita do prêmio de seguro, o responsável será notificado e penalizado conforme as sanções determinadas em artigo 168 decreto lei n. 2.848 de 07 de dezembro de 1940.

10. DIREITO DE ARREPENDIMENTO

10.1. O segurado que contratar plano de seguro junto a representante de seguros poderá desistir do seguro contratado no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da contratação do seguro.

10.2. O segurado poderá exercer seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízo de outros meios disponibilizados.

10.3. A sociedade seguradora ou seu representante, conforme for o caso, fornecerão ao segurado confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento, sendo obstada, a partir desse momento, qualquer possibilidade de cobrança.

10.4. Caso o segurado exerça o direito de arrependimento previsto no subitem 10.1 acima, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, durante o prazo de arrependimento, não haverá devolução dos prêmios pagos, correspondente ao período de cobertura, vigente.

11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

11.1. No caso de ocorrência de evento coberto, o segurado, seu(s) beneficiário(s) ou seu representante legal, deverá(ão) apresentar à sociedade seguradora os documentos requeridos nas condições especiais para a comprovação da cobertura contratada.

11.2. Para efeitos de pagamento de indenização, serão aceitos como prova de identificação do segurado e beneficiários:

11.3 Documento de identificação do segurado:

- a. Registro Geral (RG).
- b. Carteira Nacional de Habilitação (CNH)
- c. Documentos de identidade militar emitidos pelo Ministério da Defesa (Exército, Marinha e Aeronáutica).
- d. Documentos de identificação funcional emitidos pelas polícias federal e estaduais.
- e. Documentos de identidade de conselhos ou ordens de classe, com foto.
- f. Carteiras de identidade funcional de servidores públicos estaduais, emitidas pelas secretarias de Estado, órgão ou unidade a que o servidor esteja vinculado (Lei nº 7.836/92 e Decreto nº 39.670/94).
- g. Passaporte.
- h. Registro Nacional de Estrangeiro (RNE).
- i. Cédula de Identidade de Estrangeiro (CIE)*.
- j. Carteira de Registro Nacional Migratório (CRNM)*.
- k. Documento Provisório de Registro Nacional Migratório (DPRNM)*.
- l. Carteira de Registro Diplomático (CRD) do Ministério das Relações Exteriores (MRE) com documento que comprove filiação

11.4 No caso de substituição da cobertura de reembolso das despesas com funeral pelos serviços de assistência funeral, a sociedade seguradora deverá disponibilizar telefone gratuito de contato de central de atendimento específica para orientação à família do segurado, cujo número conste do documento contratual e por meio do qual serão solicitadas as informações iniciais, com o fornecimento de número de protocolo.

11.5 A sociedade seguradora deverá fornecer ao segurado, seu(s) beneficiário(s) ou seu representante legal, confirmação que ateste o efetivo recebimento da documentação comprobatória do evento coberto.

11.5.1. O protocolo de que trata o subitem 11.5. poderá ser fornecido com a utilização de meios remotos desde que seja possível validar a confirmação do recebimento pelo segurado, seu(s) beneficiário(s) ou seu representante legal.

11.6 A solicitação de qualquer documento comprobatório adicional por parte da sociedade seguradora, além dos definidos nas Condições Especiais para cada cobertura, deverá estar acompanhada de justificativa fundamentada e ocorrer dentro do prazo máximo para pagamento da indenização, definido no subitem 11.7.

11.6.1. A solicitação não fundamentada ou fora do prazo máximo previsto no subitem 11.7. de documentação adicional comprobatória do sinistro, por parte da sociedade seguradora, será ignorada para todos os efeitos na contagem de prazo para pagamento da indenização.

11.6.2. A contagem do prazo para pagamento será interrompida uma única vez para a solicitação da

documentação complementar a que se refere o subitem 11.6. e voltará a correr na data do seu recebimento pela sociedade seguradora.

11.7. O prazo máximo para o pagamento da indenização é de 10 (dez) dias corridos contados a partir da data de protocolo de entrega da documentação comprobatória, requerida nos documentos contratuais, junto à sociedade seguradora ou seu representante.

11.7.1. Equipara-se a representante da sociedade seguradora o correspondente de microsseguro autorizado a prover esse tipo de serviço.

11.7.2. Quando a cobertura de reembolso das despesas com funeral for substituída pela prestação de serviços de assistência funeral, os benefícios mínimos previstos na respectiva Condição Especial deverão estar 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 sociedade seguradora.

11.8. No caso de não cumprimento do prazo máximo previsto para o pagamento da indenização, conforme subitem 11.7., a sociedade seguradora deverá atualizar a obrigação pecuniária a partir da data de vencimento de sua exigibilidade e aplicar juros moratórios.

11.8.1. A atualização de que trata o subitem 11.8. será efetuada com base na variação positiva do Índice de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA/IBGE, ou o índice que vier a substituí-lo, apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

11.8.2. Os juros moratórios a que se refere o subitem 11.8. acima, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado neste documento, serão equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional.

12. RENOVAÇÃO

12.1.1. Este produto não garante renovação ao final do período de vigência, quando ocorrerá um novo contrato, se acordado pelas partes, de forma expressa, por meio de nova proposta e contrato. Caso a seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar a sua decisão aos segurados/estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

13. VALORES CONTRATADOS E ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIOS

13.1. Todos os valores constantes dos documentos que integram este seguro serão expressos em moeda corrente nacional, vedada a utilização de unidade monetária de qualquer outra natureza.

13.2. Os capitais segurados e prêmios serão atualizados anualmente, na data do aniversário da apólice, pela variação do IPCA-IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

13.2.1. Nos casos de renovação automática, será realizada a atualização conforme estabelecido na apólice e, em casos omissos, será aplicada a variação positiva acumulada do IPCA-IBGE nos últimos 12

(doze) meses, tomando por base o mês anterior ao vencimento da apólice e os 11 (onze) meses anteriores.

13.2.2. Nos demais casos de renovação, será considerada a variação do IPCA IBGE nos 12 (doze) meses que antecedem aos 3 (três) últimos meses de vigência da apólice.

13.3. Caso o índice citado nos 3 (três) subitens acima venha a ser substituído no futuro, consideraremos o índice que melhor reflita a inflação do País.

13.4. Nas coberturas de risco custeadas mediante pagamento único do prêmio, o capital segurado deverá ser atualizado, baseado no índice de preços pactuado, presente no subitem 13.2 acima, até a data da ocorrência do evento coberto.

14. REINTEGRAÇÃO

14.1. Os Capitais Segurados não serão reintegrados.

15. PERDA DE DIREITOS

15.1. O segurado perderá o direito à indenização, se agravar intencionalmente o risco.

15.2. O segurado está obrigado a comunicar à sociedade seguradora, logo que saiba qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovado que silenciou de má fé.

15.3. A sociedade seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o contrato ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada.

15.4. O cancelamento do contrato só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

15.5. Na hipótese de continuidade do contrato, a sociedade seguradora poderá cobrar a diferença de prêmio cabível.

15.6. Sob pena de perder o direito à indenização, o segurado participará o sinistro à sociedade seguradora, tão logo tome conhecimento, e adotará as providências imediatas para minorar suas consequências.

16. RESCISÃO CONTRATUAL

16.1.1. A rescisão total ou parcial do contrato poderá ser realizada, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes, que deverá comunicar a sua decisão aos segurados/estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

16.2. Na hipótese de rescisão a pedido da sociedade seguradora, esta reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

16.3. Na hipótese de rescisão a pedido do segurado, a sociedade seguradora pode reter, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio efetivamente pago, deduzido da parcela "pro rata temporis" correspondente

ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

16.4. Em caso de cancelamento para apólice contributária, necessário anuência de $\frac{3}{4}$ da massa vigente para efetuar o cancelamento da apólice vigente.

17. BENEFICIÁRIO

17.1. Os certificados individuais emitidos quando da contratação de planos de microsseguros que incluam as coberturas de Morte, Morte Acidental, Prestamista, Educacional e Viagem, deverão, obrigatoriamente, conter a informação necessária à identificação do(s) beneficiário(s) indicado(s) pelo segurado.

17.1.1. Entende-se por informação necessária à identificação do(s) beneficiário(s), no mínimo, a indicação do nome e grau de parentesco prestado pelo proponente ou seu representante legal no ato da contratação.

17.2. Deverá constar no certificado individual, cláusula expressa informando que, caso o segurado não preencha o campo relativo ao beneficiário, a indenização será paga aos herdeiros legais na ordem estabelecida pelo Art. 1.829 do Código Civil.

