

Condições Gerais

SUMÁRIO

CLÁUSULA 1 - INFORMAÇÕES PRELIMINARES	3
CLÁUSULA 2 - OBJETIVO DO SEGURO	3
CLÁUSULA 3 - DEFINIÇÕES	3
CLÁUSULA 4 - RISCOS COBERTOS	4
CLÁUSULA 5 - RISCOS EXCLUÍDOS - EXCLUSÕES GERAIS	5
CLÁUSULA 6 - ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	5
CLÁUSULA 7 - CARÊNCIA	5
CLÁUSULA 8 - FRANQUIA	6
CLÁUSULA 9 - FORMA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO	6
CLÁUSULA 10 - VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO	6
CLÁUSULA 11 - PAGAMENTO DO PRÊMIO	6
CLÁUSULA 12 - CAPITAL SEGURADO	7
CLÁUSULA 13 - ATUALIZAÇÃO DE VALORES	7
CLÁUSULA 14 - BENEFICIÁRIO(S)	7
CLÁUSULA 15 - PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO	7
CLÁUSULA 16 - PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	8
CLÁUSULA 17 - REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	8
CLÁUSULA 18 - CANCELAMENTO DO SEGURO	9
CLÁUSULA 19 - REGIME FINANCEIRO	9
CLÁUSULA 20 - FORO	9
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURAS DO SEGURO	10
COBERTURA 1: MORTE (M)	10
COBERTURA 2: MORTE ACIDENTAL (MA)	11
COBERTURA 3: REEMBOLSO DESPESAS COM FUNERAL (RF)	12
COBERTURA 4: INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)	13
COBERTURA 5: DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E/OU ODONTOLÓGICAS (DMHO)	15
COBERTURA 6: DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	16
COBERTURA 7: DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA	17
COBERTURA 8: PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO	19
COBERTURA 9: DOENÇAS GRAVES	20

Condições Gerais

Apresentação

Nós ficamos muito felizes em estar ao seu lado, cuidando das suas conquistas e do que é importante para você. Apresentamos aqui as Condições Contratuais do seu seguro que contemplam as principais informações, direitos e obrigações sobre o seu seguro e como funcionam as coberturas contratadas.

Por meio da contratação deste seguro, o Segurado aceita as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições Contratuais. Informamos que as coberturas contratadas pelo Segurado estarão especificadas no bilhete de seguro, conforme demonstrativo de coberturas.

Para isso, serão consideradas em cada caso somente as condições correspondentes às coberturas aqui previstas, contratadas e discriminadas no bilhete de seguro, desprezando-se quaisquer outras.

Salientamos que, para os casos não previstos nestas Condições Contratuais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.

As condições contratuais do seguro estarão disponíveis previamente ao proponente, antes da emissão do bilhete de seguro.

Conte com a gente! Estaremos sempre ao seu lado cuidando das suas conquistas.

Condições Gerais

CLÁUSULA 1 - INFORMAÇÕES PRELIMINARES

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

1.2 O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

1.3 Este plano de seguro é garantido pela Companhia de Seguros Previdência do Sul – Previsul Seguradora, inscrita no CNPJ no. 92.751.213/0001-73 e está registrado na SUSEP sob no. 15414.651441/2021-12;.

CLÁUSULA 2 - OBJETIVO DO SEGURO

2.1 O presente seguro tem por objetivo garantir ao Segurado ou seu(s) Beneficiário(s), o pagamento de indenização, até o Capital Segurado máximo das coberturas contratadas, no caso de ocorrência dos riscos cobertos descritos nestas Condições Contratuais, durante o período de vigência previsto no Bilhete de Seguro.

CLÁUSULA 3 - DEFINIÇÕES

3.1 Para fins deste Seguro, ficam definidos os seguintes termos técnicos:

Agravamento do Risco: Circunstâncias que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora.

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

Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal:

- a. As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, essalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b. As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c. As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- d. As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou semelhantes, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido nestas Condições Contratuais.

Ato Doloso/Dolo: Ato intencional com a intenção de prejudicar terceiros.

Ato Ilícito: Ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito ou cause prejuízo a terceiros.

Aviso de Sinistro: É a comunicação da ocorrência de um sinistro feita pelo Segurado e/ou Beneficiário à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento, conforme procedimento definido nestas Condições Contratuais.

Beneficiário: pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência de morte do Segurado. Nas demais coberturas, o beneficiário será o próprio Segurado.

Bilhete de Seguro: documento emitido pela Sociedade Seguradora que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo interessado na contratação do seguro.

Capital Segurado: é a importância máxima vigente na data do evento, contratada para a cobertura a ser paga ou reembolsada pela Sociedade Seguradora, ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), no caso de ocorrência de sinistro coberto pelo Seguro;

Carência: Período durante o qual, em caso de sinistro, a seguradora está isenta da responsabilidade de indenizar o segurado.

Cobertura: Conjunto de riscos que a Seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um sinistro, de acordo com cada cobertura contratada.

Condições Contratuais: Conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, abrangendo condições gerais e especiais.

Condições Gerais

Doença: é o evento decorrente da perturbação das condições de saúde do Segurado, caracterizado por intermédio de um processo mórbido que exija tratamento médico, **não se enquadrando na classificação de acidente pessoal.**

Doenças, Lesões e/ou Deficiências Preexistentes: são as doenças, lesões e/ou deficiências, inclusive congênitas, que comprometam a função orgânica ou coloquem em risco a saúde do Segurado, direta ou indiretamente por suas consequências, em relação à qual este tenha conhecimento ou tenha recebido tratamento clínico ou cirúrgico, anteriormente à contratação deste Seguro ou à sua renovação, e que não tenha sido declarada na Declaração Pessoal de Saúde, nos casos em que seu preenchimento for exigido pela Seguradora.

