

ESPECIFICAÇÃO ESPECIAL AP VIDA SIMPLES

Condições Vinculadas ao Processo SUSEP

CNPJ 61.074.175/0001-38

Processo SUSEP nº 15414.634203/2019-28

O produto AP Vida Simples conta com três opções de pacotes com coberturas e prêmios fixos sendo duas opções de carregamento (30% e 35%). As coberturas vinculadas são: Morte Acidental, Diária de Internação Hospitalar por Acidente (Planos B1 e B2) e Decessos Familiar. Há duas assistências disponíveis: Mapfre Cuidando de Você (Plano B1) e o Programa Ela Cuidado Feminino (Plano B2). Todos os planos (A, B1 e B2) possuem sorteio mensal no valor líquido de R\$ 5 mil. Detalhamento dos planos conforme quadros abaixo:

Comissão de 30%

PLANO A	PLANO B1	PLANO B2
Morte Acidental R\$ 15.000,00	Morte Acidental R\$ 30.000,00	Morte Acidental R\$ 30.000,00
Decessos Familiar (Titular, Cônjuge e filhos) R\$ 5.000,00	Decessos Familiar (Titular, Cônjuge e filhos) R\$ 5.000,00	Decessos Familiar (Titular, Cônjuge e filhos) R\$ 5.000,00
N/A	DIH-A - (Até 10 diárias de R\$ 400,00 cada, limitado a R\$ 4.000,00)	DIH-A - (Até 10 diárias de R\$ 400,00 cada, limitado a R\$ 4.000,00)
N/A	MAPFRE Cuidando de você	ELA - Cuidado Feminino
Sorteio Mensal		
1 Sorteio Mensal (Série Aberta, Valor Líquido) R\$5.000,00	1 Sorteio Mensal (Série Aberta, Valor Líquido) R\$5.000,00	1 Sorteio Mensal (Série Aberta, Valor Líquido) R\$5.000,00
Prêmio Mensal (Comercial com IOF de 0,38%)		
R\$ 8,99	R\$ 19,99	R\$ 19,99
Comissão de 30%		
Prêmio Único (Comercial com IOF de 0,38%)		
R\$ 107,88	R\$ 239,88	R\$ 239,88

Comissão de 35%

PLANO A	PLANO B1	PLANO B2
Morte Acidental R\$ 15.000,00	Morte Acidental R\$ 30.000,00	Morte Acidental R\$ 30.000,00
Decessos Familiar (Titular, Cônjuge e filhos) R\$ 5.000,00	Decessos Familiar (Titular, Cônjuge e filhos) R\$ 5.000,00	Decessos Familiar (Titular, Cônjuge e filhos) R\$ 5.000,00
N/A	DIH-A - (Até 10 diárias de R\$ 400,00 cada, limitado a R\$ 4.000,00)	DIH-A - (Até 10 diárias de R\$ 400,00 cada, limitado a R\$ 4.000,00)
N/A	MAPFRE Cuidando de você	ELA - Cuidado Feminino
Sorteio Mensal		
1 Sorteio Mensal (Série Aberta, Valor Líquido) R\$5.000,00	1 Sorteio Mensal (Série Aberta, Valor Líquido) R\$5.000,00	1 Sorteio Mensal (Série Aberta, Valor Líquido) R\$5.000,00
Prêmio Mensal (Comercial com IOF de 0,38%)		
R\$ 9,99	R\$ 22,99	R\$ 22,99
Comissão de 35%		
Prêmio Único (Comercial com IOF de 0,38%)		
R\$ 119,88	R\$ 275,88	R\$ 275,88

O seguro não exige preenchimento de DPS, e possui emissão imediata. As Condições Gerais do novo produto AP Vida Simples são vinculadas ao processo SUSEP de N° 15414.634203/2019-28. Segue abaixo as condições especiais do produto

Este documento poderá ser consultado no site MAPFRE através <https://www.mapfre.com.br/para-voce/parceiros/sicredi/>

CONDIÇÕES GERAIS

CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O presente seguro de pessoas tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de Prêmio pela Seguradora, o pagamento de Indenização ao próprio Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado contratado, na ocorrência de um Evento Coberto, durante a Vigência do Seguro, **observados os Riscos Excluídos, as hipóteses de perda de direito e as demais Condições Contratuais.**

CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES

2.1. **Acidente Pessoal:** o evento com data caracterizada, exclusivo e **DIRETAMENTE externo, súbito, involuntário e violento, CAUSADOR DE LESÃO FÍSICA** que, por si só e independente 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:

2.1.1. Incluem-se nesse conceito:

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

2.1.2. **EXCLUEM-SE DESSE CONCEITO:**

- A) **AS DOENÇAS, INCLUÍDAS AS PROFISSIONAIS, QUAISQUER QUE SEJAM SUAS CAUSAS, AINDA QUE PROVOCADAS, DESENCADEADAS OU AGRAVADAS, DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ACIDENTE, RESSALVADAS AS INFECÇÕES, ESTADOS SEPTICÊMICOS E EMBOLIAS, RESULTANTES DE FERIMENTO VISIVELMENTE 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 ESSES, ASSIM COMO AS LESÕES CLASSIFICADAS COMO: LESÃO POR ESFORÇOS REPETITIVOS – LER, DOENÇAS OSTEO-MUSCULARES RELACIONADAS AO TRABALHO – DORT, LESÃO POR TRAUMA CONTINUADO OU CONTÍNUO – LTC, OU SIMILARES QUE VENHAM A SER ACEITAS PELA CLASSE MÉDICO-CIENTÍFICA, BEM COMO AS SUAS CONSEQUÊNCIAS PÓS-TRATAMENTOS, INCLUSIVE CIRÚRGICOS, EM QUALQUER TEMPO; E**
- D) **AS SITUAÇÕES RECONHECIDAS POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA OU ASSEMELHADAS, COMO "INVALIDEZ ACIDENTÁRIA", NAS QUAIS O EVENTO CAUSADOR**

DA LESÃO NÃO SE ENQUADRE INTEGRALMENTE NA CARACTERIZAÇÃO DE INVALIDEZ POR ACIDENTE PESSOAL.

- 2.2. **Aviso de Sinistro:** comunicação específica com a finalidade de dar conhecimento imediato sobre a ocorrência de um evento passível de Cobertura.
- 2.3. **Bilhete de Seguro:** é o documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação da(s) Cobertura(s) solicitada(s) pelo Segurado, substitui a apólice individual e dispensa o preenchimento de proposta, nos termos da legislação específica.
- 2.4. **Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada para receber os valores do Capital Segurado, na hipótese de ocorrência do Evento Coberto.
- 2.5. **Capital Segurado:** valor máximo para a Cobertura contratada vigente na data do Evento Coberto, a ser pago pela Seguradora ao Beneficiário.
- 2.6. **Carência:** período de tempo, contado a partir da data de início de Vigência do Seguro ou do aumento do Capital Segurado, durante o qual a Seguradora está isenta de responsabilidade indenizatória, ou seja, em que o Segurado ou os Beneficiários não terão direito à percepção dos Capitais Segurados contratados em eventual ocorrência de Sinistro.
- 2.7. **Coberturas:** obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um Evento Coberto, descritas nas Condições Contratuais, observados os Riscos Excluídos e as hipóteses de perda do direito.
- 2.8. **Comoriência:** é a presunção de morte simultânea, quando do falecimento de dois ou mais indivíduos na mesma ocasião, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro.
- 2.9. **Companheiro(a):** é a pessoa que convive em união estável ou condição equiparada, configurada na convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família, devidamente comprovada por decisão judicial, escritura pública ou pelos meios admitidos pela legislação vigente.
- 2.10. **Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes no Bilhete de Seguro, das Condições Gerais e das Condições Especiais.
- 2.11. **Condições Especiais:** conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de Cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.
- 2.12. **Condições Gerais:** conjunto de cláusulas comuns a todas as Coberturas e/ou modalidade de um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Seguradora, do(s) Segurado(s) e do(s) Beneficiário(s).
- 2.13. **Corretor:** é a pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado e legalmente autorizado a intermediar e promover a realização de contratos de seguro entre as Seguradoras e os Segurados. **O Corretor de seguros responde civilmente perante as partes pelos prejuízos que causar no exercício da profissão.**