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

18. MEIOS REMOTOS

18.1. A utilização pelas sociedades seguradoras de meios remotos nas operações relacionadas a planos de microsseguro deverá obedecer ao disposto na legislação específica.

18.1.1. Entende-se por meios remotos aqueles que permitam a troca de e/ou o acesso a informações e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes de comunicação envolvendo o uso de tecnologias tais como rede mundial de computadores, telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras.

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

19. PRAZOS PRESCRICIONAIS

19.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

20. ESTIPULANTE

20.1. O estipulante de plano de microsseguro deverá manter estreita relação com o grupo segurado, cuja

forma de vínculo deverá estar definida no contrato coletivo, de forma clara e objetiva.

20.2. A estreita relação entre estipulante e grupo segurado a que se refere o subitem 20.1. acima não compreende a relação restrita ao vínculo de consumo estabelecido entre fornecedores de produtos e/ou serviços, incluindo serviços financeiros, e os respectivos grupos de consumidores.

20.3. Para ofertar e promover planos de microsseguro em nome de sociedade seguradora,

os fornecedores de produtos e/ou serviços a que se refere o subitem 20.2. acima deverão, obrigatoriamente, estabelecer contrato e/ou firmar convênio na condição de correspondente de microsseguro ou de representante de seguro, nos termos estabelecidos em normas específicas.

20.4. Deverão, obrigatoriamente, firmar contrato e/ou convênio com a sociedade seguradora na condição de correspondente de microsseguro:

20.4.1. A pessoa jurídica que tenha sua participação restrita à condição de consignante, responsável, unicamente, pela arrecadação de prêmios mediante descontos em folha de pagamento do respectivo segurado, com o consequente repasse em favor da sociedade seguradora;

20.4.2. A pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela arrecadação de prêmios mediante cobrança em contas de prestação de serviços, carnês, boletos ou faturas de cartões de crédito, com o consequente repasse em favor da sociedade seguradora.

21. DISPOSIÇÕES FINAIS

21.1. As demandas judiciais, entre o segurado ou beneficiário e a sociedade seguradora, que envolvam questões relacionadas a microsseguro serão sempre processadas no foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

21.2. Os planos de microsseguro de que trata este documento, somente poderão ser distribuídos através de instituição financeira, incluindo seus correspondentes, diretamente à sociedade seguradora ou a seus correspondentes de microsseguro ou a seus representantes de seguros.

21.3. Só será admitida a contratação de até dois planos de microsseguro de pessoas sobre o(s) mesmo(s) risco(s) coberto(s), para um mesmo segurado, por sociedade seguradora, dentro de períodos de vigência sobrepostos.

21.3.1 A soma dos capitais segurados dos planos de microsseguros de pessoas sobre um mesmo risco coberto contratados na forma do subitem 21.3. acima, não poderá ultrapassar os limites máximos previstos na regulamentação específica.

21.3.2 A existência de um terceiro contrato de microsseguro de pessoas sobre o mesmo risco coberto, para um mesmo segurado, junto a uma mesma sociedade seguradora, será considerada para todos os efeitos como contratação de seguro de vida, sujeitando a sociedade seguradora responsável às penalidades cabíveis pelo descumprimento na norma regulamentar.

21.4. É vedada a cobrança do custo de emissão de apólice na contratação de microsseguro.

21.5. A atualização de valores relativos a prêmios e capital segurado observará a legislação específica vigente.

21.6. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

21.7. O número de telefone gratuito da central de atendimento ao segurado estará disponibilizado pela sociedade seguradora nos documentos contratuais.

COBERTURA MORTE

1. OBJETIVO

1.1. Esta Condição Especial integra o **Plano de Microseguro de Pessoas**, podendo ser comercializada somente como cobertura deste.

2. DEFINIÇÕES

Serão utilizadas as mesmas definições do item **2. GLOSSÁRIO** das Condições Gerais do Plano de Microseguro de Pessoas.

3. GARANTIA

3.1. A presente cobertura, desde que contratada e pago o prêmio, consiste no pagamento do capital segurado ao(s) beneficiário(s) indicado(s) no certificado de microseguro, de uma única vez, em caso de falecimento do segurado, por causas naturais ou acidentais, durante o período de vigência do microseguro.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. **Serão utilizadas as mesmas exclusões constantes no item 5. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais do Plano de Microseguro de Pessoas.**

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no certificado de microseguro e vigente na data do evento coberto.

5.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada como datado evento, a data da morte do segurado.

5.3. A indenização por Morte, e, se contratada, pela cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, não se acumulam. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente, ocorrer a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do capital segurado por morte.

5.4. Com o pagamento de indenização por sinistro com o segurado principal, o certificado de microseguro será automaticamente cancelado.

6. FRANQUIA/CARÊNCIA

6.1. Não haverá aplicação de franquias para esta cobertura.

6.2. Os planos de microseguro poderão prever, facultativamente, prazos de carência aplicáveis a esta cobertura respeitado o limite de 02 (dois) anos.

6.2.1. O prazo de carência, quando previsto, deverá estar explícito no certificado de microseguro, logo após a definição da cobertura contratada.

6.2.2. Os prazos de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderão exceder à metade dos períodos de vigência previstos para esta cobertura, nos documentos contratuais.

7. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

7.1. Deverão ser enviados à Seguradora, os documentos listados abaixo:

- a. Aviso de sinistro.
- b. Certidão de óbito.
- c. Laudo de necrópsia. (se necessário)
- d. Boletim de ocorrência policial (se necessário)
- e. Cópia do prontuário médico (se necessário)
- f. Laudo do exame toxicológico. (se necessário)
- g. Laudo do exame de dosagem alcoólica. (se necessário)
- h. Laudo da perícia técnica. (se necessário)
- i. Carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese de sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;
- j. Documento identificação do segurado
- k. Comprovante de residência
- l. Documento identificação do (s) beneficiário (s)
- m. Beneficiário: certidão de nascimento, caso menor de idade
- n. Certidão de casamento (se necessário)
- o. Documentos complementares serão solicitados, se necessário

8. BENEFICIÁRIOS

A qualificação do(s) beneficiário(s) desta cobertura rege-se pelas seguintes condições:

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

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

8.3. Para fins de identificação do(s) beneficiário(s), será sempre considerada a última alteração de beneficiários recebida pela Seguradora, antes da ocorrência do sinistro;

8.4. Na falta de indicação de beneficiário, ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que foi

feita, a metade do capital segurado será pago ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

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

8.6. É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

8.7. Em sendo os beneficiários menores de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Microseguro de Pessoas que não foram revogadas por esta Condição Especial.

COBERTURA MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO

1.1. Esta Condição Especial integra o **Plano de Microseguro de Pessoas**, podendo ser comercializada somente como cobertura deste.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Serão utilizadas as mesmas definições do item 2. DEFINIÇÕES das Condições Gerais do Plano de Microseguro de Pessoas.

3. GARANTIA

3.1. A presente cobertura, desde que contratada e pago o prêmio, consiste no pagamento do capital segurado ao(s) beneficiário(s) indicado(s) no certificado de microseguro, de uma única vez, em caso de falecimento do segurado em decorrência de acidente pessoal coberto ocorrido durante o período de vigência do microseguro.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além das exclusões constantes no item 5. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais do Plano de Microseguro de Pessoas, não estão cobertos os eventos em ocorridos em decorrência de:

a) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;

b) Acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

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

d) Cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no certificado de microseguro e vigente na data do evento coberto.

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

5.3. A indenização por Morte, e, se contratada, pela cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, não se acumulam. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente, ocorrer morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do capital segurado por morte.

5.4. Com o pagamento de indenização por sinistro com o segurado principal, o certificado de microseguro será automaticamente cancelado.

6. FRANQUIA/CARÊNCIA

6.1. Não haverá aplicação de franquia para esta cobertura.

6.2. Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais não poderá ser estabelecido prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 02 (dois) anos ininterruptos, contados da data de contratação ou de adesão ao microsseguro, ou de sua recondução depois de suspenso.

7. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

7.1. Deverão ser enviados à Seguradora, os documentos listados abaixo:

a. Aviso de sinistro.

b. Certidão de Óbito.

c. Laudo de Necrópsia. (se necessário)

d. Boletim de Ocorrência Policial (se necessário)

e. Cópia do prontuário médico (se necessário)

f. Laudo do Exame Toxicológico. (se necessário)

g. Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica. (se necessário)

h. Laudo da Perícia Técnica. (se necessário)

i. Carteira Nacional de Habilitação (CNH), na hipótese de sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado;

j. Documento identificação do segurado

k. Comprovante de Residência

l. Documento identificação do (s) beneficiário (s)

m. Beneficiário: Certidão de Nascimento, caso menor de idade

n. Certidão de casamento (se necessário)

o. Documentos complementares serão solicitados, se necessário

8. BENEFICIÁRIOS

A qualificação do(s) beneficiário(s) desta cobertura rege-se pelas seguintes condições:

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

8.2. A qualquer tempo, o Segurado poderá alterar o(s) beneficiário(s) indicado(s), por meio desolicitação

formal, datada, assinada e protocolada junto à Seguradora, não se admitindo a utilização de meios remotos neste procedimento;

8.3. Para fins de identificação do(s) beneficiário(s), será sempre considerada a última alteração de beneficiários recebida pela Seguradora, antes da ocorrência do sinistro;

8.4. Na falta de indicação de beneficiário, ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que foifeita, a metade do capital segurado será pago ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

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

8.6. É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

8.7. Em sendo os beneficiários menores de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Microseguro de Pessoas que não foram revogadas por esta Condição Especial.

REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL

1. OBJETIVO

1.1. Esta Condição Especial integra o **Plano de Microseguro de Pessoas** podendo ser comercializado somente como cobertura deste.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Serão utilizadas as mesmas definições do item **2. GLOSSÁRIO** das Condições Gerais do **Plano de Microseguro de Pessoas**.

3. GARANTIA

3.1. A presente cobertura, desde que contratada e pago o prêmio, consiste no reembolso das despesas com o funeral do(s) segurado(s), limitado ao valor do capital segurado.

3.2. Poderá haver a substituição do reembolso estabelecido no subitem 3.1. acima, pela prestação de serviços, mediante acordo entre as partes, garantindo, pelo menos, os seguintes benefícios:

a) Carro funerário: à disposição da família para o transporte do corpo do segurado desde o local em que estiver até o local do velório e, depois, se for o caso, ao local do sepultamento, desde que dentro do mesmo município;

b) Coroa de flores: à disposição da família, confeccionada com flores da época, incluindo uma faixa de dizeres redigida pela própria família;

c) Ornamentação de urna: à disposição da família, flores da época para o interior da urna;

d) Paramentos: de responsabilidade do serviço de assistência funeral, os castiçais e velas que acompanham a urna bem como os aparelhos de ozona;

e) Registro de óbito: de responsabilidade do serviço de assistência funeral, o registro do óbito em cartório, sendo que, se necessário, será solicitado o acompanhamento de um membro da família;

f) Sepultamento: de responsabilidade do serviço de assistência funeral, incluindo o pagamento das respectivas taxas relacionadas ao sepultamento nas modalidades municipal ou particular, conforme especificado nas condições especiais do plano de microseguro;

g) Caixão: de responsabilidade do serviço de assistência funeral, o pagamento das despesas relacionadas à aquisição da urna funerária, na modalidade especificada nas condições especiais do plano de microseguro;

h) 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.

3.3. Quando a cobertura de reembolso das despesas com funeral for substituída pela prestação de serviços de assistência funeral, os benefícios mínimos previstos neste certificado de microsseguro deverão estar 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 sociedade seguradora.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Serão utilizadas as mesmas exclusões constantes no item 5. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais do Plano de Microsseguro de Pessoas.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no certificado de microsseguro e vigente na data do evento coberto.

5.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada como data do evento, a data de falecimento do segurado, comprovada mediante Certidão de Óbito.

5.3. Com o pagamento de indenização por sinistro com o segurado principal, o certificado de microsseguro será automaticamente cancelado.

6. FRANQUIA/CARÊNCIA

6.1. Não haverá aplicação de franquias para esta cobertura.

6.2. Os planos de microsseguro poderão prever, facultativamente, prazos de carência aplicáveis a esta cobertura respeitado o limite de 02 (dois) anos.

6.2.1. O prazo de carência, quando previsto, deverá estar explícito no certificado de microsseguro, logo após a definição da cobertura contratada.

6.2.2. Os prazos de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderão exceder à metade dos períodos de vigência previstos para esta cobertura, nos documentos contratuais.

7. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

7.1. Deverão ser enviados à Seguradora, os documentos listados abaixo:

a) Aviso de Sinistro;

b) Certidão de Óbito do Segurado;

c) Documento de identificação do segurado

d) Notas Fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas com o funeral do segurado;

e) Documento de identificação daquele(s) que realizar(em) as despesas.

f) Documentos complementares serão solicitados, se necessário

8. BENEFICIÁRIO

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

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Microseguro de Pessoas que não foram revogadas por esta Condição Especial.

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA

1. OBJETIVO

1.1. Esta Condição Especial integra o **Plano de Microseguro de Pessoas** podendo ser comercializado somente como cobertura deste.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Serão utilizadas as mesmas definições do item **2. GLOSSÁRIO** das Condições Gerais do **Plano de Microseguro de Pessoas**.

3. GARANTIA

3.1. A presente cobertura, desde que contratada e pago o prêmio, consiste no pagamento do capital segurado, de uma única vez, conforme estabelecido nestas condições especiais do plano de microseguro, em caso da perda total ou impotência funcional definitiva dos membros ou órgãos definidos no certificado de microseguro, em decorrência de lesão física sofrida pelo segurado, provocada por acidente pessoal coberto.

3.2. Para efeito de indenização, consideram-se como Invalidez Permanente Total por Acidente os eventos relacionados abaixo, mediante comprovação por laudo médico, e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação:

- a) Perda total da visão de ambos os olhos;
- b) Perda total do uso de ambos os braços;
- c) Perda total do uso de ambas as pernas;
- d) Perda total do uso de ambas as mãos;
- e) Perda total do uso de um braço e uma perna;
- f) Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- g) Perda total do uso de ambos os pés;
- h) Alienação mental total incurável;
- i) Nefrectomia bilateral por acidente.

3.3. Não ficando abolidas por completo as funções dos membros ou órgãos lesados, a indenização por invalidez permanente total por acidente não será devida pela Seguradora, independente da percentagem de redução das funções.

3.4. Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do

acidente, o grau de invalidez pré-existente será percentualmente deduzido para fins de indenização.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além das exclusões constantes no item 5. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais do Plano de Microseguro de Pessoas, não estão garantidos por esta cobertura:

a) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;

b) Acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

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

d) Cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no certificado de microseguro e vigente na data do evento coberto.

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

5.3. A indenização por invalidez permanente total por acidente e, se contratada, pela cobertura de morte, não se acumulam. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente total, ocorrer a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do capital segurado por morte.

5.4. Com o pagamento de indenização por sinistro com o segurado principal, o certificado de microseguro será automaticamente cancelado, não havendo reintegração do capital segurado.

6. FRANQUIA/CARÊNCIA

6.1. Não haverá aplicação franquias para esta cobertura.

6.2. Os planos de microseguro poderão prever, facultativamente, prazos de carência aplicáveis a esta cobertura respeitado o limite de 02 (dois) anos.

6.2.1. O prazo de carência, quando previsto, deverá estar explícito no certificado de microseguro, logo após a definição da cobertura contratada.

6.2.2. Os prazos de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderão exceder à metade dos períodos de vigência previstos para esta cobertura, nos documentos contratuais.

7. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

-
- a. Aviso de sinistro.
 - b. Documento identificação do segurado
 - c. Boletim de Ocorrência Policial (se necessário)
 - d. Comprovante de Residência
 - e. Cópia do prontuário médico
 - f. Laudo do Exame Toxicológico. (se necessário)
 - g. Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica. (se necessário)
 - h. Laudo da Perícia Técnica. (se necessário)
 - i. Laudo, exame, corpo de delito ou relatório médico com as definições das lesões permanentes
 - j. Relatório das internações com indicação das lesões produzidas pelos traumas, datas e tratamentos realizados. (clínico, cirúrgico e fitoterápicos, se houver)
 - k. Alta hospitalar
 - l. Relatório de tratamento com indicação das lesões produzidas pelo trauma, datas e locais de tratamento realizados (clínicos, cirúrgicos e fisioterápicos) e data de conclusão de tratamento - cópia simples
 - m. Carteira Nacional de Habilitação (CNH), na hipótese de sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado;
 - n. Documentos complementares serão solicitados, se necessário

I. Documento Original

- a. Relatório médico devidamente assinado e carimbado pelo médico, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados; (se necessário)
- b. Nota Fiscal discriminando os serviços/valores, onde deve constar o nome do Segurado e contendo o nome do responsável pelo pagamento das despesas. (se necessário)

II. QUANDO FOR CONSTITUÍDO PROCURADOR:

- c. Procuração particular, específica para o Seguro Obrigatório, com firma reconhecida por autenticidade. – original e ou Procuração por Instrumento Público específica para o Seguro Obrigatório,
- d. OAB, se for advogado
- e. Cópia simples: CPF e RG ou CNH se não for advogado
- f. Comprovante de residência, vigente, em nome do procurador

8. BENEFICIÁRIO

8.1. O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado.

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

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Microseguro de Pessoas que não foram revogadas por esta Condição Especial.

DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E/OU ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE - DMHO

1. OBJETIVO

1.1. Esta Condição Especial integra o **Plano de Microseguro de Pessoas** podendo ser comercializado somente como cobertura deste.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Serão utilizadas as mesmas definições do item **2. GLOSSÁRIO** das Condições Gerais do **Plano de Microseguro de Pessoas**.

3. GARANTIA

3.1. A presente cobertura, desde que contratada e pago o prêmio, 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.

3.2. Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde **que legalmente habilitados**.

3.3. Desde que preservada a livre escolha, a Seguradora pode estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, para facilitar a prestação da assistência ao Segurado.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além das exclusões constantes no item **5. RISCOS EXCLUÍDOS** das Condições Gerais do **Plano de Microseguro de Pessoas**, não estão garantidos por esta cobertura:

a) **Estados de convalescença, após a alta médica.**

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no certificado de microseguro e vigente na data do evento coberto.

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

6. FRANQUIA/CARÊNCIA

6.1. Não haverá aplicação de franquia para esta cobertura.

6.2. Os planos de microseguro poderão prever, facultativamente, prazos de carência aplicáveis a esta cobertura respeitado o limite de 02 (dois) anos.

6.2.1. O prazo de carência, quando previsto, deverá estar explícito no certificado de microsseguro, logo após a definição da cobertura contratada.

6.2.2. Os prazos de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderão exceder à metade dos períodos de vigência previstos para esta cobertura, nos documentos contratuais.

7. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

7.1. Deverão ser enviados à Seguradora, os documentos listados abaixo:

a) Aviso de Sinistro;

b) Documento de Identificação do Segurado

c) Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;

d) Notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas pelo segurado;

e) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado;

f) Relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas e diagnósticos necessários.

8. BENEFICIÁRIO

8.1. O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Microsseguro de Pessoas que não foram revogadas por esta Condição Especial.

PRESTAMISTA

1. OBJETIVO

1.1. Esta Condição Especial integra o **Plano de Microseguro de Pessoas** podendo ser comercializado somente como cobertura deste.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Serão utilizadas as mesmas definições do item **2. GLOSSÁRIO** das Condições Gerais do **Plano de Microseguro de Pessoas**.

3. GARANTIA

3.1. A presente cobertura, desde que contratada e pago o prêmio, consiste no pagamento de indenização ao credor em caso de ocorrência de evento coberto, conforme definido no subitem

3.3. abaixo, equivalente ao saldo da dívida ou do compromisso assumido pelo segurado junto ao credor, devendo a diferença entre o capital segurado e a indenização efetivamente paga ao credor, quando verificada, ser paga ao segundo beneficiário, indicado pelo segurado, ao próprio segurado ou a seus herdeiros legais.

3.2. Entende-se credor como sendo a pessoa jurídica a quem o segurado paga prestações periódicas em decorrência da dívida contraída ou do compromisso assumido.

3.3. Os eventos cobertos a que se refere o subitem 3.1. acima limitam-se às coberturas abaixo desde que contratadas e especificadas no certificado de microseguro:

- a) Morte;
- b) Morte Acidental;
- c) Invalidez Permanente Total por Acidente;
- d) Desemprego.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Serão utilizadas as mesmas exclusões constantes no item **5. RISCOS EXCLUÍDOS** das Condições Gerais do **Plano de Microseguro de Pessoas**.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada como data do evento:

- a) Morte: a data de falecimento do segurado;
- b) Morte Acidental: a data do acidente que deu origem ao sinistro;
- c) Invalidez permanente total por acidente: a data do acidente que deu origem ao sinistro;

d) Desemprego: a data da dispensa sem justa causa que deu origem ao sinistro.

Comprovação mensal da perda de renda:

A prova do desemprego é a cópia da Carteira de Trabalho devidamente atualizada (carimbo com CNPJ da empresa empregadora com assinatura e data), autenticada em cartório devidamente datada, dentro do mês do benefício ao final de cada mês de desemprego.

6. FRANQUIA/CARÊNCIA

6.1. Para cada cobertura citada no subitem 3.3 acima, deverão ser respeitadas as franquias / carências conforme suas respectivas Condições Especiais.

7. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

7.1. Além dos documentos mencionados no subitem 11.2. das Condições Gerais do Plano de Microsseguro de Pessoas, deverão ser enviados à Seguradora, os documentos listados abaixo:

a) Morte: aviso de sinistro; certidão de óbito do segurado; boletim de ocorrência policial, se for o caso; carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese de sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado; e documento de identificação do(s) beneficiário(s).

b) Morte Acidental: aviso de sinistro; certidão de óbito do segurado; boletim de ocorrência policial, se for o caso; carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese de sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado; e documento de identificação do(s) beneficiário(s).

• Invalidez total permanente por acidente:

- a. Aviso de sinistro.
- b. Documento identificação do segurado
- c. Boletim de Ocorrência Policial (se necessário)
- d. Comprovante de Residência
- e. Cópia do prontuário médico
- f. Laudo do Exame Toxicológico. (se necessário)
- g. Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica. (se necessário)
- h. Laudo da Perícia Técnica. (se necessário)
- i. Laudo, exame, corpo de delito ou relatório médico com as definições das lesões permanentes
- j. Relatório das internações com indicação das lesões produzidas pelos traumas, datas e tratamentos realizados. (clínico, cirúrgico e fitoterápicos, se houver)
- k. Alta hospitalar

l. Relatório de tratamento com indicação das lesões produzidas pelo trauma, datas e locais de tratamento realizados (clínicos, cirúrgicos e fisioterápicos) e data de conclusão de tratamento - cópia simples

m. Carteira Nacional de Habilitação (CNH), na hipótese de sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado;

n. Documentos complementares serão solicitados, se necessário

II.DOCUMENTO ORIGINAL

a. Relatório médico devidamente assinado e carimbado pelo médico, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados; (se necessário)

b. Nota Fiscal discriminando os serviços/valores, onde deve constar o nome do Segurado e contendo o nome do responsável pelo pagamento das despesas. (se necessário)

c.

III.QUANDO FOR CONSTITUÍDO PROCURADOR

a. Procuração particular, específica para o Seguro Obrigatório, com firma reconhecida por autenticidade. – original e ou Procuração por Instrumento Público específica para o Seguro Obrigatório,

b. OAB, se for advogado

c. Cópia simples: CPF e RG ou CNH se não for advogado

d. Comprovante de residência, vigente, em nome do procurador

e.

c) Desemprego: Aviso de Sinistro, Documento de Identificação do Segurado, Carteira de Trabalho Digital ou Termo Rescisório Homologado.

8. BENEFICIÁRIO

8.1. O Primeiro Beneficiário será o credor.

8.2. A diferença entre o capital segurado e a indenização efetivamente paga ao credor, quando verificada, será paga ao segundo beneficiário, indicado pelo segurado, ao próprio segurado ou a seus herdeiros legais.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Microseguro de Pessoas que não foram revogadas por esta Condição Especial.

EDUCACIONAL

1. OBJETIVO

1.1. Esta Condição Especial integra o **Plano de Microseguro de Pessoas** podendo ser comercializado somente como cobertura deste.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Serão utilizadas as mesmas definições do item **1. GLOSSÁRIO das Condições Gerais** do Plano de Microseguro de Pessoas.

3. GARANTIA

3.1. A presente cobertura, desde que contratada e pago o prêmio, 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(s) segurado(s) indicado(s) no certificado de microseguro, dos eventos cobertos, conforme definidos no subitem 3.3. abaixo, visando auxiliar o custeio das despesas com educação, incluindo mensalidades e, opcionalmente ou adicionalmente, outras despesas escolares, facultando-se, ainda, o estabelecimento de um valor a ser pago ao final do 2º ou 3º grau como apoio e incentivo à iniciação profissional.

3.2. Quando da contratação de cobertura educacional, a previsão do pagamento do capitalsegurado de forma única está restrita:

- a) Ao último ano letivo do período contratado;
- b) À ocorrência de invalidez total do educando-segurado;
- c) À concessão de um dote ao final do período de formação; ou
- d) Às despesas escolares do ano de referência.