Foro: Refere-se à localização do órgão do poder judiciário a ser acionado para dirimir questões relacionadas a este contrato de seguro, entre Segurado e Seguradora.

Franquia: Valor ou percentual definido no Bilhete de Seguro referente à responsabilidade do Segurado nos prejuízos indenizáveis decorrentes de sinistros cobertos, quantidade de dias ou de horas, indicado no Bilhete de Seguro, quando for o caso, que representa a participação obrigatória do Segurado em cada sinistro.

Indenização: Valor a ser pago pela Seguradora ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), na ocorrência de sinistro coberto pelo Seguro, conforme cada Cobertura contratada no Bilhete, limitado ao Capital Segurado contratado e demais disposições das condições contratuais;

Internação Hospitalar: para fins deste Seguro, caracteriza-se como o período mínimo de 12 (doze) horas.;

Médico Assistente: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como médico assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

Prêmio: Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro, que poderá ser único, periódico ou possuir outra estruturação prevista nestas Condições Contratuais.

Regulação de Sinistro: conjunto de procedimentos realizados pela Seguradora, após o recebimento do aviso de sinistro, para apuração das causas e demais circunstâncias envolvidas na ocorrência do sinistro, com a finalidade de verificar a caracterização de evento coberto e seu enquadramento no Seguro.

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

Risco: Evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do Segurado, cuja ocorrência pode provocar prejuízos de natureza econômica.

Riscos Excluídos: são potenciais eventos preestabelecidos nas Condições Contratuais do Seguro, que estão excluídos de cobertura e que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto à indenização destes eventos.

Segurado: Pessoa física ou jurídica que tendo o interesse segurável, contrata o seguro.

Seguradora: é a Companhia de Seguros Previdência do Sul - PREVISUL, devidamente constituída e autorizada pela SUSEP a operar no país, que, recebendo o prêmio, assume os riscos inerentes às coberturas contratadas no bilhete.

Sinistro: é a ocorrência de um evento coberto, durante o período de vigência do Bilhete.

Vigência do Seguro: período no qual as coberturas de seguro contratadas no Bilhete estão em vigor.

CLÁUSULA 4 - RISCOS COBERTOS

4.1 Serão considerados riscos cobertos os eventos que estiverem amparados pelas coberturas indicadas no Bilhete de seguro, conforme especificações previstas nas condições especiais.

4.2 As coberturas disponíveis para contratação são as seguintes:

- 4.2.1** Morte (M);
- 4.2.2** Morte Acidental (MA);
- 4.2.3** Reembolso de Despesas Com Funeral (RF);
- 4.2.4** Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
- 4.2.5** Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO);
- 4.2.6** Diária de Internação Hospitalar (DIH);
- 4.2.7** Diária de Incapacidade Temporária (DIT);
- 4.2.8** Perda de Renda por Desemprego (PRD);
- 4.2.9** Doenças Graves (DG);

4.3 As coberturas poderão ser contratadas de forma isolada ou conjunta, e estarão especificadas no Bilhete de Seguro, respeitadas as conjugações disponibilizadas pela Seguradora e os riscos excluídos destas Condições Contratuais e Condições Especiais.

Condições Gerais

CLÁUSULA 5 - RISCOS EXCLUÍDOS – EXCLUSÕES GERAIS

5.1 Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste Seguro os eventos ocorridos em consequência de:

5.1.1 Suicídio premeditado ou não, e sua tentativa, se ocorrer nos dois primeiros anos de vigência do Seguro, ou da sua recondução depois de suspenso;

5.1.2 Epidemias, endemias e pandemias declaradas por órgão competente;

5.1.3 Envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente;

5.1.4 Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo Representante Legal, de um ou de outro. Nos Seguros contratados por pessoas jurídicas, o mesmo se aplica a seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos Beneficiários e pelos respectivos representantes;

5.1.5 Qualquer tipo de hérnia, lombalgia e suas consequências, quando não decorrentes diretamente de um acidente pessoal e, no caso da cobertura de DMHO, quando não decorrentes também de enfermidade súbita e aguda;

5.1.6 Parto ou aborto e suas consequências, quando não decorrentes diretamente de um acidente pessoal;

5.1.7 Choque anafilático e suas consequências, quando não decorrentes diretamente de um acidente pessoal e, no caso da cobertura de DMHO quando não decorrentes de enfermidade súbita e aguda;

5.1.8 O diagnóstico e/ou acompanhamento médico para problemas relacionados à fertilidade/infertilidade, intervenções cirúrgicas e/ou dispositivos para controle de natalidade, salvo se decorrente de acidente pessoal;

5.1.9 Uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, 10 incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes.

5.1.10 Atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de utilização de meio de transporte mais arriscado, prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

5.1.11 Furacões, tufões, ciclones, tornados, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

5.1.12 As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesões por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Leão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC ou similares, que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

5.1.13 Acidentes causados por imperícia e/ou desobediência das leis de prevenção de acidentes de trabalho;

CLÁUSULA 6 - ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

6.1 As coberturas do Seguro previstas nestas Condições aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, exceto para as coberturas de Diárias de Incapacidade Temporária (DIT), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) e Diária de Internação Hospitalar (DIH) que se aplicam apenas para eventos ocorridos em território nacional.

CLÁUSULA 7 - CARÊNCIA

7.1 O período de carência, quando houver, será estabelecido no bilhete de seguro, podendo ser definido para cada cobertura, sempre contado a partir do início da vigência do Seguro.

7.2 Haverá carência para a hipótese de suicídio ou sua tentativa, ocorrido nos primeiros 2 (dois) anos de contratação.

7.3 Não haverá carência para os eventos decorrentes de acidentes pessoais, ressalvada a hipótese de suicídio do item 7.2 acima.