- 2.14. Culpa Grave:** termo utilizado para expressar a forma de culpa que mais se aproxima do dolo, motivada pela falta extrema do agente, que não prevê fato previsível aos homens comuns e, embora sem a intenção, assume o resultado de produzi-lo, sendo motivo para a perda do direito por parte do Segurado.
- 2.15. Declaração Pessoal de Saúde e Atividade:** é o documento utilizado para avaliação do risco pela Seguradora, no qual o Proponente presta as informações e declarações, inclusive sobre a atividade profissional exercida e o seu estado de saúde, sob sua inteira responsabilidade e sob as penas previstas na legislação vigente.
- 2.16. Doença:** é toda e qualquer alteração da saúde do Segurado, causada por ação direta ou indireta de agentes mórbidos, de origem interna ou externa em relação ao corpo humano, e que necessita de tratamento Médico.
- 2.17. Doença Congênita:** é a Doença adquirida antes do nascimento ou até completar o primeiro mês de vida resultante da má formação do organismo, seja qual for a sua causa e que comprometa o desenvolvimento neuropsicomotor.
- 2.18. Doença Profissional:** é toda e qualquer deficiência e/ou enfraquecimento da saúde humana, causada por uma exposição contínua a condições inerentes à ocupação de uma pessoa, ou seja, é aquela que se mostra consequente da atividade profissional desempenhada.
- 2.19. Doenças e Lesões Preexistentes e suas Consequências:** são as Doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado em data anterior à data da contratação do seguro, de seu prévio conhecimento, não declarada pelo Segurado, caracterizando-se pela omissão de tratamento ou da existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações do seu estado de saúde. A omissão dessas Doenças ou lesões, por ocasião da contratação do seguro, poderá ensejar a perda de direito ao seguro.
- 2.20. Domicílio do Segurado:** lugar em que a pessoa tem sua habitação ordinária ou em que mantém a sua residência habitual dentro do território brasileiro.
- 2.21. Endosso:** é o termo utilizado para definir o documento emitido pela Seguradora, durante a Vigência do Seguro, por meio do qual se formaliza qualquer eventual alteração no Bilhete de Seguro.
- 2.22. Evento Coberto:** é o acontecimento futuro, possível e incerto, ocorrido durante a Vigência do Seguro, enquadrado na Cobertura prevista no Bilhete de Seguro contratado.
- 2.23. Filho:** aquele considerado dependente econômico do Segurado, desde que observadas as condições indicadas abaixo:
- i. Filho(a) ou enteado(a) até completar 21 (vinte e um) anos;
 - ii. Filho(a) ou enteado(a) em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho;
 - iii. Filho(a) ou enteado(a) universitário(a) ou cursando escola técnica de Ensino Médio, até completar 24 (vinte e quatro) anos.
- 2.24. Franquia:** período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do Evento Coberto, durante o qual o Segurado não terá direito à Cobertura do seguro.
- 2.25. Hospital:** instituição legalmente autorizada pelo Ministério da Saúde correspondente, para o diagnóstico, cuidados Médicos e cirúrgicos de feridos ou doentes, oferecendo centros cirúrgicos, Médicos e enfermeiras certificados, disponíveis 24 (vinte e quatro) horas por dia. **Não entende-se como estabelecimento**

Hospitalar: casa de saúde, ambulatórios, instituições para atendimento de deficientes mentais e/ou doentes psiquiátricos, centro de diagnose, laboratórios, “*day Hospital*”, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de Convalescença para idosos ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool.

- 2.26. Hospitalização:** corresponde à estadia contínua e superior a 48 (quarenta e oito) horas, em um Hospital, desde que a mesma seja comprovada e justificada, por meio de Cirurgia coberta e realizada, a partir do momento em que o Segurado ingressar como paciente na entidade médica em questão.
- 2.27. Impotência Funcional:** alteração ou redução da função de um órgão ou membro de forma parcial ou total, que gera prejuízo impeditivo ao indivíduo.
- 2.28. Indenização:** é o valor máximo a ser pago ao Beneficiário pela Seguradora, quando da ocorrência de Evento Coberto, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva Cobertura contratada, vigente na data da ocorrência do evento.
- 2.29. Internação Hospitalar:** permanência do Segurado em Hospital em regime de internação, indicada por profissional Médico habilitado, com a finalidade de que o Segurado realize Tratamento Clínico ou cirúrgico resultante de Acidente Pessoal coberto ou Doença, conforme cobertura contratada, que não possa ser realizado em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.
- 2.30. Médico/Médico Assistente:** profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, de escolha do Segurado, responsável pelo acompanhamento clínico e pelo diagnóstico do Segurado. **A Seguradora não aceitará que seja nomeado como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, Companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma Indenização por parte da Seguradora.**
- 2.31. Médico Especialista:** profissional que tenha conhecimento Médico, e que esteja legalmente autorizado e devidamente certificado pelo Conselho Regional de Medicina, referente a sua especialidade.
- 2.32. Meios Remotos:** são aqueles meios que permitem 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 tecnologia tais como a Internet (rede mundial de computadores), telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras.
- 2.33. Período de Cobertura:** prazo de duração da Cobertura contratada, no qual o Segurado ou o(s) Beneficiário(s), fará(ão) jus ao Capital Segurado contratado, no caso de ocorrência de Evento Coberto.
- 2.34. Plano Funerário:** plano de intermediação de benefícios, assessoria e prestação de serviço funerário, realizado por empresa administradora de plano de assistência funerária com pagamentos.
- 2.35. Prazo de Tolerância:** intervalo de tempo estabelecido nos documentos contratuais durante o qual, na ocorrência de Evento Coberto, o Segurado inadimplente fará jus à Cobertura, mediante a regularização do Prêmio em atraso.
- 2.36. Prêmio:** é o valor pago à Seguradora para amparo das Coberturas contratadas.
- 2.37. Premoriência:** morte do Beneficiário antes do falecimento do Segurado.
- 2.38. Proponente:** é a pessoa física interessada em contratar a(s) Cobertura(s) do seguro.

- 2.39. Pro Rata Temporis:** no caso do seguro, é o método de calcular o Prêmio do seguro proporcional aos dias de vigência decorridos no seguro.
- 2.40. Redução Funcional:** é a alteração de função, de intensidade variável, que pode gerar disfunção ou insuficiência de órgãos ou de partes do organismo.
- 2.41. Regime Financeiro de Repartição Simples:** é a 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 Cobertos, ocorridos nesse período, não havendo, portanto, devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou ao Beneficiário.
- 2.42. Regulação de Sinistro:** é a análise feita pela Seguradora das causas e circunstâncias do evento comunicado, com a finalidade de avaliar se o mesmo se caracteriza como um risco coberto, bem como verificar se o Segurado cumpriu todas as suas obrigações legais e contratuais.
- 2.43. Relatório Médico:** é o documento na forma de relatório ou similar, elaborado e preenchido por Médico com a finalidade de registrar sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos Médicos correlatos. Não será aceito, para fins de liquidação do Sinistro, documento emitido por Médico que seja o próprio Segurado, seu cônjuge/Companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma Indenização por parte da Seguradora.
- 2.44. Riscos Excluídos:** correspondem aos riscos, previstos nas Condições Contratuais, que não serão cobertos pelo plano de seguro contratado.
- 2.45. Segurado:** é a pessoa física, com interesse segurável, sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 2.46. Segurado Dependente:** é o cônjuge ou Companheiro(a), Filho(s) e/ou enteado(s), do Segurado Titular, quando incluído no contrato de seguro, desde que não seja Segurado Titular no Bilhete de Seguro.
- 2.47. Segurado Dependente Agregado:** será considerado o pai e a mãe do Segurado Titular e o pai e mãe do seu Segurado Dependente cônjuge/Companheiro(a), quando incluído no seguro, desde que não seja Segurado Titular no Bilhete de Seguro. **Não serão considerados dependentes agregados o padrasto, a madrasta, avó(s), tio(s), irmão(s) e outros parentes do Segurado Titular ou do seu cônjuge/Companheiro(a), ainda que sejam seus dependentes econômicos. O limite máximo de idade para aceitação do Segurado Dependente Agregado será de 80 (oitenta) anos, na data de inclusão no seguro.**
- 2.48. Segurado Titular:** é a pessoa física responsável pela formalização da contratação do seguro, bem como pela sua manutenção junto à Seguradora.
- 2.49. Seguradora:** é a empresa legalmente autorizada a comercializar seguro e que se responsabiliza pela(s) Cobertura(s) contratada(s), mediante o recebimento de Prêmio, conforme estabelecido nestas Condições Contratuais.
- 2.50. Sinistro:** é a ocorrência de um Evento Coberto, durante o período de Vigência do Seguro.

2.51. Vigência do Seguro: é o período de tempo fixado para validade do Bilhete de Seguro.

CLÁUSULA 3 – COBERTURAS DO SEGURO

- 3.1. É facultada ao Proponente a escolha das Coberturas do seguro, respeitando as regras de conjugação indicadas nesta cláusula e preestabelecidas pela Seguradora. O conjunto das Coberturas contratadas deverá ser identificado no Bilhete de Seguro, sendo obrigatória a contratação de, pelo menos, uma das Coberturas básicas relacionadas abaixo.
- 3.2. Coberturas
- a) Morte Acidental – MA
 - b) Decessos/Funeral com Cremação Especial – DC
 - c) Diária de Internação Hospitalar por Acidente – DIH-A
- 3.3. As Coberturas previstas nestas Condições Contratuais somente terão validade quando contratadas e expressamente previstas no Bilhete de Seguro.
- 3.4. A definição de cada uma das Coberturas mencionadas nestas Condições Gerais, seus respectivos objetivos, seus Riscos Excluídos, Capital(is) Segurado(s) e demais disposições estão determinados nas respectivas Condições Especiais.

CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. **ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS, DESTE SEGURO, OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA:**
- A) DO USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, AINDA QUE OCORRIDOS EM TESTES, EXPERIÊNCIAS OU NO TRANSPORTE DE ARMAS E/OU PROJÉTEIS NUCLEARES, INCLUINDO EXPLOSÃO NUCLEAR, PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA OU EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;
 - B) DE ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, INVASÕES, ATOS MILITARES, HOSTILIDADES, DE GUERRA CIVIL OU GUERRILHA, REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO, ATOS TERRORISTAS OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES, EXCETO SE FOR COMPROVADO QUE O EVENTO TENHA OCORRIDO PELA UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADO, SE DECORRENTE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR, DA PRÁTICA DE ESPORTES OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;
 - C) DE LESÕES OU DOENÇAS PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO SEGURADO OU QUE O OBRIGUE A FAZER ACOMPANHAMENTO MÉDICO OU USO DE MEDICAMENTO DE FORMA CONTINUADA OU TRATAMENTO EM REGIME HOSPITALAR, PRESCRITOS POR MÉDICOS, EM PERÍODO CUJOS EFEITOS PERSISTAM ATÉ A DATA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO E QUE CONTRIBUA, DIRETA OU INDIRETAMENTE, NA CARACTERIZAÇÃO DE UM EVENTO PREVISTO NESTAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS E NÃO TENHAM SIDO DECLARADAS NA CONTRATAÇÃO DO SEGURO;
 - D) DA TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS, OCORRIDOS ANTES DE COMPLETADOS 2 (DOIS) ANOS DE VIGÊNCIA ININTERRUPTOS DO SEGURO, CONTADOS DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DA RESPECTIVA COBERTURA OU DA SOLICITAÇÃO DE AUMENTO DE CAPITAL SEGURADO, OU AINDA, DA SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO DE COBERTURA. NESTAS

- HIPÓTESES, A EXCLUSÃO SOMENTE SE APLICA À DIFERENÇA DO CAPITAL SEGURADO AUMENTADO OU À COBERTURA INCLUÍDA;
- E) DANOS E PERDAS CAUSADAS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATO TERRORISTA, CABENDO À SEGURADORA COMPROVÁ-LO COM DOCUMENTAÇÃO HÁBIL, ACOMPANHADA DE LAUDO CIRCUNSTANCIADO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTE DE SEU PROPÓSITO, E DESDE QUE ESTE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATENTÓRIO À ORDEM PÚBLICA PELA AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE;
 - F) DE ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO BENEFICIÁRIO, OU PELO REPRESENTANTE LEGAL DE UM OU DE OUTRO;
 - G) NOS SEGUROS CONTRATADOS POR PESSOA JURÍDICA OU NAQUELES CUJO BENEFICIÁRIO SEJA UMA PESSOA JURÍDICA, INCLUEM-SE OS DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS POR SEUS SÓCIOS CONTROLADORES, DIRIGENTES E ADMINISTRADORES E/OU SEUS RESPECTIVOS REPRESENTANTES;
 - H) DE FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS, INUNDAÇÕES, TUFÕES, TEMPESTADES OU QUAISQUER OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA;
 - I) EPIDEMIAS E PANDEMIAS E ENVENENAMENTO DE CARÁTER COLETIVO OFICIALMENTE DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE, INCLUINDO A GRIPE AVIÁRIA, A FEBRE AFTOSA, A MALÁRIA, A DENGUE, A MENINGITE, DENTRE OUTRAS, MAS NÃO SE LIMITANDO A ELAS;
 - J) INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE, BEM COMO AS INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS E/OU MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR PROFISSIONAL LEGALMENTE HABILITADO (MÉDICO);
 - K) EVENTOS EM QUE O SEGURADO TENHA INTENCIONALMENTE ATENTADO CONTRA A VIDA E INTEGRIDADE FÍSICA DE OUTREM, CONSUMADO OU NÃO, BEM COMO ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO, EXCETO EM CASO DE LEGÍTIMA DEFESA OU ASSISTÊNCIA À PESSOA EM PERIGO;
 - L) PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO EM DESAFIOS E/OU BRIGAS, EXCETO NOS CASOS DE PRÁTICA DE ESPORTE, LEGÍTIMA DEFESA OU ESTADO DE NECESSIDADE;
 - M) IMPRUDÊNCIA OU NEGLIGÊNCIA GRAVE DO SEGURADO, ASSIM DECLARADO JUDICIALMENTE, BEM COMO DOENÇAS CAUSADAS INTENCIONALMENTE PELO PRÓPRIO SEGURADO;
 - N) DE ATOS DOLOSOS, PRATICADOS PELO SEGURADO OU SEU REPRESENTANTE, DECORRENTES DE VIOLAÇÃO DE LEIS OU NORMAS DE EMBARGOS OU SANÇÕES ECONÔMICAS OU COMERCIAIS, QUE REPRESENTEM NEXO CAUSAL COM O EVENTO GERADOR DO SINISTRO; E
 - O) DE ATIVIDADES, TRABALHOS OU ESPORTES PERIGOSOS OU COMPORTAMENTOS DE RISCO, TAIS COMO:
 - 1) PARTICIPAR EM ATOS DE GUERRA, REBELIÃO, BRIGAS, ENQUANTO O SEGURADO É O PROVOCADOR, ATOS CRIMINOSOS, MOTIM, REVOLUÇÃO OU SITUAÇÕES DE GUERRA;
 - 2) PRATICAR *KITESURF* OU QUALQUER TIPO DE DESPORTO OU DE QUEDA LIVRE, MOTOCICLISMO, ESQUI, TOURADAS, MONTANHISMO, RODEIO, MERGULHO, BOXE, LUTA LIVRE, ASA-DELTA, *RAFTING*, *JET SKI*, EXPLORAÇÃO DE CAVERNAS OU, *BUNGEE JUMPING*, ESPORTES DE INVERNO OU QUALQUER ESPORTE PROFISSIONAL;
 - 3) PARTICIPAR EM CORRIDAS AUTOMOBILÍSTICAS, A CAVALO OU DE BICICLETA, BEM COMO TESTES OU COMPETIÇÕES DE VELOCIDADE, SEGURANÇA OU RESISTÊNCIA;
 - 4) DIRIGIR MOTOCICLETAS E/OU VEÍCULOS SEMELHANTES, SEJAM AQUÁTICOS, AÉREOS OU TERRESTRES; E
 - 5) VIAJAR EM AERONAVES NÃO PERTENCENTES A COMPANHIAS AÉREAS COMERCIAIS AUTORIZADAS A TRANSPORTAR PASSAGEIROS COM ITINERÁRIOS FIXOS, QUER COMO UM PASSAGEIRO, TRIPULAÇÃO OU MECÂNICO.

4.2. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NO ITEM 4.1, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DAS COBERTURAS PARA ACIDENTES PESSOAIS, OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DIRETA OU INDIRETA:

- A) AS DOENÇAS, INCLUÍDAS AS PROFISSIONAIS E AS DECORRENTES DE SEQUESTROS E SUAS TENTATIVAS, BEM COMO A DOENÇA COMUMENTE CHAMADA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC, QUAISQUER QUE SEJAM SUAS CAUSAS, AINDA QUE PROVOCADAS, DESENCADEADAS OU AGRAVADAS, DIRETA OU INDIRETAMENTE, POR ACIDENTE, RESSALVADAS AS INFECÇÕES, ESTADOS SEPTICÊMICOS E EMBOLIAS, RESULTANTES DE FERIMENTO VISÍVEL CAUSADO EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO;
- B) INTERCORRÊNCIAS E COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS OU POR EQUIPAMENTOS, QUANDO TAIS PROCEDIMENTOS NÃO FOREM RESULTANTES DE ACIDENTES COBERTOS;
- C) OS ERROS MÉDICOS;
- D) PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO EM COMPETIÇÕES ILEGAIS EM AERONAVES, EMBARCAÇÕES E VEÍCULOS A MOTOR, INCLUSIVE TREINOS PREPARATÓRIOS; E
- E) DE ACIDENTE QUANDO O SEGURADO ESTIVER PRESENTE EM AERONAVE, EMBARCAÇÃO OU VEÍCULO A MOTOR QUE:
 - I. NÃO POSSUAM AUTORIZAÇÃO DOS ÓRGÃOS COMPETENTES PARA VOO OU NAVEGAÇÃO, EM VIGOR;
 - II. DIRIGIDOS POR PILOTOS, INCLUSIVE O SEGURADO, NÃO LEGALMENTE HABILITADOS;
 - III. OFICIAIS OU MILITARES QUE NÃO SE DESTINEM AO TRANSPORTE DE PASSAGEIROS OU AUTORIDADES.

4.3. OS DEMAIS RISCOS EXCLUÍDOS, ESPECÍFICOS POR COBERTURA, ESTÃO EXPRESSAMENTE DEFINIDOS NAS CONDIÇÕES ESPECIAIS DA RESPECTIVA COBERTURA.

CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

- 5.1. O âmbito geográfico de cada uma das Coberturas será definido nas respectivas Condições Especiais de cada Cobertura.

CLÁUSULA 6 – FRANQUIA

- 6.1. A Franquia de cada Cobertura, quando aplicada, estará prevista na Condição Especial de cada Cobertura, sendo também definida no Bilhete de Seguro.

CLÁUSULA 7 – CARÊNCIA

- 7.1. Haverá Carência nos 2 (dois) primeiros anos de Vigência do Seguro, para a tentativa ou consumação de suicídio e suas consequências.
- 7.2. O prazo de Carência será contado a partir da data de início de vigência da Cobertura ou em relação ao valor do aumento do Capital Segurado ou da Cobertura incluída, em caso de sua alteração na vigência do contrato.
- 7.3. Não há prazo de Carência para Sinistros decorrentes de Acidente Pessoal, ressalvada a hipótese prevista no item 7.1.