3.3. Os eventos cobertos a que se refere o subitem 3.1 acima. limitam-se às coberturas abaixo desde que contratadas e especificadas no certificado de microseguro:

- a) Morte do Responsável;
- b) Morte Acidental do Responsável;
- c) Invalidez Permanente Total por Acidente do Responsável;
- d) Desemprego do Responsável.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Serão utilizadas as mesmas exclusões constantes no item **5. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais do Plano de Microseguro de Pessoas.**

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado é a importância máxima estabelecida para cada garantia deste Microseguro, a ser paga em caso de ocorrência de evento coberto.

5.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada como datado evento, a data do óbito do responsável pelo educando.

a) Morte: a data da morte do responsável pelo educando.

b) Morte Acidental: a data do acidente do responsável pelo educando que deu origem ao sinistro;

c) Invalidez Permanente Total por Acidente: A data do acidente do responsável pelo educando que deu origem ao sinistro;

d) Desemprego: a data da dispensa sem justa causa do responsável pelo educando que deu origem ao sinistro;

Comprovação mensal da perda de renda:

A prova do desemprego é a cópia da Carteira de Trabalho devidamente atualizada (carimbo com CNPJ da empresa empregadora com assinatura e data), autenticada em cartório devidamente datada, dentro do mês do benefício ao final de cada mês de desemprego.

6. FRANQUIA/CARÊNCIA

6.1. Para cada cobertura citada no subitem 3.3 acima, deverão ser respeitadas as franquias /carências conforme suas respectivas Condições Especiais.

7. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

7.1. Além dos documentos mencionados no subitem 11.2. das Condições Gerais do Plano de Microseguro de Pessoas, deverão ser enviados à Seguradora, os documentos listados abaixo:

a) Aviso de Sinistro;

b) Documento de identificação do segurado/beneficiário;

c) Declaração do Estabelecimento de ensino contendo o valor da mensalidade, contrato da matrícula e a documentação prevista nas alíneas, subitem 5.2. (garantia de morte e morte acidental), correspondentes aos eventos cobertos vinculados.

8. BENEFICIÁRIO

8.1. O beneficiário deste seguro será sempre o educando, ainda que representado ou assistido, na forma da lei.

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

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Microseguro de Pessoas que não foram revogadas por esta Condição Especial.

DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR - DIH

1. OBJETIVO

1.1. Esta Condição Especial integra o **Plano de Microseguro de Pessoas** podendo ser comercializado somente como cobertura deste.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Além das definições do item **2. GLOSSÁRIO** das Condições Gerais do **Plano de Microseguro de Pessoas**, será utilizada a definição abaixo:

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

3. GARANTIA

3.1. A presente cobertura, desde que contratada e pago o prêmio, consiste no pagamento de indenização proporcional ao período de internação hospitalar do segurado, limitado ao número máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, sendo vedada a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares incorridas.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. **Serão utilizadas as mesmas exclusões constantes no item 5. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais do Plano de Microseguro de Pessoas.**

5. CAPITAL SEGURADO

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

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

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

6. FRANQUIA/CARÊNCIA

6.1. Será adotada franquia limitada ao máximo de 15 (quinze) dias, a contar da data de caracterização do evento, conforme condições contratuais.

6.1.1. A franquia, quando prevista, deverá estar explícita no certificado de microseguro, logo após a definição da cobertura contratada.

6.2. Os planos de microsseguro poderão prever, facultativamente, prazos de carência aplicáveis a esta cobertura respeitado o limite de 02 (dois) anos.

6.2.1. O prazo de carência, quando previsto, deverá estar explícito no certificado de microsseguro, logo após a definição da cobertura contratada.

6.2.2. Os prazos de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderão exceder à metade dos períodos de vigência previstos para esta cobertura, nos documentos contratuais.

7. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

7.1. Além dos documentos mencionados no subitem 11.2. das Condições Gerais do Plano de Microsseguro de Pessoas, deverão ser enviados à Seguradora, os documentos listados abaixo:

a) Aviso de Sinistro;

b) Documento de Identificação do Segurado

c) Relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas e diagnósticos necessários.

d) Prontuário médico e data da alta hospitalar

8. BENEFICIÁRIO

8.1. O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado.

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

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Microsseguro de Pessoas que não foram revogadas por esta Condição Especial.

DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA - DIT

1. OBJETIVO

1.1. Esta Condição Especial integra o **Plano de Microseguro de Pessoas** podendo ser comercializado somente como cobertura deste.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Serão utilizadas as mesmas definições do item **2. GLOSSÁRIO** das Condições Gerais do **Plano de Microseguro de Pessoas**.

3. GARANTIA

3.1. A presente cobertura, desde que contratada e pago o prêmio, 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.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Serão utilizadas as mesmas exclusões constantes no item **5. RISCOS EXCLUÍDOS** das Condições Gerais do Plano de Microseguro de Pessoas.

5. CAPITAL SEGURADO

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

5.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada como datado evento, a data do início do tratamento médico.

5.3. O pagamento da indenização será realizado mensalmente, enquanto permanecer a incapacidade física total e temporária do Segurado, limitado ao número de diárias cobertas.

6. FRANQUIA/CARÊNCIA

6.1. Será adotada franquia limitada ao máximo de 15(quinze) dias, a contar da data de caracterização do evento, conforme condições contratuais.

6.1.1. A franquia, quando prevista, deverá estar explícita no certificado de microseguro, logo após a definição da cobertura contratada.

6.2. Os planos de microseguro poderão prever, facultativamente, prazos de carência aplicáveis a esta cobertura respeitado o limite de 02 (dois) anos.

6.2.1. O prazo de carência, quando previsto, deverá estar explícito no certificado de microseguro, logo após a definição da cobertura contratada.

6.2.2. Os prazos de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderão exceder à metade dos períodos de vigência previstos para esta cobertura, nos documentos contratuais.

7. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

a. Aviso de sinistro.

b. Documento de identificação do segurado

c. Boletim de Ocorrência Policial (se necessário)

d. Comprovante de Residência

e. Cópia do prontuário médico

f. Laudo, exame, corpo de delito ou relatório médico com as definições das lesões permanentes

g. Relatório das internações e tratamentos com indicação das lesões produzidas pelos traumas, datas e tratamentos realizados. (clínico, cirúrgico e fitoterápicos, se houver)

h. Alta hospitalar

i. Documentos complementares serão solicitados, se necessário

j. 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.

8. BENEFICIÁRIO

8.1. O beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Microseguro de Pessoas que não foram revogadas por esta Condição Especial.

DESEMPREGO

1. OBJETIVO

1.1. Esta Condição Especial integra o **Plano de Microseguro de Pessoas** podendo ser comercializado somente como cobertura deste.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Serão utilizadas as mesmas definições do item **2. GLOSSÁRIO** das Condições Gerais do **Plano de Microseguro de Pessoas**.

3. GARANTIA

3.1. A presente cobertura, desde que contratada e pago o prêmio, 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 de 12 (doze) mensalidades por evento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além das exclusões constantes no item **5. RISCOS EXCLUÍDOS** das Condições Gerais do **Plano de Microseguro de Pessoas**, não estão garantidos por esta cobertura:

a) Demissões por justa causa.

5. CAPITAL SEGURADO

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

5.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada como datado evento, a data da dispensa sem justa causa que deu origem ao sinistro.

6. FRANQUIA/CARÊNCIA

6.1. Não haverá aplicação de Franquia para esta cobertura.

6.2. Os planos de microseguro poderão prever, facultativamente, prazos de carência aplicáveis a esta cobertura respeitado o limite de 02 (dois) anos.

6.2.1. O prazo de carência, quando previsto, deverá estar explícito no certificado de microseguro, logo após a definição da cobertura contratada.

6.2.2. Os prazos de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderão exceder à metade dos períodos de vigência previstos para esta cobertura, nos documentos contratuais.

7. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

7.1. Deverão ser enviados à Seguradora, os documentos listados abaixo:

a) Aviso de Sinistro;

b) Documento de Identificação do Segurado;

c) Carteira de Trabalho Digital ou Termo Rescisório Homologado;

d) Comprovação Mensal da Perda de Renda - a prova do desemprego é a cópia da Carteira de trabalho digital dentro do mês do benefício ao final de cada mês de desemprego.

8. BENEFICIÁRIO

8.1. O beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Microseguro de Pessoas que não foram revogadas por esta Condição Especial.

DOENÇAS GRAVES

1. OBJETIVO

1.1. Esta Condição Especial integra o **Plano de Microseguro de Pessoas** podendo ser comercializado somente como cobertura deste.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Serão utilizadas as mesmas definições do item **2. GLOSSÁRIO** das Condições Gerais do **Plano de Microseguro de Pessoas**.