Condições Gerais

CLÁUSULA 8 - FRANQUIA

8.1 Esse plano poderá prever franquias.

8.2 Se aplicadas, as franquias estarão indicadas no Bilhete de Seguro.

8.3 A cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária (DIT), está sujeita à franquia, que nunca poderá ser superior a 15 (quinze) diárias.

8.4 A cobertura de Diárias de Internação Hospitalar (DIH) está sujeita à franquia de 1 (uma) diária.

8.5 A franquia é dedutível por evento, exceto se o Segurado voltar a se afastar em decorrência do mesmo evento dentro de sessenta dias contados da cessação do benefício anterior, nesse caso o Segurado não está sujeito ao cumprimento de nova franquia.

CLÁUSULA 9 - FORMA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO

9.1 A contratação do seguro será individual, por meio de Bilhete, mediante solicitação do interessado.

9.2 A emissão e/ou disponibilização do bilhete formaliza a contratação do seguro.

9.3 Em caso de inclusão de menores de 14 (quatorze) anos, é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas ou a prestação de serviços, desde que a despesa ou serviço estejam diretamente relacionados ao sinistro coberto.

CLÁUSULA 10 - VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO

10.1 A vigência do Seguro terá seu início e término às 24 (vinte e quatro) horas da data indicada no bilhete de seguro.

10.2 Este plano de seguro poderá ser renovado.

10.3 A renovação automática, quando aplicável, do seguro só poderá ser feita uma única vez.

10.4 A renovação automática não se aplica para os casos em que o Segurado comunique o seu desinteresse na renovação, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência do Bilhete de seguro.

10.5 As demais renovações do presente seguro devem ser precedidas de manifestação expressa e prévio entendimento entre segurado e seguradora, no mínimo, trinta dias que antecedam o final de vigência do bilhete de seguro.

CLÁUSULA 11 - PAGAMENTO DO PRÊMIO

11.1 O custeio do Seguro será feito integralmente pelo Segurado;

11.2 O pagamento do Prêmio de Seguro poderá ser:

- a. Pagamento único à vista; ou
- b. Pagamento periódico, com possibilidade de pagamentos mensais ou anuais.

11.3 A forma de pagamento e eventuais periodicidades serão informados no Bilhete, sendo que a data limite para pagamento será especificada no documento de cobrança.

11.4 O pagamento do Prêmio se dará em moeda corrente nacional.

11.5 Se a data limite para pagamento coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

11.6 No caso de pagamento de prêmio único à vista, não efetivação do pagamento na data indicada no documento de cobrança implicará na não efetivação da contratação do seguro.

11.7 No caso de pagamento periódico, configurada a inadimplência do Segurado de qualquer um dos pagamentos, será aberto período de tolerância de 90 (noventa) dias contados da data do vencimento do prêmio não pago, durante o qual a Seguradora manterá as coberturas do seguro.

11.8 Passado o prazo de tolerância sem que o segurado tenha restabelecido o pagamento, a Seguradora procederá com o cancelamento do seguro, mediante aviso prévio ao segurado.

11.9 No caso de ocorrência de sinistro durante o período de tolerância, a Seguradora poderá abater da indenização o prêmio devido e não pago bem como encargos previstos.

Condições Gerais

11.10 Na hipótese de pagamento de prêmio único à vista, caso o seguro seja cancelado, a Seguradora reterá o prêmio de forma proporcional ao tempo de vigência efetivamente decorrido, procedendo à devolução da diferença.

11.11 Caso qualquer um dos pagamentos seja realizado após a data limite prevista no documento de cobrança, incidirá juros de 1% ao mês.

CLÁUSULA 12 - CAPITAL SEGURADO

12.1 O Capital Segurado de cada cobertura contratada, conforme estabelecido no Bilhete representa a responsabilidade máxima assumida pela Seguradora, em todos os sinistros ocorridos durante a vigência deste seguro.

12.2 As indenizações referentes a coberturas distintas não são cumulativas.

12.3 Os capitais segurados serão estabelecidos em moeda nacional;

CLÁUSULA 13 - ATUALIZAÇÃO DE VALORES

13.1 O índice utilizado para atualização monetária será o IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - ou índice que vier a substituí-lo, sendo calculado com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data da sua efetiva liquidação. No caso de extinção do índice mencionado anteriormente, deverá ser utilizado o INPC/IBGE - Índice Nacional de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

13.2 Os valores devidos pela Seguradora, a título de devolução de prêmios, sujeitam-se à atualização monetária a partir da data em que se tornarem exigíveis, sendo:

13.2.1 No caso de cancelamento do contrato de Seguro: a partir da data de recebimento da solicitação do cancelamento ou se ocorrer por iniciativa da sociedade seguradora, a partir da data do efetivo cancelamento.

13.2.2 No caso de recebimento indevido de prêmio pela Seguradora: a partir da data do recebimento do prêmio.

13.2.3 Em caso de pagamento de indenização de sinistro ocorrido após o prazo máximo previsto na CLÁUSULA 15 - "PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO", contados da entrega da documentação completa, incidirão:

- a. Atualização monetária a partir da data de ocorrência do sinistro, de acordo com a variação do índice IPCA/IBGE; e
- b. Juros moratórios no percentual de 1% a.m. (um por cento ao mês), calculado "pro rata temporis", contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo máximo previsto para a liquidação do sinistro, ressalvado o caso de suspensão da respectiva contagem.

13.3 A Seguradora efetuará o pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com o valor da obrigação pecuniária principal.