7.4. Além do prazo previsto no item 7.1, a Carência de cada Cobertura, quando aplicada, estará prevista na Condição Especial de cada Cobertura, sendo também definida no Bilhete de Seguro.

CLÁUSULA 8 – ACEITAÇÃO DO SEGURO

8.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco (quando houver).

8.2. Poderá ser aceito como Segurado, todo Proponente que esteja, na data da contratação do seguro, em condições normais de saúde, tenha idade compreendida entre 14 (quatorze) anos e 65 (sessenta e cinco) anos completos e atendam aos demais critérios de aceitação estabelecidos pela Seguradora.

8.3. A contratação do seguro será feita mediante solicitação verbal do interessado, seguida da emissão do Bilhete de Seguro.

8.3.1. Equipara-se à solicitação verbal do interessado, a manifestação do Proponente efetuada com a utilização de Meios Remotos.

8.4. A contratação do seguro prova-se com a exibição do Bilhete de Seguro, e, na falta dele, por documento comprobatório do pagamento do respectivo Prêmio.

8.5. A confirmação de quitação do 1º (primeiro) pagamento enviada pela Seguradora, através de Meios Remotos, também servirá como prova da contratação do seguro.

8.5.1. Se não houver o pagamento da 1ª (primeira) parcela do seguro até a data de seu vencimento, a contratação do seguro não será efetivada.

8.6. O Segurado poderá desistir do seguro contratado, no prazo de 7 (sete) dias corridos, contados a partir da data de emissão do Bilhete de Seguro.

8.6.1. Caso o Segurado exerça o direito de arrependimento previsto no item anterior, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, serão devolvidos, de imediato. A devolução será realizada pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do Prêmio, sem prejuízo de outros meios ou formas disponibilizadas pela Seguradora.

8.7. É vedada a contratação ou alteração do seguro por meio de procuração.

CLÁUSULA 9 – INÍCIO DE VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

9.1. Os Bilhetes de Seguro e Endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicados.

9.2. A vigência das Coberturas oferecidas neste plano de seguro iniciar-se-á sempre a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de pagamento do Prêmio e as respectivas datas de início e de término estarão expressas no Bilhete de Seguro.

9.3. O prazo de vigência do Bilhete de Seguro será de 5 (cinco) anos, podendo ser renovado automaticamente uma única vez, por igual período, salvo se a Seguradora ou o Segurado, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, contados da data de vencimento do Bilhete de Seguro, comunicar o desinteresse pela continuidade.

- 9.3.1.** As renovações posteriores a primeira, deverão ser expressas entre as partes, Seguradora e Segurado, sendo que cabe à Seguradora, com no mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência à data do final de vigência do Bilhete de Seguro, iniciar o processo de renovação através de comunicação do interesse pela renovação do seguro.
- 9.4.** Cada alteração ou renovação, implicará na emissão e envio do respectivo Endosso ou Bilhete de Seguro, quando for o caso, pela Seguradora.
- 9.5.** Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar o seguro, sem devolução dos Prêmios pagos, observado o disposto no item 9.3 acima.

CLÁUSULA 10 – PAGAMENTO DE PRÊMIO

- 10.1.** O valor do Prêmio inicial será determinado quando da contratação do seguro, em função da idade do Segurado, das Coberturas contratadas, do Capital Segurado e da periodicidade de pagamento do Prêmio, definidos no Bilhete de Seguro.
- 10.2.** Para garantir seu direito à Cobertura, o Segurado deverá efetuar o pagamento do Prêmio do seguro, respeitada a forma e periodicidade escolhida no Bilhete de Seguro, até a data de seu vencimento.
- 10.3.** O Segurado poderá optar entre a forma de pagamento por **débito em conta corrente ou por débito em cartão de crédito, devendo constar no Bilhete de Seguro a opção escolhida pelo Segurado.**
- 10.3.1.** Nos casos de opção de pagamento por débito em conta, o Prêmio será debitado na data de vencimento definida pelo Segurado no Bilhete de Seguro.
- 10.3.2.** Para os casos de opção de pagamento por fatura do cartão de crédito, o Prêmio será debitado no vencimento da fatura do cartão.
- 10.4.** A suspensão da autorização do débito em conta ou em fatura de cartão de crédito poderá caracterizar inadimplência do Segurado, sendo aplicado o disposto na **CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO.**
- 10.5.** Quanto a periodicidade de pagamento do Prêmio, que constará no Bilhete de Seguro, poderá ser mensal ou anual, sendo que este último poderá ser “à vista” ou fracionado.
- 10.5.1.** Em caso de pagamento fracionado do Prêmio, o Segurado poderá antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a consequente redução proporcional dos juros pactuados, quando couber.
- 10.5.2.** Para os Prêmios fracionados, a data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência do Bilhete de Seguro.
- 10.5.3.** Não será permitida cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento.
- 10.6.** Durante a vigência do Bilhete de Seguro, o Segurado poderá solicitar a substituição da periodicidade e/ou da forma de pagamento do Prêmio, respeitada e observada a existência de parcela em aberto, que permita a referida alteração.

- 10.7. Caso a data estabelecida para pagamento do Prêmio do seguro corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o Segurado poderá efetuar o pagamento do Prêmio no 1º (primeiro) dia útil subsequente em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas Coberturas, e sem acréscimo de valor.
- 10.8. Em caso de atraso no pagamento do Prêmio será observado o disposto nos itens das CLÁUSULAS 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO e 18 – PERDA DE DIREITOS.
- 10.9. Os tributos incidentes sobre o valor do Prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar.

CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO

- 11.1. O NÃO PAGAMENTO DO PRÊMIO ANUAL À VISTA, DA 1ª (PRIMEIRA) PARCELA DO PRÊMIO ANUAL FRACIONADO OU DO 1º (PRIMEIRO) PRÊMIO MENSAL, ATÉ A DATA DE SEU VENCIMENTO, CARACTERIZA A NÃO EFETIVAÇÃO DA CONTRATAÇÃO DO SEGURO.
- 11.2. NA FALTA DE PAGAMENTO DE PARCELA POSTERIOR À 1ª (PRIMEIRA), NOS PRAZOS ESTIPULADOS, INICIARÁ A CONTAGEM DE PRAZO DE TOLERÂNCIA DE 60 (SESSENTA) DIAS PARA REGULARIZAÇÃO DO PAGAMENTO, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE VENCIMENTO DO 1º (PRIMEIRO) PRÊMIO INADIMPLENTE.
- 11.3. PARA OS CASOS DE OPÇÃO POR PAGAMENTO DE PRÊMIO MENSAL OU ANUAL À VISTA:
- 11.3.1. DURANTE O PRAZO DE TOLERÂNCIA, DESCRITO NO ITEM 11.2, ESTARÃO COBERTOS OS SINISTROS OCORRIDOS DURANTE A INADIMPLÊNCIA, PORÉM O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO FICARÁ CONDICIONADO AO RECEBIMENTO DO(S) PRÊMIO(S) DEVIDO(S) OU, QUANDO FOR O CASO, A SEGURADORA PODERÁ ABATER O(S) PRÊMIO(S) DEVIDO(S) DA INDENIZAÇÃO PAGA AO(S) BENEFICIÁRIO(S).
- 11.3.2. SERÃO APLICADOS NO(S) PRÊMIO(S) DEVIDO(S) OS ENCARGOS PREVISTOS NA CLÁUSULA 13 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS.
- 11.3.3. APÓS O TÉRMINO DO PRAZO DE TOLERÂNCIA, MENCIONADO NO ITEM 11.2, SEM QUE TENHA HAVIDO O PAGAMENTO DO(S) PRÊMIO(S) EM ATRASO O SEGURO SERÁ AUTOMATICAMENTE CANCELADO.
- 11.4. PARA OS CASOS DE OPÇÃO POR PAGAMENTO DE PRÊMIO ANUAL FRACIONADO:
- 11.4.1. NA FALTA DE PAGAMENTO DE PARCELA POSTERIOR À PRIMEIRA, O PRAZO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL SERÁ AJUSTADO EM FUNÇÃO DO PRÊMIO EFETIVAMENTE PAGO, TOMANDO-SE POR BASE O CÁLCULO *PRO RATA TEMPORIS*.
- 11.4.2. RESTABELECIDO O PAGAMENTO DO PRÊMIO FICARÁ RESTAURADO O PRAZO ORIGINAL DE VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL.