3. GARANTIA

3.1. A presente cobertura, desde que contratada e pago o prêmio, consiste no pagamento do capital segurado, de uma única vez em decorrência de diagnóstico de alguma das doenças devidamente especificadas, conforme definido nas condições especiais do plano de microseguro.

3.2. DOENÇAS GRAVES COBERTAS:

3.2.1. CÂNCER (NEOPLASIA)

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

Ministério da Saúde e pelas sociedades médicas científicas especializadas.

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

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

3.2.1.2. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de câncer e desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência da apólice.

3.2.2. INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

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

3.2.2.2. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de infarto agudo do miocárdio e desde que a doença tenha sido diagnosticada no período de vigência da apólice.

3.2.3. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

3.2.3.1. 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

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).

3.2.3.2. 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.

3.2.4. INSUFICIÊNCIA RENAL TERMINAL

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

3.2.4.2. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de insuficiência renal terminal, desde que a doença causadora do quadro tenha se manifestado no período de vigência da apólice.

3.2.5. TRANSPLANTE DE ÓRGÃO

3.2.5.1. Procedimento cirúrgico em que o segurado participa como receptor de algum dos seguintes órgãos: coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea. A cirurgia deve ser feita e

confirmada por médico cirurgião habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

3.2.5.2. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados cuja necessidade e realização da cirurgia para transplante de órgão tenha ocorrido no período de vigência da apólice.

3.2.6. DOENÇA DE ALZHEIMER

3.2.6.1. Diagnóstico definitivo de Doença de Alzheimer – demência pré-senil

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

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

Outra maneira de caracterização desta cobertura é a Doença de Alzheimer deixar o segurado totalmente 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. **As incapacidades para as atividades da vida diária devem ser simultâneas e clinicamente documentadas para diagnóstico definitivo da doença.**

3.2.6.2. **Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de Doença de Alzheimer e manifestarem incapacidades para vida útil ou para atividades da vida diária, conforme definição, desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência da apólice.**

3.2.7. DOENÇA (OU MAL) DE PARKINSON

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

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

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

- a) Tomar banho – capacidade de se lavar na banheira ou chuveiro.
-

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

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

Doença de Parkinson primária ou idiopática: sem causa conhecida.

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Serão utilizadas as mesmas exclusões constantes no item 5. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais do Plano de Microseguro de Pessoas.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento coberto.

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

5.3. Com o pagamento de indenização por sinistro com o segurado principal, o seguro será automaticamente cancelado, não havendo reintegração do capital segurado.

6. FRANQUIA/CARÊNCIA

6.1. Não haverá aplicação de franquias para esta cobertura.

6.2. A cobertura de Doenças Graves possui carência de 90 (noventa) dias, cuja contagem será a partir do início de vigência do Seguro.

6.3. Os planos de microseguro poderão prever, facultativamente, prazos de carência aplicáveis a esta cobertura respeitado o limite de 02 (dois) anos.

6.3.1. O prazo de carência, quando previsto, deverá estar explícito no certificado de microseguro, logo após a definição da cobertura contratada.

6.3.2. Os prazos de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderão exceder à metade dos períodos de vigência previstos para esta cobertura, nos documentos contratuais.

7. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

7.1. Deverão ser enviados à Seguradora, os documentos listados abaixo:

- a. Aviso de sinistro.
- b. Documento de identificação do segurado
- c. Comprovante de Residência
- d. Cópia do prontuário médico
- e. Laudo, exame, relatório médico com as definições do diagnóstico;
- f. Relatório e exames laboratoriais do diagnóstico 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;
- g. Documentos complementares serão solicitados, se necessário

8. BENEFICIÁRIO

8.1. O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Microseguro de Pessoas que não foram revogadas por esta Condição Especial.

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE E DEPENDENTES

1. OBJETIVO

Esta Condição Especial integra o **Plano de Microseguro de Pessoas**, podendo ser comercializado somente como cobertura deste.

2. DEFINIÇÕES

Além das definições do item **2. GLOSSÁRIO** das Condições Gerais do **Plano de Microseguro de Pessoas**, serão utilizadas as definições abaixo:

Cônjuge: a pessoa unida ao Segurado Principal pelo casamento civil, realizado em conformidade com a lei, assim como a(o) companheira(o) que por força de legislação tenha adquirido as prerrogativas de cônjuge.

Dependentes: são os dependentes de acordo com o regulamento do Imposto de Renda.

3. GARANTIA

Esta cláusula consiste na inclusão na(s) mesma(s) cobertura(s) do segurado principal, de seu cônjuge ou companheiro, seu(s) filho(s), enteado(s), pai, mãe e/ou outros dependentes.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

São os mesmos previstos para cada cobertura contratada.

5. CAPITAL SEGURADO

Os capitais segurados das coberturas contratadas para o cônjuge e/ou dependentes serão definidos na apólice e não poderão ser superiores a 100% (cem por cento) dos capitais segurados para o Segurado Principal.

6. FRANQUIA/CARÊNCIA

6.1. Para cada cobertura citada no subitem 3.1 acima, deverão ser respeitadas as franquias / carências conforme suas respectivas Condições Especiais.

7. BENEFICIÁRIOS

Salvo estipulação expressa em contrário na apólice, a indenização é devida:

7.1. No caso de sinistro com o cônjuge, companheira(o) ou outro dependente adulto segurado:

a) Por morte: ao segurado principal.

b) Por outras causas e coberturas contratadas para o cônjuge: ao próprio dependente segurado.

7.2. No caso de sinistro com filho(s) ou enteado(s), as indenizações decorrentes desta cobertura serão pagas ao segurado principal, caso o filho ou enteado seja menor de idade. Caso contrário, a indenização será paga ao próprio dependente.

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

8.1. Esta cobertura será obrigatoriamente cancelada se:

- a)** A apólice de microsseguro for cancelada.
- b)** Ocorrer a morte do Segurado principal.

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

- a)** Ocorrer a morte do Segurado dependente.
- b)** Houver indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) ou Doenças Graves(DG) em decorrência de sinistro com o Segurado dependente.
- c)** Houver separação judicial ou de fato, no que se refere ao cônjuge dependente, nos termos da legislação civil vigente.
- d)** Cessar a condição de dependente prevista no Regulamento do Imposto de Renda, no que se refere aos demais dependentes.

9. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

9.1. A lista de documentos seguirá à necessária para as coberturas do segurado principal.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Microsseguro de Pessoas que não foram revogadas por esta Condição Especial.

VIAGEM

1. OBJETIVO

Esta Condição Especial integra o **Plano de Microseguro de Pessoas**, podendo ser comercializado somente como cobertura deste.

2. DEFINIÇÕES

Serão utilizadas as mesmas definições do item **2. GLOSSÁRIO** das Condições Gerais do

Plano de Microseguro de Pessoas.

3. GARANTIA

3.1. Esta cobertura consiste no pagamento de indenização, de uma única vez ou sob a forma de renda, ao segurado ou ao(s) beneficiário(s) indicado(s) na apólice, em caso de ocorrência de evento coberto, definido na(s) modalidade(s) contratada(s) descritas no certificado de microseguro, dentro do território nacional ou, facultativamente, até 150 (cento e cinquenta) quilômetros da linha de fronteira do Brasil, durante período de viagem previamente determinado.

3.1.1. São admitidas as seguintes modalidades desde que contratadas e especificadas na apólice de Microseguro:

a) Morte em viagem – morte do segurado, por causas naturais ou acidentais, durante o período da viagem.

b) Invalidez permanente total por acidente em viagem – invalidez permanente total do segurado provocada por acidente pessoal coberto ocorrido durante o período da viagem.

c) Cancelamento de viagens – consiste no reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas com a aquisição de pacotes turísticos e/ou serviços de viagens, com transporte e hospedagem, em caso de morte ou invalidez permanente total do segurado.

d) Perda de bagagem – consiste no pagamento de indenização ao segurado, limitada ao capital segurado, no caso de perda, extravio, furto, roubo ou dano de sua bagagem.

e) Despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas em viagem (DMHO em viagem)

-consiste no reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, realizado sob orientação médica durante o período da viagem.

f) Traslado de corpo - consiste no reembolso, limitado ao capital segurado, das despesas com liberação e transporte do corpo do segurado do local da ocorrência do evento coberto até o domicílio ou local do sepultamento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Serão utilizadas as mesmas exclusões constantes no item 5. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais do Plano de Microseguro de Pessoas.