CLÁUSULA 14 - BENEFICIÁRIO(S)

14.1 Para algumas coberturas específicas, os beneficiários serão aqueles previstos nas condições especiais;

14.2 Para as coberturas em que não houver determinação de beneficiário específico, haverá liberalidade na indicação. Nesse caso, o Segurado poderá, a qualquer tempo, durante a vigência do bilhete, realizar a indicação ou a substituição dos beneficiários, mediante solicitação formal à Seguradora;

14.3 Na falta de indicação do Beneficiário ou caso a indicação não prevaleça serão considerados os beneficiários na forma da lei;

14.4 Caso a solicitação de indicação ou alteração de beneficiários não seja recebida em momento anterior a ocorrência do sinistro, a Seguradora aplicará a distribuição do Capital Segurado que prevalecia previamente a data do evento coberto;

CLÁUSULA 15 - PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

15.1 Sob pena de perder o direito à indenização, o Segurado deverá comunicar o sinistro à Seguradora, informando todas as circunstâncias do evento, tão logo tome conhecimento, devendo adotar as providências imediatas para minorar suas consequências, observado o disposto na Cláusula "Perda de Direitos", encaminhando todos os documentos básicos exigidos para cada tipo de cobertura, conforme previsto nas Condições Especiais;

15.2 A comunicação feita por carta registrada ou outro meio disponibilizado pela Seguradora não exonera a obrigação da apresentação do formulário de Aviso de Sinistro original à Seguradora.

15.3 A partir da entrega da documentação básica para a regulação do sinistro previsto para cada Cobertura, a Seguradora tem o prazo de até 30 (trinta) dias para efetuar a sua liquidação, facultando-se, no caso de dúvida fundada e justificada, a solicitação de outros documentos além da documentação básica, hipótese em que o prazo ficará suspenso, reiniciando a sua contagem a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências;

15.4 Caso o processo de regulação de sinistros conclua que a indenização não é devida, o segurado será comunicado formalmente pela

Condições Gerais

Seguradora, com a devida justificativa para o não pagamento, dentro do prazo máximo para a liquidação;

15.5 Em caso de mora da Seguradora, aplicar-se-á o disposto na Cláusula 13 - "Atualização de Valores", dessas condições contratuais, acrescido de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês a partir desta data;

15.6 No caso de eventual reembolso de despesas efetuadas no exterior, serão aceitos para liquidação de sinistro os documentos na língua do país de origem do gasto;

15.7 Se, após o pagamento da indenização, a Seguradora tomar conhecimento de qualquer fato que descaracterize o direito ao seu recebimento, esta poderá requerer do Segurado ou seus herdeiros legais os valores pagos indevidamente e demais gastos incorridos no sinistro;

CLÁUSULA 16 - PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

16.1 Além dos casos previstos em lei ou nestas condições contratuais, haverá a perda de direito a indenização, além de estar obrigado ao pagamento do prêmio vencido, se o Segurado, por si ou por seu representante:

16.2 Agravar intencionalmente o risco;

16.3 Deixar de guardar a mais estrita boa-fé a respeito do objeto do seguro, bem como das circunstâncias, declarações e informações a ele pertencentes;

16.4 Se constatada fraude, ou tentativa de fraude por parte do Segurado, seus beneficiários, representantes ou prepostos, simulando um sinistro ou agravando as suas consequências para obter indenização.

16.5 Deixar de observar qualquer das obrigações previstas nestas condições contratuais;

16.6 Quando o Segurado, por si ou por seu Representante de Seguro, ou seu Corretor de Seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir no valor do prêmio.

16.7 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a sociedade seguradora poderá:

16.8 Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a. Cancelar o Seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b. Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

16.9 Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

- a. Cancelar o Seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- b. Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros;

16.10 Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, a Seguradora poderá, após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo deduzir do valor a ser indenizado a diferença de prêmio cabível.

16.11 O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que o saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé;

16.12 A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível;

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

16.14 Nulo será o Contrato para cobertura de risco proveniente de ato doloso do Segurado, do Beneficiário ou de representante de um ou de outro.

CLÁUSULA 17 - REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

17.1 A reintegração do Capital Segurado relativo às coberturas adicionais de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), de Diárias por Internação Hospitalar (DIH), Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente (DIT) é automática após cada acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

17.2 Não haverá possibilidade de reintegração do capital Segurado relativo as demais coberturas.

Condições Gerais

CLÁUSULA 18 - CANCELAMENTO DO SEGURO

18.1 O Seguro poderá ser cancelado a qualquer tempo mediante acordo entre o Segurado e a Seguradora, desde que tal intenção seja comunicada por escrito com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data de cancelamento.

18.2 Na hipótese de rescisão a pedido da Seguradora, esta reterá do prêmio recebido os emolumentos e a parte proporcional ao tempo decorrido entre o início de vigência e a data de cancelamento;

18.3 O recebimento de indenização correspondente ao capital segurado máximo contratado implicará no cancelamento da respectiva cobertura. Dar-se-á automaticamente o cancelamento do seguro, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade, quando em um ou mais sinistros, a soma das indenizações atingir o limite de responsabilidade especificado no Bilhete de Seguro;

18.4 O Seguro poderá ainda ser cancelado nas seguintes situações:

- a. Mediante solicitação do Segurado;
- b. Se o Segurado, seu(s) preposto(s) ou seu(s) representante(s) legal(is) agirem com dolo, praticarem ato ilícito ou contrário à lei, cometerem fraude ou tentativa de fraude no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato, simulando ou provocando sinistro ou ainda agravando as consequências do mesmo para obter indenização ou dificultar a sua elucidação;
- c. Se o Segurado não fizer declarações verdadeiras e completas, omitir circunstâncias do seu conhecimento que possam influir na taxação, ou no conhecimento exato e caracterização do risco;
- d. Na hipótese de qualquer descumprimento das obrigações convencionadas nestas Condições Contratuais.
- e. No caso de falta de pagamento do Prêmio, conforme previsto na CLÁUSULA 11 - PAGAMENTO DO PRÊMIO.

CLÁUSULA 19 - REGIME FINANCEIRO

19.1 O presente Seguro é estruturado dentro do Regime Financeiro de Repartição Simples, estrutura técnica em que os Prêmios pagos por todos os Segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse mesmo período, não havendo devolução ou resgate de prêmios ao segurado ou ao(s) Beneficiário(s).