- 11.4.3. CASO NÃO HAJA PAGAMENTO DO PRÊMIO DURANTE O PRAZO DE TOLERÂNCIA DESCRITO NO ITEM 11.2, O SEGURO ESTARÁ AUTOMATICAMENTE CANCELADO, RESPEITANDO-SE A VIGÊNCIA AJUSTADA, CONFORME DESCRITO NO SUBITEM.
- 11.5. HAVENDO INTERESSE DEVERÁ SER CONTRATADO UM NOVO SEGURO COM FIEL OBSERVÂNCIA DE TODOS OS PRÉ-REQUISITOS PARA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DO PROPONENTE NO SEGURO, CONFORME DISPOSTO NA CLÁUSULA 8 – ACEITAÇÃO DO SEGURO. EM CASO DE NOVA CONTRATAÇÃO, EM HIPÓTESE ALGUMA SERÁ ADMITIDO QUALQUER VÍNCULO COM O SEGURO CANCELADO POR FALTA DE PAGAMENTO.
- 11.6. OS PRÊMIOS EM ATRASO SERÃO COBRADOS PELA SEGURADORA DE UMA SÓ VEZ E REAJUSTADOS CONFORME PREVISTO NA CLAUSULA 13 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS.
- 11.7. O cancelamento do seguro, poderá ser requerido pelo Segurado a qualquer tempo, observado que na hipótese de cancelamento, a Seguradora reterá do Prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido entre o início de vigência e a data de emissão do cancelamento, calculado na base *Pro Rata Temporis*.
- 11.8. O Bilhete de Seguro será cancelado, sem qualquer restituição de Prêmio e emolumentos, nas seguintes situações pela Seguradora:
- No final do prazo de vigência, se este não for renovado, respeitado o período correspondente ao Prêmio pago, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente;
 - Pelo descumprimento, por parte do Segurado, de qualquer cláusula/disposição das Condições Contratuais do seguro;
 - Se houver dolo, fraude ou sua tentativa pelo Segurado, seu representante legal, Beneficiário ou Corretor, devidamente comprovada na contratação do seguro, durante a sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a Indenização;
 - Com o pagamento total do Capital Segurado contratado, quando a Cobertura indenizada prever, em suas Condições Especiais, a extinção do Bilhete de Seguro;
 - Imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas na CLÁUSULA 18 – PERDA DE DIREITOS.
- 11.9. Além das situações mencionadas anteriormente, o Bilhete de Seguro estará automaticamente cancelado:
- Com o falecimento do Segurado Titular;
 - Caso o Segurado exerça o seu direito de arrependimento, hipótese em que a devolução do Prêmio ocorrerá conforme previsto no subitem 8.6.1 da CLÁUSULA 8 – ACEITAÇÃO DO SEGURO;
 - A pedido do Segurado na data em que for protocolado na Seguradora o PEDIDO DE CANCELAMENTO feito pelo Segurado;
 - Por falta de pagamento do Prêmio, respeitado o que dispõe na CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO.

CLÁUSULA 12 – CAPITAL SEGURADO

- 12.1. O Capital Segurado contratado para cada uma das Coberturas corresponderá ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Evento Coberto, **respeitadas as Condições Contratuais e os limites estabelecidos para cada Cobertura contratada** e será estabelecido no Bilhete de Seguro.

- 12.2. O Segurado, a qualquer tempo, poderá solicitar à Seguradora a emissão de Endosso para alteração dos limites dos capitais estabelecidos no Bilhete de Seguro, ficando a critério da Seguradora sua aceitação mediante o pagamento de Prêmio adicional, se o caso.
- 12.3. Quando previsto na respectiva Condição Especial da Cobertura contratada, haverá reintegração do Capital Segurado, de forma automática, após cada Sinistro, sem cobrança de Prêmio adicional.
- 12.4. Todos os valores são expressos em moeda corrente nacional.

CLÁUSULA 13 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS

- 13.1. O índice utilizado para as atualizações monetárias previstas nestas Condições Gerais será o **IPCA/IBGE – ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA**.
- 13.1.1. No caso de extinção do índice acima pactuado, o índice a ser utilizado será o **IGP–M/FGV – ÍNDICE GERAL DE PREÇOS PARA O MERCADO DA FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS**.
- 13.2. A atualização monetária, com base na variação do índice estabelecido no item 13.1 desta cláusula, será devida para as seguintes situações:
- 13.2.1. Os Capitais Segurados de todas as Coberturas contratadas e seus respectivos Prêmios sofrerão atualizações monetárias anualmente, com base na variação positiva acumulada dos últimos 12 (doze) meses que antecedem o início do processo de renovação do Bilhete de Seguro, conforme descrito no item 9.3 da CLÁUSULA 9 – INÍCIO DE VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO.
- 13.2.2. Os valores devidos a título de devolução de Prêmio sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice a partir da data em que se tornarem exigíveis até a data de sua efetiva devolução, considerando que:
- 13.2.2.1. **No Caso de Cancelamento do Contrato:** a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora;
- 13.2.2.2. **No Caso de Recebimento Indevido de Prêmio:** a partir da data de recebimento do respectivo Prêmio.
- 13.2.3. Os Prêmios em atraso sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice a partir da data de vencimento da parcela até a data do seu efetivo pagamento.
- 13.2.4. Os valores das Indenizações de Sinistros sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice, a partir da data de ocorrência do evento – ou, se for o caso de reembolso, a partir do dispêndio – até a data do efetivo pagamento, **somente quando a Seguradora não cumprir o prazo de 30 (trinta) dias fixado para pagamento da Indenização.**
- 13.3. Além do previsto no item 13.2 desta cláusula, aplicar-se-ão nas situações previstas nos subitens 13.2.2, 13.2.3 e 13.2.4, juros moratórios de 0,5% (cinco décimos por cento) ao mês, quando o prazo estipulado não for cumprido, respeitando-se a faculdade de interrupção da respectiva contagem, quando for o caso. Os juros moratórios serão calculados “Pro Rata Temporis”, contados a partir do primeiro dia útil posterior a data definida para cada previsão até a data do seu efetivo pagamento.

13.4. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

CLÁUSULA 15 – CUSTEIO DO SEGURO

15.1. O custeio do Prêmio do seguro será **integralmente pago pelo Segurado**.

CLÁUSULA 16 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

16.1. Ocorrendo qualquer um dos eventos cobertos pelo seguro, o Segurado ou seu representante legal ou seu Beneficiário deverá comunicar imediatamente o Aviso de Sinistro à Seguradora, por meio da Central de Atendimento.

16.2. Para a análise e regulação do Sinistro deverão ser apresentados os documentos básicos relacionados abaixo:

16.2.1. Documentação para qualquer evento:

- a) Cópia do RG ou do RNE – Registro Nacional para Estrangeiros e do CPF do Segurado que sofreu o Sinistro. Caso o CPF conste na certidão de óbito ou certidão de nascimento, não há necessidade de envio do CPF apartado;
- b) Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado sinistrado e indicação de número de telefone (com DDD) da pessoa que abriu o Aviso de Sinistro (solicitante). Caso o Segurado não possua comprovante de residência em nome próprio, poderá encaminhar declaração simples assinada pelo solicitante, informando o local onde reside junto ao comprovante de endereço de terceiros;
- c) No caso do Segurado representado, documento que comprove a condição de representante legal do solicitante;
- d) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado por cada um do(s) Beneficiário(s) individualmente; e
- e) Formulário de Autorização de Pesquisa Médica assinado pelo(s) Beneficiário(s), se cabível.

16.2.2. Documentação complementar para evento decorrente de Acidente Pessoal:

- a) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO, **se cabível**;
- b) Cópia do Comunicado de Acidente de Trabalho – CAT, **em caso de acidente de trabalho**;
- c) Cópia do Laudo da Perícia Técnica realizada no local do acidente, **se cabível**;
- d) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH do Segurado sinistrado, **em caso de acidente automobilístico e o Segurado for o condutor**. Caso não possua habilitação, encaminhar uma declaração realizada por familiar consanguíneo, constando essa informação.

16.2.3. O(s) **Beneficiário(s) indicado(s)** pelo Segurado, **além dos documentos descritos nos subitens 16.2.1 e 16.2.2**, deverão apresentar **também** os seguintes documentos:

- a) Cópias de RG(s) ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF de cada Beneficiário. Na falta do RG ou CPF do(s) Beneficiário(s), poderá(ão) ser enviada(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento;

- b) Se o cônjuge for o Beneficiário do seguro é necessário o envio da Certidão de Casamento, extraída no cartório após o óbito, **necessária somente** caso o estado civil do Segurado seja casado, divorciado, separado ou viúvo;
- c) Em caso do Companheiro(a) ser Beneficiário é necessária Declaração que comprove união estável ou condição equiparada, firmada em cartório, ou emitida pelo órgão previdenciário ou cópia da declaração de imposto de renda onde conste que o Companheiro(a) seja dependente do Segurado;
- d) Cópia do(s) comprovante(s) de residência em nome do(s) Beneficiário(s) e indicação de número de telefone (com DDD) para contato. Caso o Beneficiário não possua comprovante de residência em nome próprio poderá encaminhar declaração simples assinada pelo solicitante (quem abriu o Aviso de Sinistro), informando o local onde reside junto ao comprovante de endereço de terceiros.

16.2.4. Na falta de Beneficiário(s) indicado(s) pelo Segurado, o(s) Beneficiário(s) legal(is), além dos documentos descritos nos subitens 16.2.1 e 16.2.2, deverão apresentar e enviar à Seguradora os seguintes documentos:

- a) Declaração de Único(s) herdeiro(s) legal(is), preenchida e assinada pelo(s) familiar(es) consanguíneo(s), na presença de duas testemunhas qualificadas, com firma reconhecida das firmas em cartório, informando quem são os únicos herdeiros legais do Segurado, contendo o nome completo, suas respectivas datas de nascimento e qual o vínculo com o Segurado (Filho, irmão, sobrinho, etc.).

16.3. Para análise e regulação do Sinistro é imprescindível a apresentação, além dos documentos mencionados no item 16.2 desta cláusula, os documentos relacionados na cláusula de LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Especiais de cada uma das Coberturas contratadas.

16.4. Os menores de 18 (dezoito) anos deverão ser assistidos por um dos seus pais, e na sua falta, por quem legalmente os represente nos atos da vida civil, mediante apresentação de documentação comprobatória.