5. CAPITAL SEGUADO

5.1. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada como data do evento conforme as modalidades abaixo:

- a) **Morte em viagem:** a data de falecimento do segurado;
- b) **Invalidez permanente total por acidente em viagem:** a data do acidente que deu origem ao sinistro;
- c) **Cancelamento de viagens:** a data de cancelamento da viagem;
- d) **Perda de bagagem:** a data de Perda, extravio, furto, roubo ou dano da bagagem;
- e) **Despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas em viagem (DMHO em viagem):** a datada despesa médica odontológica;
- f) **Traslado de corpo:** a data da morte do segurado.

6. FRANQUIA/CARÊNCIA

6.1. Não haverá aplicação de carência e/ou franquia para esta cobertura.

7. BENEFICIÁRIOS

7.1. Em caso de Morte do Segurado:

7.1.1. A qualificação do(s) beneficiário(s) desta cobertura rege-se pelas seguintes condições:

- a) Os beneficiários deste seguro serão designados pelo Segurado no ato da contratação, com a indicação, no mínimo, do nome e grau de parentesco para identificação do(s) mesmo(s).
- b) A qualquer tempo, o Segurado poderá alterar o(s) beneficiário(s) indicado(s), por meio de solicitação formal, datada, assinada e protocolada junto à Seguradora, não se admitindo a utilização de meios remotos neste procedimento;
- c) Para fins de identificação do(s) beneficiário(s), será sempre considerada a última alteração de beneficiários recebida pela Seguradora, antes da ocorrência do sinistro;
- d) Na falta de indicação de beneficiário, ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que foi feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.
- e) Na falta das pessoas indicadas neste subitem, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

f) É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

g) Em sendo os beneficiários menores de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.

7.2. Nos demais casos:

7.2.1. O beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.

a) DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

b) Morte em viagem: aviso de sinistro; certidão de óbito do segurado; boletim de ocorrência policial, se for o caso; documento de identificação do segurado, CNH do segurado na hipótese de sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado; e documento de identificação do(s) beneficiário(s).

c) e) Histórico de passagens, bem como cópia dos bilhetes aéreos ou do meio de transporte da viagem segura; (se necessário)

d) Invalidez total permanente por acidente em viagem: aviso de sinistro; boletim de ocorrência policial, se for o caso; carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese de o sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado; prontuário do primeiro atendimento médico, relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento com as especificações técnicas, diagnósticos necessários e data da invalidez.

e) Cancelamento de viagens: aviso de sinistro; certidão de óbito do segurado ou pessoa envolvida; boletim de ocorrência policial, se for o caso; notas fiscais ou comprovantes de pagamento das despesas com a viagem; histórico de passagem e comprovante de cancelamento de viagem.

f) Perda de bagagem: aviso de sinistro; documento de identificação do segurado, comunicado da perda de bagagem à empresa transportadora; boletim de ocorrência policial, se for o caso; atestado ou declaração da empresa transportadora cientificando a perda da bagagem.

g) Despesas médicas, hospitalares e odontológicas decorrentes de acidente pessoal em viagem (DMHO em viagem): aviso de sinistro; documento de identificação do segurado;

h) prontuário do atendimento médico, receitas prontuário do primeiro atendimento médico, no caso de compra de medicamentos; notas fiscais, recibos e outros comprovantes originais das despesas efetuadas pelo segurado; e relatório ou laudo preenchido pelo profissional há que prestou o atendimento, com as especificações técnicas e diagnósticos necessários.

i) Traslado de corpo: aviso de sinistro; certidão de óbito; e documento de identificação do segurado.

j) Para todos os itens acima, documentos complementares serão solicitados, se necessário.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Microseguro de Pessoas que não foram revogadas por esta Condição Especial.

DESPESAS DIVERSAS

1. OBJETIVO

Esta Condição Especial integra o **Plano de Microseguro de Pessoas**, podendo ser comercializado somente como cobertura deste.

2. DEFINIÇÕES

Serão utilizadas as mesmas definições do item **2. GLOSSÁRIO** das Condições Gerais do **Plano de Microseguro de Pessoas**.

3. GARANTIA

3.1. É a cobertura que garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em consequência de Morte do Segurado, seja ela natural, acidental ou ainda uma invalidez permanentepor acidente.

3.1.1. São admitidas as modalidades estabelecidas nas condições contratuais do produto.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Serão utilizadas as mesmas exclusões constantes no item **5. RISCOS EXCLUÍDOS** das Condições Gerais do Plano de Microseguro de Pessoas.

5. CAPITAL SEGURADO

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerado o valor definido na contratação.

6. FRANQUIA/CARÊNCIA

6.1. Os planos de microseguro poderão prever, facultativamente, prazos de carência aplicáveis a esta cobertura respeitado o limite de 02 (dois) anos.

6.2. O prazo de carência, quando previsto, deverá estar explícito na apólice, logo após a definição da cobertura contratada.

6.3. Os prazos de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderão exceder à metade dos períodos de vigência previstos para esta cobertura, nos documentos contratuais.

7. BENEFICIÁRIOS

Em caso de Morte do Segurado:

10.1.1. A qualificação do(s) beneficiário(s) desta cobertura rege-se pelas seguintes condições:

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

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

c) Para fins de identificação do(s) beneficiário(s), será sempre considerada a última alteração de beneficiários recebida pela Seguradora, antes da ocorrência do sinistro;

d) Na falta de indicação de beneficiário, ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que foifeita, 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.

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

f) É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

g) Em sendo os beneficiários menores de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.

7.2. Nos demais casos:

O beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Microseguro de Pessoas que não foram revogadas por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL AMPARO PROTETIVO

1.OBJETIVO

O objetivo desta cobertura é garantir a segurada, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais, o pagamento de indenização em caso de Violência Doméstica, em parcela única, de acordo com o valor contratado, mediante apresentação dos documentos obrigatórios:

- a) Medida protetiva
- b) Boletim de Ocorrência
- c) Laudo médico para os casos de Violência Psicológica e Emocional

2. DEFINIÇÕES

Para fins desta cobertura, entende-se por Violência doméstica contra a mulher “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico”

Violência doméstica/intrafamiliar: Considera-se violência doméstica/intrafamiliar a que ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família, principalmente no ambiente da casa, mas não unicamente. É toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outra pessoa da família

Violência Física: Também denominada sevícia física, maus-tratos físicos ou abuso físico. São atos violentos, nos quais se fez uso da força física de forma intencional, não-acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo. Ela pode se manifestar de várias formas, como tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações, mutilações, dentre outras. A violência física também ocorre no caso de ferimentos por arma de fogo (incluindo as situações de bala perdida) ou ferimentos por arma branca.

Violência Psicológica/Moral: É toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem. É toda ação que coloque em risco ou cause danos à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa.

Violência Sexual: É qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa, a ter, presenciar, ou participar de alguma maneira de interações sexuais ou a utilizar, de qualquer modo a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção. Incluem-se como violência sexual situações de estupro, abuso, assédio sexual, sexo forçado no casamento, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas, impostas.

Inclui também exposição coercitiva/constrangedora a atos libidinosos, exibicionismo, linguagem erótica, interações sexuais de qualquer tipo e material pornográfico. Igualmente caracterizam a violência sexual os atos que, mediante coerção, chantagem, suborno ou aliciamento impeçam o uso de qualquer método contraceptivo ou forcem a matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição; ou que limitem ou anulem em qualquer pessoa a autonomia e o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. A violência sexual é crime, mesmo se exercida por um familiar.