CLÁUSULA 20 - FORO

20.1 Questões judiciais entre o Segurado ou Beneficiário e a Seguradora serão processadas no foro do domicílio do Segurado ou Beneficiário, conforme o caso.

COBERTURA 1: MORTE (M)

CLÁUSULA 1 - RISCOS COBERTOS

1.1 Garante, até o Capital Segurado contratado, o pagamento de Indenização, em caso de morte do Segurado, por causas naturais ou acidentais, ocorrida durante o período de vigência do seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e observado o disposto nestas Condições Especiais.

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS – EXCLUSÕES ESPECÍFICAS

2.1 Estão excluídos desta cobertura os eventos descritos no item 5 – “Riscos Excluídos – Exclusões Gerais”, das Condições Contratuais.

CLÁUSULA 3 - DATA DO EVENTO

3.1 Para efeito de cálculo da indenização, a data do evento será considerada a data da morte do Segurado.

CLÁUSULA 4 – FRANQUIA

4.1 Não será aplicada franquia a esta cobertura

CLÁUSULA 5 – CARÊNCIA

5.1 Não será aplicada carência à esta Cobertura, **exceto para o caso de suicídio ou sua tentativa, que deverá ser respeitada uma carência de 24 (vinte e quatro) meses ininterruptos, contados a partir do início de vigência do Seguro.**

CLÁUSULA 6 - DOCUMENTOS BÁSICOS PARA A LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1 Para análise do Sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora os seguintes documentos:

- a. Formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado;
- b. Certidão de óbito do Segurado;
- c. Boletim de ocorrência policial, se for o caso;
- d. Carteira Nacional de Habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;
- e. Documento de identificação do(s) Beneficiário(s).

COBERTURA 2: MORTE ACIDENTAL (MA)

CLÁUSULA 1 - RISCOS COBERTOS

1.1 Garante, até o Capital Segurado contratado, o pagamento de indenização, em caso de morte do Segurado decorrente de acidente pessoal coberto, ocorrida durante o período de vigência do seguro.

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS – EXCLUSÕES ESPECÍFICAS

2.1 Além dos riscos excluídos no item 5 – “Riscos Excluídos – Exclusões Gerais” das Condições Contratuais, estão excluídos desta cobertura morte decorrente 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 pessoal coberto;
- c. Acidentes sofridos antes da contratação do Seguro, ainda que suas sequelas tenham se manifestado durante a vigência do Seguro;
- d. Cirurgia plásticas ou tratamento estéticos, exceto se tiver a finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto;
- e. Abortos induzidos;

CLÁUSULA 3 - DATA DO EVENTO

3.1 Para efeito de cálculo da indenização, será considerada como data do evento a data do acidente pessoal coberto.

CLÁUSULA 4 – FRANQUIA

4.1 Não será aplicada franquia a esta cobertura.

CLÁUSULA 5 – CARÊNCIA

5.1 Não será aplicada carência à esta cobertura, **exceto para o caso de suicídio ou sua tentativa, que deverá ser respeitada uma carência de 24 (vinte e quatro) meses ininterruptos, contados a partir do início de vigência do Seguro.**

CLÁUSULA 6 - DOCUMENTOS BÁSICOS PARA A REGULAÇÃO DO SINISTRO

6.1 Para análise do Sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora os seguintes documentos:

- a. Formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado;
- b. Certidão de óbito do Segurado;
- c. Boletim de ocorrência policial, se for o caso;
- d. Carteira Nacional de Habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;
- e. Documento de identificação do(s) Beneficiário(s)

COBERTURA 3: REEMBOLSO DESPESAS COM FUNERAL (RF)

CLÁUSULA 1 - RISCOS COBERTOS

1.1 Garante, até o Capital Segurado contratado, o pagamento despesa para realização de funeral mediante reembolso, em caso de falecimento do Segurado, seja por causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de Riscos Excluídos.

1.2 Na hipótese de os valores excederem o limite de Capital Segurado, a diferença será de responsabilidade dos familiares do Segurado.

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS – EXCLUSÕES ESPECÍFICAS

2.1 Estão excluídos desta cobertura os eventos descritos no item 5 – “Riscos Excluídos – Exclusões Gerais”, das Condições Contratuais.

CLÁUSULA 3 - DATA DO EVENTO

3.1 Para efeito de cálculo da indenização, a data do evento será considerada a data da morte do Segurado.

CLÁUSULA 4 – FRANQUIA

4.1 Não será aplicada franquia a esta cobertura

CLÁUSULA 5 – CARÊNCIA

5.1 Não será aplicada carência à esta Cobertura, **exceto para o caso de suicídio ou sua tentativa, que deverá ser respeitada uma carência de 24 (vinte e quatro) meses ininterruptos, contados a partir do início de vigência do Seguro.**

CLÁUSULA 6 - DOCUMENTOS BÁSICOS PARA A REGULAÇÃO DO SINISTRO

6.1 Para análise do Sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora os seguintes documentos:

- a. Formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado;
- b. Certidão de óbito do Segurado;
- c. Notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas com o funeral do Segurado;
- d. Documento de identificação do(s) responsável(is) pelas pelo pagamento das despesas.

COBERTURA 4: INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

CLÁUSULA 1 - RISCOS COBERTOS

1.1 Garante, até o Capital Segurado contratado, pagamento de indenização ao próprio Segurado, no caso da caracterização da perda ou a impotência funcional definitiva total de um membro ou órgão do Segurado decorrente de lesão física ocasionada por acidente pessoal ocorrido o durante a vigência deste Seguro.