16.5. AS DESPESAS EFETUADAS COM A COMPROVAÇÃO DO SINISTRO E DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO CORRERÃO POR CONTA DO SEGURADO OU DE SEU(S) BENEFICIÁRIO(S), SALVO AS DIRETAMENTE REALIZADAS PELA SEGURADORA.

16.6. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora proporá ao Segurado a constituição de junta médica, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação.

16.7. A junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos 2 (dois) nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do Médico que tiver designado; e os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

16.7.1. Havendo divergência sobre a escolha do Médico desempatador, a designação será solicitada à entidade médica representativa da especialidade.

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

- 16.9. O NÃO COMPARECIMENTO DO MÉDICO INDICADO PELAS PARTES SERÁ REGISTRADO EM ATA PELOS MÉDICOS QUE COMPARECEREM. SE FICAR COMPROVADO QUE UMA DAS PARTES IMPEDIU INTENCIONALMENTE A REALIZAÇÃO DE NOVA JUNTA, ESTA DEVERÁ ARCAR INTEGRALMENTE COM AS DESPESAS DA NOVA CONSTITUIÇÃO, SALVO CONVENÇÃO EM CONTRÁRIO.**
- 16.10. A Seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica no Segurado a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.**
- 16.11. A perícia será efetuada por Médico designado pela Seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o Segurado.**
- 16.12. A Seguradora não aceitará que seja nomeado como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge/Companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, pagamento de Capital Segurado por parte da Seguradora.**
- 16.13. A RECUSA DO SEGURADO EM SE SUBMETER A REALIZAÇÃO DA JUNTA MÉDICA E/OU DA PERÍCIA MÉDICA ENSEJARÁ NO ARQUIVAMENTO ADMINISTRATIVO DO PROCESSO DE SINISTRO, SUSPENDENDO O PRAZO PREVISTO NO ITEM 16.16 ABAIXO, EM FACE DA IMPOSSIBILIDADE DA CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ, PODENDO SER REABERTO A QUALQUER TEMPO, CASO MUDE DE DECISÃO, OBSERVADO O PRAZO PRESCRICIONAL PREVISTO EM LEI.**
- 16.14. O Segurado, ao fazer contratação do seguro, autoriza a perícia médica da Seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, a empreender visita Hospitalar ou domiciliar e a requerer e a proceder a exames físicos e complementares. Os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para a Seguradora por meio de seu Médico Assistente.**
- 16.15. A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a liquidação do Sinistro, contados da data em que lhe tiverem sido entregues todos os documentos e informações previstas no item 16.2 e na respectiva Condição Especial da Cobertura.**
- 16.16. A Seguradora se reserva ao direito de solicitar quaisquer documentos ou exames complementares além dos mencionados no item 16.2 e nas respectivas Condições Especiais das Coberturas contratadas, mediante dúvida fundada e justificável. Neste caso, será suspensa a contagem do prazo de 30 (trinta) dias, voltando a correr a contagem do prazo a partir do 1º (primeiro) dia útil subsequente àquele em que ocorrer a entrega dos documentos/exames solicitados.**
- 16.17. SERÃO CONSIDERADOS COMO PENDENTES, SEM CONTAGEM DE PRAZO PARA PAGAMENTO, OS PROCESSOS DE SINISTRO COM DOCUMENTAÇÃO INCOMPLETA ATÉ A DATA DO PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DO ÚLTIMO DOCUMENTO EXIGIDO.**
- 16.18. A NÃO ENTREGA DOS DOCUMENTOS SOLICITADOS, EM ATÉ 90 (NOVENTA) DIAS, SEM QUALQUER JUSTIFICATIVA, ENSEJARÁ NO ARQUIVAMENTO DO PROCESSO ADMINISTRATIVAMENTE. O PROCESSO PODERÁ SER REABERTO A QUALQUER TEMPO, MEDIANTE SOLICITAÇÃO DO BENEFICIÁRIO COM A APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS, OBSERVADO O PRAZO PRESCRICIONAL PREVISTO EM LEI.**

- 16.19. Será efetuada a atualização dos valores das Indenizações a serem pagas desde a data da última atualização aplicada sobre o Capital Segurado até a data da ocorrência do evento gerador do Sinistro, conforme previsto na CLÁUSULA 13 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS.**
- 16.20. VENCIDO O PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS PARA A REGULAÇÃO DO SINISTRO, APÓS ENTREGA DE TODA A DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÕES SOLICITADAS, AS INDENIZAÇÕES SERÃO ATUALIZADAS CONFORME ESTABELECIDO NA CLÁUSULA 13 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS.**
- 16.21. A Indenização de qualquer uma das Coberturas contratadas será paga sob a forma de parcela única, em moeda corrente e em território nacional.**
- 16.22. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda, da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de Cobertura estabelecido, atualizadas monetariamente pela Seguradora, quando da liquidação do Sinistro, nos termos da CLÁUSULA 13 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS das Condições Gerais do seguro.**
- 16.23. O valor a ser indenizado ou reembolsado, no caso de reembolso de despesas, será igual ao valor do Capital Segurado vigente na data do evento, conforme descrito nas Condições Especiais das Coberturas.**
- 16.24. Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de Sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da Seguradora.**

CLÁUSULA 17 – BENEFICIÁRIOS

- 17.1. O(s) Beneficiário(s) de cada uma das Coberturas será(ão) estabelecido(s) nas respectivas Condições Especiais.**
- 17.1.1. Na falta de indicação expressa de Beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que foi feita, serão Beneficiários aqueles designados por lei, ou seja, metade ao cônjuge não separado judicialmente e o restante aos herdeiros legais do Segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária.**
- 17.1.2. Para efeitos deste seguro, o(a) Companheiro(a) será equiparado ao cônjuge, caso seja comprovada a união estável e que o Segurado era solteiro(a) ou separado(a) de fato.**
- 17.2. Em caso de falecimento do único Beneficiário(a) indicado no Bilhete de Seguro, antes do óbito do Segurado (Premoriência), sem que tenha havido nova indicação em seu lugar, o Capital Segurado será pago aos Beneficiários legais do Segurado, conforme subitem 17.1.1.**
- 17.3. Em caso de falecimento de um dos Beneficiários indicados no Bilhete de Seguro antes do óbito do Segurado (Premoriência) e não tenha sido indicado novo Beneficiário em seu lugar, será aplicada a cláusula de reversão, com a distribuição do Capital Segurado destinado ao Beneficiário pré-morto entre os demais Beneficiários indicados, respeitada a proporcionalidade conferida pelo Segurado a cada um, de forma a preservar a sua manifestação de vontade.**

- 17.4. Em caso de falecimento simultâneo do Segurado com um dos Beneficiários, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro (Comoriência), serão aplicadas as mesmas regras dos itens 17.2 e 17.3, considerando que o Beneficiário comoriente não adquire qualquer direito ao Capital Segurado.
- 17.5. EM CASO DE INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIO IMPEDIDO POR LEI OU QUE TENHA PROVOCADO DOLOSAMENTE A MORTE DO SEGURADO, OU AINDA, NA IMPOSSIBILIDADE DE PAGAMENTO AO(S) BENEFICIÁRIO(S) INDICADO(S), A(S) PARTE(S) DO CAPITAL SEGURADO QUE CABERIA(M) A ESTE(S) SERÁ(ÃO) PAGA(S) AOS DEMAIS BENEFICIÁRIOS INDICADO(S), EM PARTES PROPORCIONAIS, RESPEITADO O PERCENTUAL ORIGINALMENTE DEFINIDO PELO SEGURADO E, NA FALTA DE OUTROS BENEFICIÁRIOS, SERÁ PAGO CONFORME LEGISLAÇÃO EM VIGOR.
- 17.6. TODO SEGURADO TEM O DIREITO DE INDICAR NO BILHETE DE SEGURO O(S) BENEFICIÁRIO(S) DO SEGURO.
- 17.7. SE O SEGURADO NÃO RENUNCIAR À FACULDADE, PODERÁ, A QUALQUER TEMPO DURANTE A VIGÊNCIA DO BILHETE DE SEGURO, SUBSTITUIR O(S) BENEFICIÁRIO(S) ANTERIORMENTE INDICADO(S), MEDIANTE SOLICITAÇÃO EXPRESSA À SEGURADORA, OBSERVADAS AS RESTRIÇÕES LEGAIS.
- 17.7.1. QUALQUER ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO TERÁ VALIDADE AS 24H (VINTE E QUATRO HORAS) DA DATA DE SEU RECEBIMENTO NA SEGURADORA.
- 17.7.2. EM CASO DE NÃO RECEBIMENTO DA ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO, A SEGURADORA APLICARÁ A DISTRIBUIÇÃO DO CAPITAL SEGURADO CONFORME A INDICAÇÃO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DO EVENTO COBERTO.
- 17.8. NÃO SERÁ ADMITIDA A INDICAÇÃO OU SUBSTITUIÇÃO DE BENEFICIÁRIO POR PROCURAÇÃO.