3. RISCOS EXCLUIDOS A TODAS AS COBERTURAS

Estão excluídos de todas as coberturas do seguro os eventos ocorridos em consequência de:

- a) **Uso de material nuclear, para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, fissão ou fusão nuclear, radiação nuclear, lixo nuclear decorrente do uso de combustível nuclear,**

explosivos nucleares ou qualquer arma nuclear, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

b) Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de terrorismo, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) Doenças, acidentes ou lesões preexistentes à contratação do seguro, definidas como de conhecimento da segurada e não declaradas na proposta de adesão individual;

d) Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;

e) Doação e transplante intervivos;

f) Suicídio, ou da sua tentativa, ocorrido nos primeiros 24 (vinte e quatro) meses do início de vigência individual do seguro, ou de sua recondução depois de suspenso. Em caso de aumento de capital segurado durante o curso do contrato, a carência para suicídio é contada somente para a parcela aumentada;

g) Ferimentos auto infligidos, enquanto são ou demente, inclusive nos casos de tentativa de suicídio ocorrido nos primeiros 24 (vinte e quatro) meses do início de vigência individual do seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;

h) Atos ilícitos dolosos praticados pela segurada, pelo beneficiário.

i) Qualquer tipo de hérnia decorrente de doença, exceto após tratamento cirúrgico;

j) Competições ILEGAIS em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios;

j.1) Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que a Segurada estiver no exercício legal de prática de esportes, ou quando estiver utilizando, legalmente, de meio de transporte mais arriscado;

k) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

l) De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, salvo quando a morte ou a incapacidade da segurada provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

m) Quaisquer consequências decorrentes de atos ilícitos dolosos praticados pela Segurada, pelo Beneficiário ou pelo representante de um ou de outro; e

n) Da Segurada dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeiram aptidão, sem que possua habilitação legal e apropriada

o) Danos materiais: pela natureza compensatória, não se encontram cobertos por este seguro as indenizações por DANOS MATERIAIS, decorrentes de qualquer evento coberto por este contrato, no qual esteja a Segurada obrigado a pagar, sejam elas provenientes de ação judicial ou extrajudicial, bem como nos casos de acordo amigável.

p) Dano material é todo e qualquer dano que atinge diretamente o patrimônio das pessoas e pode ser configurado por uma despesa que foi gerada por uma ação ou omissão indevida de terceiros, caracterizando a necessidade de reparação material.

q) Lucros cessantes/perdas e danos/danos emergente resultantes da paralisação, temporária ou definitiva, das atividades profissionais da Segurada em virtude da ocorrência de qualquer risco coberto e indenizável.

Não se consideram Riscos Excluídos os eventos decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado para os casos em que a Segurada estiver no exercício da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

Sem prejuízo das exclusões anteriores, também estão excluídos quaisquer tipos de eventos

decorrentes de agravamento de risco ocasionados intencionalmente pela Segurada, situação em que este perderá o direito à garantia do seguro, conforme disposto no artigo 768 do Código Civil.

4. CAPITAL SEGURADO

O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, a título de Indenização por morte acidental, de acordo com as condições contratuais acordadas entre a segurada e a seguradora.

Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

Caracterizado o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

1- GARANTIA

Esta garantia tem por objetivo garantir ao Segurado, desde que este o requeira, o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a cobertura de Morte, em caso de sua Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença que cause a perda da existência independente, sob critérios devidamente especificados no item **2.1 - Riscos Cobertos**, exceto se decorrente do item **3 - Riscos Excluídos**, ambos pertencentes a esta cláusula, observadas ainda as disposições do item **12 - Cancelamento do Seguro**, constantes das Condições Gerais.

2 - COBERTURA

A Perda da Existência Independente será caracterizada pela ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante, decorrente de Doença, que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado. Este Quadro Clínico Incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item **19 - Liquidação de Sinistro** das Condições Gerais.

2.1 Riscos Cobertos

Consideram-se como Riscos Cobertos as ocorrências comprovadas, segundo critérios vigentes à época da regulação do Sinistro e adotados pela classe médica especializada, de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes **exclusivamente de Doença**:

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao 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), única e exclusivamente em decorrência de Doença;
- 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) Deficiências visuais, decorrentes de Doença:
 - 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°; ou
 - 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, decorrentes de Doença, 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.

2.2 - Demais Riscos Cobertos

Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF, descrito no item 8 (oito) desta cláusula adicional, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

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 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

O 1º 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.

Para a classificação no 2º ou no 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

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

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

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

3. – RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos Riscos mencionados no item 4 “Riscos Excluídos”, constantes das Condições Gerais consideram-se também como excluídos, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:

a) 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 indireta, de lesão física e ou psíquica causada por Acidente Pessoal;

b) a invalidez laborativa permanente total por Doença, assim entendida aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com recursos disponíveis no momento de sua constatação, para o exercício da atividade laborativa exercida pelo Segurado;

c) os quadros clínicos decorrentes de Doenças ocupacionais, incluídas as profissionais e as do trabalho, de qualquer origem causal (etiologia);

d) as Doenças em geral, cuja etiologia possa guardar alguma relação de causa e efeito direta ou indireta, em qualquer expressão, com atividade laborativa exercida pelo Segurado, em qualquer tempo pregresso;

e) as Doenças agravadas por traumatismos;

f) as Doenças nas quais se documente alguma interação e ou intercorrência relacionadas a traumatismos e ou exposições a esforços físicos, repetitivos ou não, e ou a posturas viciosas;

g) os quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da existência independente do Segurado;

h) toda e qualquer outra condição médica que não se enquadre nos critérios definidos no item dos Riscos cobertos.

4 – DATA DO SINISTRO

A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será consignada 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.

4.1 - Não reconhecimento da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

4.2 – Junta Médica

No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de invalidez funcional permanente e total por Doença, a seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação do Segurado, a constituição de junta médica.

A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempataador, 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.

O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado. Caso o segurado não indique seu médico dentro do prazo estipulado, entender-se-á que houve recusa tácita na constituição da junta, salvo justa causa formalmente justificada.

4.3 – Despesas de Comprovação

As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença 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 pagamento do Capital Segurado.

5 - FORMA DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela seguradora, o pagamento do Capital Segurado contratado poderá ser realizado sob a forma de pagamento único.

6 - CANCELAMENTO DO SEGURO

Desde que efetivamente comprovada, por ser a cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença uma antecipação da cobertura de Morte, seu pagamento integral extingue, imediata e automaticamente a cobertura para o caso de morte, bem como o Seguro. Nessa hipótese, os Prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o Seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e Contrato, sem qualquer devolução de Prêmios.

6.1 Esta cláusula poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas no item 16 – Cancelamento

do Seguro, das Condições Gerais da Apólice.

7. INÍCIO E TÉRMINO DESTA GARANTIA

A garantia compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da cobertura de Morte, ou em data posterior, prevista em Aditivo, quando esta cláusula não integrar as condições iniciais da Apólice e termina:

- a)** Simultaneamente com o cancelamento da Apólice ou da presente Cláusula Adicional, exceto para o Segurado que esteja em gozo do benefício concedido por ela;
- b)** A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice;
- c)** Com o pagamento do Capital Segurado na forma prevista no item **5** desta cláusula.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplicam-se à garantia concedida por esta cláusula adicional, todas as disposições contidas nas Condições Gerais da Apólice não modificadas pela presente.

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

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

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE 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 MORBIDADE 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 SOBREVIVÊNCIA E OU REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA.	08

GLOSSÁRIO MÉDICO PARA OS TERMOS RELACIONADOS À COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

1) Agravo Mórbido – Piora de uma Doença.

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.

3) Aparelho Locomotor – Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

4) Atividade Laborativa – Qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.

5) Auxílio - A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

6) Ato Médico – Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.

7) Cardiopatia Grave – Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.

8) Cognição – Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na

classificação, no reconhecimento, etc.

9) Conectividade com a Vida – Capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.

10) Consumo – Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por Doença.

11) Dados Antropométricos – No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.

12) Deambular – Ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.

13) Declaração Médica - Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

14) Deficiência Visual – Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

15) Disfunção Imunológica – Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de Doença.

16) Doença Crônica - Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

17) Doença Crônica em Atividade – Doença crônica que se mantém ativa, apesar do tratamento.

18) Doença Crônica de Caráter Progressivo – Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

19) Doença do Trabalho - Aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida através de perícia médica previdenciária, onde há confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).

20) 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.

21) 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.

22) Doença Profissional – Aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.

23) Estados Conexos – Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.

24) Etiologia - Causa de cada Doença.

25) Fatores de Risco e Morbidade – Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma Doença, ou que com ela interage.

26) Hígido – Saudável.

27) Médico Assistente – Médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

28) Prognóstico – Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma Doença.

29) Quadro Clínico – Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

30) Recidiva – Reaparecimento de uma Doença algum tempo depois de um acometimento.

31) Refratariedade Terapêutica – Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

32) Relações Existenciais – Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

33) Sentido de Orientação – Faculdade do Segurado se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.

34) Sequela – Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma Doença.

35) Transferência Corporal – Capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

COBERTURA PRESTAMISTA DESPESAS DIVERSAS

1. OBJETIVO

- 1.1.** Esta Condição Especial integra o **Plano de Microseguro de Pessoas**, podendo ser comercializado somente como cobertura deste.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1.** Serão utilizadas as mesmas definições do item **2. GLOSSÁRIO** das Condições Gerais do **Plano de Microseguro de Pessoas**.

3. GARANTIA

- 3.1.** É a cobertura que garante o pagamento do capital segurado destinado a amortizar, totalmente ou parcialmente, a dívida contraída ou compromisso assumido com o Estipulante, em caso de inadimplência ou ação judicial.

- 3.1.1.** São admitidas as modalidades estabelecidas nas condições contratuais do produto.