- a. Após a conclusão do tratamento (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente, serão indenizados exclusivamente os casos de invalidez permanente que seguem:
 1. A perda total da visão de ambos os olhos;
 2. A perda total do uso de ambos os membros superiores;
 3. A perda total do uso de ambos os membros inferiores;
 4. A perda total do uso de ambas as mãos;
 5. A perda total do uso de um membro superior e um inferior;
 6. A perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
 7. A perda total do uso de ambos os pés;
 8. A alienação mental total incurável.
- b. **Em caso de perda parcial, ficando reduzidas as funções do membro ou órgão lesado, mas não abolidas por completo, não caberá pagamento de indenização. Quando se tratar de lesões múltiplas, serão indenizados os casos em que o somatório dos graus de invalidez, determinados conforme Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente, seja igual ou superior a 100% (cem por cento).**
- c. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.
- d. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica.
- e. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que se trata esta cobertura.
 1. **A Indenização por Morte Acidental (MA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente.**
- f. Em caso de ocorrência de sinistro e pagamento da Indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente, o seguro será automaticamente cancelado.

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS – EXCLUSÕES ESPECÍFICAS

2.1 Além dos riscos excluídos no item 5 – “Riscos Excluídos – Exclusões Gerais” das Condições Contratuais, estão excluídos desta cobertura os eventos ocorridos em consequência de:

- a. qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT, fibromialgias e síndromes miofasciais, lesão por trauma continuado (LTC), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível;
- b. perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto; e
- c. Abortos induzidos.

CLÁUSULA 3 - DATA DO EVENTO

3.1 Para efeito de cálculo da indenização, será considerada como data do evento a data do acidente pessoal coberto.

CLÁUSULA 4 – FRANQUIA

4.1 Não será aplicada franquia a esta cobertura.

CLÁUSULA 5 – CARÊNCIA

5.1 Não será aplicada carência a esta cobertura.

COBERTURA 4: INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

CLÁUSULA 6 - DOCUMENTOS BÁSICOS PARA A REGULAÇÃO DO SINISTRO

6.1 Para análise do Sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora os seguintes documentos:

- a. Formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado;
- b. Documento de identificação do Segurado;
- c. Boletim de ocorrência policial, se for o caso;
- d. Carteira Nacional de Habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado;
- e. Relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas, diagnósticos necessários e a data da invalidez.

COBERTURA 5: DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E/OU ODONTOLÓGICAS (DMHO)

CLÁUSULA 1 - RISCOS COBERTOS

1.1 Garante, até o Capital Segurado contratado, o reembolso das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas realizadas pelo Segurado para seu tratamento médico em virtude de acidente pessoal coberto, sob orientação por profissional devidamente habilitado, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente.

1.2 Como tratamento médico ou odontológico consideram-se: a internação hospitalar a critério do médico-assistente do Segurado, bem como as despesas com radiografia, ultrassonografia, tomografia computadorizada, medicamentos utilizados durante a internação hospitalar ou atendimento médico ou odontológico emergencial, sala de operação, anestesia, laboratório, pronto-socorro, assistência de enfermeiro(s) diplomado(s) e honorários médicos ou de dentistas;

1.3 Esta cobertura cobre episódios ocasionados por Acidente Pessoal quando gerar quadro clínico de emergência ou urgência, até o limite do Capital Segurado contratado para a cobertura, das despesas relacionadas à estabilização do quadro clínico do Segurado;

1.4 As despesas relacionadas a continuidade e/ou controle de tratamentos anteriores, check-up e extensão de receitas não serão garantidas por esta cobertura;

1.4.1 Considera-se:

- a. Emergência: situação em que o Segurado necessita de atendimento imediato, pois existe risco de morte;
- b. Urgência: situação em que o Segurado necessita de atendimento, não caracterizado como de emergência, podendo aguardar o atendimento de casos emergenciais.

1.4.1.1 O tratamento emergencial ou de urgência deverá ser iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias, contados a partir da data do acidente; O tratamento emergencial ou de urgência deverá ser iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias, contados a partir da data do acidente;

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

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS – EXCLUSÕES ESPECÍFICAS

2.1 Além dos riscos excluídos no item 5 – “Riscos Excluídos – Exclusões Gerais” das Condições Contratuais, estão excluídos desta cobertura:

- a. Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto ou enfermidade súbita e aguda;
- b. Cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto;
- c. Estados de convalescença, após a alta médica e as despesas de acompanhantes;
- d. Prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- e. Tratamentos odontológicos e ou médicos não relacionados ao acidente pessoal coberto;
- f. Exames físicos, de laboratório ou radiográficos de rotina e/ou preventivos que não sejam estritamente necessários e que não sejam consequência direta do acidente pessoal coberto pelo Seguro; e
- g. Abortos induzidos.

CLÁUSULA 3 - DATA DO EVENTO

3.1 Para efeito de cálculo da indenização, será considerada como data do evento a data do acidente pessoal coberto.

CLÁUSULA 4 – FRANQUIA

4.1 Não será aplicada franquia a esta cobertura

CLÁUSULA 5 – CARÊNCIA

5.1 Não será aplicada carência a esta cobertura.

CLÁUSULA 6 - DOCUMENTOS BÁSICOS PARA A REGULAÇÃO DO SINISTRO

6.1 Para análise do Sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora os seguintes documentos:

- a. Formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado;
- 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, na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado;
- f. Relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou atendimento, com as especificações técnicas e diagnósticos necessários.

COBERTURA 6: DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

CLÁUSULA 1 - RISCOS COBERTOS

1.1 Garante, até o Capital Segurado contratado, o pagamento de um valor por cada dia de internação hospitalar do Segurado decorrente de doença ou de acidente pessoal, conforme quantidade de diárias e valor estabelecido no Bilhete, limitado a 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento e ano de vigência do Seguro, respeitados os prazos de carência e franquia eventualmente previstos.