CLÁUSULA 18 – PERDA DE DIREITOS

- 18.1. A SEGURADORA NÃO PAGARÁ QUALQUER INDENIZAÇÃO REFERENTE AO PRESENTE SEGURO, NEM RESTITUIRÁ O PRÊMIO DO SEGURO E TERÁ AINDA O DIREITO AO RECEBIMENTO DO PRÊMIO VENCIDO, SE O SEGURADO, SEU(S) PREPOSTO(S), SEU(S) BENEFICIÁRIO(S), SEU CORRETOR OU SEU(S) REPRESENTANTE(S) LEGAL(IS):
- A) AGRAVAR(EM) INTENCIONALMENTE O RISCO;
 - B) FIZER(EM) DECLARAÇÕES INEXATAS OU OMITIR(EM) CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DO SEGURO OU NO VALOR DO PRÊMIO. NESTE CASO, O SEGURADO TAMBÉM FICARÁ OBRIGADO AO PAGAMENTO DO PRÊMIO VENCIDO;
 - C) FALTAR(EM) COM O CUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES AJUSTADAS NESTE SEGURO; E
 - D) NO CASO DE DOLO, FRAUDE CONSUMADA OU SUA TENTATIVA, SIMULAÇÃO OU CULPA GRAVE TANTO NA CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUANTO DURANTE A SUA VIGÊNCIA, OU AINDA PARA OBTER OU MAJORAR A INDENIZAÇÃO.
- 18.2. SE A INEXATIDÃO OU A OMISSÃO NAS DECLARAÇÕES NÃO RESULTAR DE MÁ-FÉ DO SEGURADO, SEU(S) PREPOSTO(S), SEU(S) BENEFICIÁRIO(S), SEU CORRETOR DE SEGURO OU SEU(S) REPRESENTANTE(S) LEGAL(IS), A SEGURADORA PODERÁ:
- I. NA HIPÓTESE DE NÃO OCORRÊNCIA DO SINISTRO:

- A) CANCELAR O SEGURO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, A PARCELA PROPORCIONAL AO TEMPO DECORRIDO; OU
- B) MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA.
- II. NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO PARCIAL DO CAPITAL SEGURADO:
- A) CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, ACRESCIDO DA DIFERENÇA CABÍVEL, A PARCELA CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO TEMPO DECORRIDO; OU
- B) MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA PARA RISCOS FUTUROS.
- III. NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO INTEGRAL DO CAPITAL SEGURADO, CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, SEM PREJUÍZO DE COBRANÇA DA DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL.
- 18.3. O SEGURADO É OBRIGADO A COMUNICAR À SEGURADORA, LOGO QUE SAIBA, DE TODO E QUALQUER INCIDENTE SUSCETÍVEL DE AGRAVAR CONSIDERAVELMENTE O RISCO COBERTO, SOB PENA DE PERDER O DIREITO À COBERTURA, SE PROVADO QUE SILENCIOU-SE DE MÁ-FÉ, CONFORME LEGISLAÇÃO EM VIGOR.
- 18.3.1. RECEBIDA A COMUNICAÇÃO A RESPEITO DE QUALQUER INCIDENTE, SEM CULPA DO SEGURADO, A SEGURADORA PODERÁ CANCELAR O SEGURO, MEDIANTE COMUNICAÇÃO POR ESCRITO AO SEGURADO, DESDE QUE O FAÇA NO PRAZO MÁXIMO DE 15 (QUINZE) DIAS APÓS O RECEBIMENTO DO AVISO DE AGRAVAÇÃO DO RISCO.
- 18.3.1.1. ENTENDE-SE COMO ALTERAÇÃO DE RISCO OCORRÊNCIAS COMO: MODIFICAÇÃO DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NA CONTRATAÇÃO DO SEGURO, ESPECIALMENTE NO QUE DIZ RESPEITO A ATIVIDADE/PROFISSÃO DO SEGURADO E A DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE PREENCHIDA PELO SEGURADO, QUANDO HOVER.
- 18.3.2. 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.

CLÁUSULA 19 – REGIME FINANCEIRO

- 19.1. Este plano de seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto, não haverá devolução ou resgate de Prêmios de seguro ao Segurado ou ao Beneficiário.
- 19.2. No Regime Financeiro de Repartição Simples, os Prêmios pagos por todos os Segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar todas as Indenizações decorrentes dos eventos ocorridos naquele período, portanto, não existe constituição de Provisão Matemática de Benefícios a Conceder ou Reserva Técnica em nome de cada Segurado, para ser devolvida em caso de cancelamento do seguro, ou seja, **não há devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou ao Beneficiário.**

CLÁUSULA 20 – PROPAGANDA E PUBLICIDADE

- 20.1.** A propaganda e a divulgação do seguro, por parte do Corretor de seguros, somente poderá ser feita com autorização prévia, expressa, e de supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as condições do Bilhete de Seguro e as normas de seguro. Fica a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas respectivas divulgações **por ela expressamente autorizada.**
- 20.2.** A divulgação do seguro sem a prévia autorização da Seguradora, por escrito, poderá implicar na suspensão da aceitação de novas contratações e/ou no cancelamento do seguro.

CLÁUSULA 21 – PRESCRIÇÃO

- 21.1.** Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

CLÁUSULA 22 – FORO

- 22.1.** Fica eleito o Foro da Comarca de Domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso, para dirimir eventuais litígios decorrentes do presente contrato.

CLÁUSULA 23 – DISPOSIÇÕES GERAIS

- 23.1.** O REGISTRO DESTE PLANO NA SUSEP NÃO IMPLICA, POR PARTE DA AUTARQUIA, INCENTIVO OU RECOMENDAÇÃO A SUA COMERCIALIZAÇÃO.
- 23.2.** 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.
- 23.3.** QUALQUER ALTERAÇÃO NAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS EM VIGOR DEVERÁ SER REALIZADA POR ENDOSSO AO BILHETE DE SEGURO, SOLICITADO PELO SEGURADO, SEU REPRESENTANTE OU POR SEU CORRETOR DE SEGUROS.
- 23.4.** AS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DESTE PRODUTO PROTOCOLADAS PELA SEGURADORA JUNTO À SUSEP PODERÃO SER CONSULTADAS NO ENDEREÇO ELETRÔNICO WWW.SUSEP.GOV.BR, DE ACORDO COM O NÚMERO DE PROCESSO CONSTANTE NO BILHETE DE SEGURO.

COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL – MA

CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta Cobertura, se contratada, garante o pagamento do Capital Segurado contratado, ao(s) Beneficiário(s), em caso de falecimento do Segurado ocorrido durante a Vigência do Seguro, **em decorrência direta e exclusiva de Acidente Pessoal coberto, observados os Riscos expressamente Excluídos e as demais disposições contratuais.**
- 1.2. Esta Cobertura poderá ser contratada isoladamente.

CLÁUSULA 2 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

CLÁUSULA 3 – CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O Capital Segurado desta Cobertura corresponde ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Evento Coberto, **respeitando o limite estabelecido no Bilhete de Seguro.**
- 3.2. O pagamento do Capital Segurado desta Cobertura referente ao Segurado Titular cancelará automaticamente o Bilhete de Seguro.

CLÁUSULA 4 – DATA DO EVENTO

- 1.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado desta Cobertura, a data do Acidente Pessoal do Segurado.

CLÁUSULA 5 – TÉRMINO DA COBERTURA

- 5.1. Além das hipóteses previstas na CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO e CLÁUSULA 18 – PERDA DE DIREITOS, das Condições Gerais, esta Cobertura cessa:
- Com o falecimento do Segurado Titular e pagamento do Capital Segurado desta Cobertura, **extingue-se, imediata e automaticamente, a Cobertura integral do seguro;** e
 - Com o pagamento de Capital Segurado de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de Cobertura integral do seguro.

CLÁUSULA 6 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 1.1. Além dos documentos descritos no item 16.2 da CLÁUSULA 16 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais, para a análise e Regulação de Sinistros relacionado a presente Cobertura deverão ser apresentados **também** os seguintes documentos:
- Cópia da Certidão de óbito do Segurado que sofreu o Sinistro;
 - Relatório Médico carimbado e assinado pelo Médico Assistente, contendo o histórico do atendimento, tratamento e a(s) causa(s) da morte do Segurado;
 - Exames Médicos realizados, que comprovem o diagnóstico firmado e indicado no Relatório Médico apresentado;
 - Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML, **se cabível;**

- e) Cópia do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente; e
- f) Cópia dos Laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica ou declaração emitida pelo órgão competente indicando a não realização dos referidos exames (se o condutor do veículo for o Segurado).

1.2. O pagamento das Indenizações relativas às Coberturas básicas de Morte – M e Morte Acidental – MA se acumulam caso seja constatado que a morte foi decorrente de Acidente Pessoal coberto.

1.3. As demais regras para análise e Regulação de Sinistro relacionado a esta Cobertura, bem como para pagamento de Capital Segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicadas na CLÁUSULA 16 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais.

CLÁUSULA 7 – BENEFICIÁRIOS

2.1. Para efeito desta Cobertura, o(s) Beneficiário(s) será(ão) o(s) indicado(s) no Bilhete de Seguro pelo Segurado, observado o disposto na CLÁUSULA 17 – BENEFICIÁRIOS das Condições Gerais.

CLÁUSULA 8 – DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1. Ratificam-se as disposições constantes nas Condições Gerais deste seguro que não tenham sido modificadas pelas Condições Especiais desta Cobertura. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas Condições Especiais.