- a. A contagem do período indenizável se inicia após o término do período de franquia;
- b. Em caso de sinistro de morte do Segurado coberto pelo seguro ocorrido durante período de internação hospitalar, as diárias garantidas por esta cobertura serão pagas ao(s) seu(s) Beneficiário(s);

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS – EXCLUSÕES ESPECÍFICAS

2.1 Além dos riscos excluídos no item 5 – “Riscos Excluídos – Exclusões Gerais” das Condições Contratuais, estão excluídos desta cobertura, mesmo que decorrentes de acidente pessoal, as internações hospitalares decorrentes de:

- a. Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- b. Cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos durante a vigência do seguro;
- c. Tratamentos da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças com ela relacionadas, bem como as suas consequências (em portador soropositivo);
- d. Diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;
- e. Tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos e suas consequências;
- f. Tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos;
- g. Qualquer tipo de exame ou check-up preventivo;
- h. Tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento e suas consequências;
- i. Tratamento odontológico ou ortodôntico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;
- j. Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida e suas consequências;
- k. Atos ilícitos devidamente comprovados;
- l. Tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;
- m. Tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;
- n. Internação domiciliar;
- o. Procedimentos que, por sua característica e amplitude, possam ser efetuados em ambulatório; e
- p. Investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação.

CLÁUSULA 3 - DATA DO EVENTO

3.1 Para efeito de cálculo da indenização, será considerada como data do evento a data da internação hospitalar.

CLÁUSULA 4 – FRANQUIA

4.1 Se aplicável, será prevista no Bilhete de Seguro.

CLÁUSULA 5 – CARÊNCIA

5.1 Não será aplicada carência a esta cobertura.

CLÁUSULA 6 - DOCUMENTOS BÁSICOS PARA A REGULAÇÃO DO SINISTRO

6.1 Para análise do Sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora os seguintes documentos:

- a. Formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado;
- b. Documento de identificação do Segurado;
- c. Relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou atendimento, com as especificações técnicas e diagnósticos necessários, inclusive prontuário médico com a comprovação dos dias de internação.

COBERTURA 7: DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

CLÁUSULA 1 - RISCOS COBERTOS

1.1 Garante, até o Capital Segurado contratado, o pagamento de um valor por cada dia em que o Segurado estiver incapaz de exercer de forma contínua e ininterrupta a sua profissão ou ocupação devido a necessidade de tratamento médico, em decorrência de acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do seguro, conforme quantidade de diárias e valor estabelecido no Bilhete, respeitados os prazos de carência e franquia eventualmente.

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS – EXCLUSÕES ESPECÍFICAS

2.1 Além dos riscos excluídos no item 5 – “Riscos Excluídos – Exclusões Gerais” das Condições Contratuais, estão excluídos desta cobertura, mesmo que decorrentes de acidente pessoal, as internações hospitalares decorrentes de:

- a. Qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT, fibromialgias e síndromes miofasciais, Lesão por Trauma Continuado (LTC), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível;
- b. Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- c. Estresse, incluídos “burnout” e depressão;
- d. Doenças crônico-degenerativas, genéticas e infecções crônicas;
- e. Tratamento dentário não decorrente de acidente e suas consequências;
- f. Cirurgias plásticas não reparadoras e nem decorrentes de acidentes sofridos durante a vigência do seguro;
- g. Gravidez, parto e/ou aborto e suas consequências, desde que não decorrentes de acidente pessoal;
- h. Fibromialgias;
- i. Doença Miofascial;
- j. Tratamentos cirúrgicos para doença fibrocística de mama e suas consequências;
- k. Tratamento clínico ou cirúrgico de hallux valgus (joanete);
- l. Todos os afastamentos decorrentes de doenças degenerativas ou crônicas da coluna vertebral, mesmo que agravadas ou desencadeadas por acidente/trauma, exceto os afastamentos decorrentes de pós-operatórios imediatos de cirurgia de coluna vertebral;
- m. Períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias relativos aos pósoperatórios de cirurgias de varizes e hemorroidas;
- n. Períodos de afastamento superiores a 30 (trinta) dias devido a contusões, luxações ou entorses;
- o. Tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
- p. Tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, social ou cosmética e suas consequências;
- q. Tratamentos clínicos ou cirúrgicos ilegais ou não éticos, cirurgias para mudança de sexo, tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual, inseminação artificial e suas consequências;
- r. Tratamento por motivos de obesidade, obesidade mórbida, senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abrasão química cirúrgica e suas consequências;
- s. Complicações e intercorrências resultantes de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos causados por acidentes ou eventos não cobertos; e
- t. Abortos induzidos.

CLÁUSULA 3 - DATA DO EVENTO

3.1 Para efeito de cálculo da indenização, será considerada como data do evento a data do acidente pessoal coberto.

CLÁUSULA 4 – FRANQUIA

4.1 Se aplicável, será indicada no Bilhete de Seguro;

4.2 As diárias de incapacidade temporária são devidas a partir do primeiro dia após o término do período de franquia.

CLÁUSULA 5 – CARÊNCIA

5.1 Não será aplicada carência a esta cobertura.

COBERTURA 7: DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

CLÁUSULA 6 - DOCUMENTOS BÁSICOS PARA A REGULAÇÃO DO SINISTRO

6.1 Para análise do Sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora os seguintes documentos:

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

CLÁUSULA 7 - DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1 Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada.

COBERTURA 8: PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO

CLÁUSULA 1 - RISCOS COBERTOS

1.1 Garante, até o Capital Segurado contratado, o 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, limitado ao prazo máximo e valor estabelecido no Bilhete, respeitados os prazos de carência e franquia eventualmente previstos.

1.2 Entende-se por privação involuntária ao emprego, a dispensa que ocorrer sem justa causa do segurado.

1.3 Para ser elegível à contratação desta cobertura, o Segurado deverá comprovar vínculo empregatício ininterrupto nos últimos 12 (doze) meses no último empregador.

1.4 Admite-se que este vínculo possa ter ocorrido em mais de um empregador nos últimos 12 (doze) meses, desde que o intervalo entre um registro trabalhista e outro não seja superior a 30 (trinta) dias.

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS – EXCLUSÕES ESPECÍFICAS

2.1 Além dos riscos excluídos no item 5 – “Riscos Excluídos – Exclusões Gerais” das Condições Contratuais, estão excluídos desta cobertura:

a. Desemprego decorrente de dispensa motivada (justa causa).

CLÁUSULA 3 - DATA DO EVENTO

3.1 Para efeito de cálculo da indenização, será considerada como data do evento a data da demissão.

CLÁUSULA 4 – FRANQUIA

4.1 Não será aplicada franquia a esta cobertura.

CLÁUSULA 5 – CARÊNCIA

5.1 Esta cobertura possui carência de 91 dias.

CLÁUSULA 6 - DOCUMENTOS BÁSICOS PARA A REGULAÇÃO DO SINISTRO

6.1 Para análise do Sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora os seguintes documentos:

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

COBERTURA 9: DOENÇAS GRAVES

CLÁUSULA 1 - RISCOS COBERTOS

1.1 Garante, até o Capital Segurado contratado, a antecipação de parte do Capital Segurado contratado para a cobertura de Morte, cujo percentual será estabelecido no Bilhete, quando o Segurado for diagnosticado com qualquer uma das doenças graves ou for submetido procedimentos cirúrgicos relacionados e descritos abaixo, desde que esses eventos ocorram durante a vigência do seguro, respeitados os prazos de carência e franquia eventualmente aplicáveis.

1.2 As doenças graves e os procedimentos cirúrgicos abrangidos por esta cobertura correspondem, exclusivamente, aos seguintes eventos:

- a. Neoplasia Maligna (Câncer):** doença provocada por tumor maligno (sarcomas, carcinomas, leucemias e similares), cujas características são o crescimento e a multiplicação incontrolada de células malignas e a invasão do tecido normal;
- b. Acidente Vascular Cerebral (AVC):** qualquer espécie de acidente cerebrovascular com sequelas neurológicas e com duração superior a 24 (vinte e quatro) horas, que inclui a morte do tecido cerebral decorrente de fluxo sanguíneo deficiente por hemorragia, isquemia ou embolia proveniente de uma fonte extracranial. As sequelas neurológicas deverão ser comprovadas por intermédio de exame(s) e de atestado médico, após transcorrido o período de 90 (noventa) dias contados a partir da data do diagnóstico do AVC;
- c. Cirurgia de revascularização do Miocárdio (Ponte de Safena):** intervenção cirúrgica, a céu aberto, para recuperação de uma ou mais artérias coronárias, as quais encontram-se torcidas ou bloqueadas, introduzindo-se um "by pass" artério-coronário;
- d. Cirurgia de Válvulas Cardíacas e de Aorta:** intervenção cirúrgica, a céu aberto, que visa recuperar ou substituir uma válvula cardíaca ou corrigir um estreitamento, dissecação ou aneurisma da Aorta. Para fins deste Seguro, Aorta se refere à Aorta torácica e abdominal, não incluindo as suas ramificações.

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS – EXCLUSÕES ESPECÍFICAS

2.1 Além dos riscos excluídos no item 5 – Riscos "Excluídos – Exclusões Gerais" das Condições Contratuais, estão excluídos desta cobertura os eventos ocorridos em consequência de:

- a. Outras doenças que não as relacionadas no item 1.2 incluindo as profissionais, LER/DORT, fibromialgias e síndromes miofasciais, lesão por trauma continuado (LTC), quaisquer que sejam as causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível;**
- b. Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;**
- c. Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- d. Qualquer classe de Neoplasia Maligna (Câncer) sem invasão insitu (incluindo displasia cervical), assim como o câncer de pele, exceto melanoma de invasão;**
- e. Doenças e procedimentos cirúrgicos correlacionados com infecção do vírus HIV, entre elas o sarcoma de Kaposi;**
- f. Carcinoma baso celular e a leucemia linfocítica crônica;**
- g. Estágio "A" do câncer de próstata (tumor não palpável comprometendo menos que 5% da próstata);**
- h. Estágio "I" da doença de Hodgkin;**
- i. Ataques isquêmicos transitórios e qualquer outra alteração neurológica não resultante de acidente vascular, bem como injúria cerebral resultante de hipóxia ou trauma;**
- j. Procedimentos cirúrgicos na artéria Aorta decorrentes de acidente pessoal;**
- k. Angiografia e/ou qualquer outra intervenção intra-arterial (angioplastia, endarterectomia, embolectomia e similares);**

CLÁUSULA 3 - DATA DO EVENTO

3.1 Nos casos de Neoplasia Maligna (Câncer): a data da realização dos exames complementares que diagnosticaram precisamente a respectiva doença e seu estágio;

3.2 Nos casos de Acidente Vascular Cerebral (AVC): a data do diagnóstico do AVC; e

3.3 Nos casos de Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (Ponte de Safena) e Cirurgia de Válvulas Cardíacas e Aorta: a data de realização do procedimento cirúrgico, desde que a doença tenha sido diagnosticada durante a vigência do seguro.

CLÁUSULA 4 – FRANQUIA

4.1 Não será aplicada franquia a esta cobertura.

CLÁUSULA 5 – CARÊNCIA

5.1 Não será aplicada carência a esta cobertura.

COBERTURA 9: DOENÇAS GRAVES

CLÁUSULA 6 - DOCUMENTOS BÁSICOS PARA A REGULAÇÃO DO SINISTRO

6.1 Para análise do Sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora os seguintes documentos:

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