COBERTURA DE DECESSOS/FUNERAL COM CREMAÇÃO ESPECIAL – DC

CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta Cobertura, se contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de Indenização mediante a prestação de serviços ou o reembolso das despesas com o funeral e/ou cremação, **limitados ao valor do Capital Segurado contratado**, em caso de falecimento do Segurado decorrente **de causas naturais ou Acidente Pessoal coberto**, ocorrido durante o período de Vigência do Seguro, **observados os Riscos expressamente Excluídos e as demais disposições contratuais**.
- 1.2. Caso o Segurado escolha pela cremação ao sepultamento, será liberado um **Capital Segurado adicional**, igual ao valor contratado, **específico para realização do serviço de cremação**.

CLÁUSULA 2 – RISCOS COBERTOS

- 2.1. Essa cobertura poderá ser contratada nas seguintes modalidades de planos:
 - a) **Familiar Básico**: Ficam cobertos o Segurado Titular, seu cônjuge/Companheiro(a) e seu(s) Filho(s) e/ou enteado(s), de acordo com as definições constantes na CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais; e
- 2.2. O Beneficiário poderá optar pelo reembolso **OU** pela prestação do serviço, por meio de rede credenciada à Seguradora, respeitado os limites e critérios estabelecidos no Bilhete de Seguro.
- 2.3. Esta Cobertura abrange as despesas com serviço de sepultamento ou cremação, de acordo com os itens abaixo relacionados:
 - a) Urna/caixão;
 - b) Carro para enterro (no município de Domicílio do Segurado);
 - c) Carreto/caixão (no município de Domicílio do Segurado);
 - d) Serviço assistencial;
 - e) Registro de óbito;
 - f) Taxa de sepultamento (valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município de Domicílio do Segurado);
 - g) Taxa de cremação (se existir este serviço no município de Domicílio do Segurado ou no município mais próximo, dentro de um raio máximo de 200 km (duzentos quilômetros);
 - h) Taxa de aluguel de jazigo pelo período de 3 (três) anos, contados da data do sepultamento (onde existir este serviço no município de Domicílio do Segurado, sendo o seu valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município);
 - i) Taxa de manutenção/conservação do terreno, jazigo ou carneiro da família;
 - j) Taxa de exumação de corpo, caso o terreno, jazigo ou carneiro da família não dispuser de espaço para o sepultamento do Segurado;
 - k) Remoção do corpo/traslado (desde que não ultrapasse a distância entre o município brasileiro onde ocorreu o óbito e o município de Domicílio do Segurado);
 - l) Paramentos (essa);
 - m) Mesa de condolências;
 - n) Velas;
 - o) Velório (valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município de Domicílio do Segurado);
 - p) Véu; e
 - q) Um enfeite e/ou uma coroa.

- 2.4. Todos os itens acima serão disponibilizados conforme infraestrutura local. Não caberá à Seguradora a responsabilidade pela falta de itens que não estejam disponíveis ou não sejam comercializados em determinadas praças.
- 2.5. Nas situações nas quais os valores dos itens forem regulamentados pela legislação municipal e houver necessidade de urnas especiais (gorda, zincada) e/ou preparação do corpo para o velório em razão da data do óbito, o Capital Segurado contratado poderá ser insuficiente. **A SEGURADORA NÃO SE RESPONSABILIZA PELOS VALORES QUE ULTRAPASSAREM O CAPITAL SEGURADO CONTRATADO, SENDO ESSES DE RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA DO BENEFICIÁRIO OU DA FAMÍLIA DO SEGURADO.**
- 2.6. **No caso de cremação**, o traslado do corpo da cidade brasileira onde ocorrer o óbito para a cidade mais próxima que exista o serviço, ocorrerá num raio máximo de 200 km (duzentos quilômetros), sendo garantido o posterior retorno das cinzas aos familiares.
- 2.7. **No caso de sepultamento** do corpo do Segurado, não havendo jazigo da família será alugado jazigo pelo período de até 3 (três) anos em cemitério público, conforme legislação local. Quando não for possível o aluguel em cemitério público, será alugado em cemitério particular, no qual exista acordo com prefeitura local, respeitado o valor do Capital Segurado contratado.
- 2.8. **Fica garantido o traslado** da cidade onde ocorrer o óbito até o local de Domicílio do Segurado, em território brasileiro, observando-se ainda:
- a) Caso o Beneficiário tenha optado pela prestação do serviço, em vez do reembolso das despesas, o traslado poderá ser realizado até o município brasileiro desejado, **desde que não ultrapasse a distância entre o município brasileiro onde ocorreu o óbito e o município de Domicílio do Segurado; e**
 - b) Caso a família opte pela realização do funeral ou cremação fora do limite descrito no item “a”, **deverá assumir integralmente a responsabilidade pela diferença do pagamento das despesas.**
- 2.9. **Caso o Segurado não opte pela prestação dos serviços ou não seja possível prestar os serviços descritos nestas Condições Especiais, por circunstâncias alheias à Seguradora, o reembolso das despesas com o funeral será devido ao responsável pelo pagamento que, em razão disso, assumirá a condição de Beneficiário. O reembolso será limitado aos valores efetivamente dispendidos pelo Beneficiário, comprovados mediante apresentação das notas fiscais originais ou cópias digitalizadas (legíveis e sem rasuras), devendo ambas as alternativas obedecerem ao Capital Segurado contratado e demais regras das Condições Contratuais.**
- 2.10. **A rede especializada de prestadores de serviços credenciada pela Seguradora poderá ser alterada a qualquer momento.**
- 2.11. **Os serviços objeto da presente Cobertura não poderão ser prestados nos municípios em que a legislação não permita a utilização de prestadores de serviços particulares para a realização do funeral. Nesta hipótese, a família do Segurado poderá solicitar o reembolso das despesas com o funeral, de acordo com o item 2.9 desta cláusula.**
- 2.12. **A família deverá fornecer à Seguradora ou lhe facilitar o acesso a toda espécie de informações sobre as circunstâncias do óbito. O não cumprimento desta obrigação dará lugar à perda de direito à Cobertura no caso de Culpa Grave do Segurado.**

2.13. Essa Cobertura é extensiva aos natimortos, quando houver a realização do funeral.

CLÁUSULA 3 – RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. ALÉM DOS RISCOS EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES, ITEM 2.1, SUBITEM 2.1.2 E DA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DIRETA OU INDIRETA DE E/OU RELACIONADOS A:

- A) QUAISQUER VALORES QUE EXCEDAM O CAPITAL SEGURADO CONTRATADO PARA A COBERTURA;
- B) PRESTAÇÃO, PELA REDE ESPECIALIZADA DE PRESTADORES DE SERVIÇOS CREDENCIADA, DE QUALQUER OUTRO TIPO DE SERVIÇO, ALÉM DO QUE ESTIVER ESTABELECIDO NESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS E NO BILHETE DE SEGURO;
- C) DESPESAS DE QUALQUER NATUREZA QUE NÃO ESTEJAM RELACIONADAS DIRETAMENTE COM O FUNERAL OU NÃO PREVISTAS NESTA COBERTURA. CASO A OPÇÃO SEJA PELA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE DECESSOS E TAL SERVIÇO SEJA PRESTADO, NÃO SERÃO REEMBOLSADAS QUAISQUER DESPESAS REALIZADAS;
- D) DESPESAS DECORRENTES DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE CREMAÇÃO EM MUNICÍPIO DIVERSO DO MUNICÍPIO DE DOMICÍLIO DO SEGURADO OU DO RAIOS DE QUILOMETRAGEM PERMITIDO NESTA COBERTURA;
- E) DESPESAS COM AQUISIÇÃO DE JAZIGOS, TERRENOS E CARNEIROS;
- F) SEPULTAMENTO OU CREMAÇÃO DE ÓRGÃOS OU MEMBROS DO CORPO HUMANO; E
- G) DESPESAS COM OS SERVIÇOS DECORRENTES DO PLANO FUNERÁRIO EVENTUALMENTE CONTRATADO.

CLÁUSULA 4 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

4.1. Esta Cobertura abrange os eventos cobertos ocorridos no território nacional. A prestação de serviço de sepultamento será restrita ao território brasileiro e o de cremação será restrito ao município de Domicílio do Segurado ou no município mais próximo, em território brasileiro, dentro de um raio máximo de 200 km (duzentos quilômetros), limitados ao Capital Segurado contratado.

CLÁUSULA 5 – CARÊNCIA

5.1. O PERÍODO DE CARÊNCIA PARA ESTA COBERTURA, PARA OS EVENTOS DECORRENTES DE DOENÇAS, SERÁ DE 30 (TRINTA) DIAS, CONTADOS A PARTIR DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DO BILHETE DE SEGURO, E ESTARÁ INDICADO NO BILHETE DE SEGURO.

CLÁUSULA 6 – CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo do reembolso das despesas ou da prestação de serviço, conforme definido no Bilhete de Seguro, na ocorrência do Evento Coberto e respeitadas as demais disposições contratuais.

6.2. A SEGURADORA NÃO SE RESPONSABILIZA PELOS VALORES QUE ULTRAPASSAREM O CAPITAL SEGURADO CONTRATADO, SENDO ESSES DE RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA DO BENEFICIÁRIO OU DA FAMÍLIA DO SEGURADO.

CLÁUSULA 7 – DATA DO EVENTO

7.1. Considera-se como data do evento, para efeito de Cobertura e determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado, comprovada mediante Certidão de Óbito.

CLÁUSULA 8 – TÉRMINO DA COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas na CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO e CLÁUSULA 18 – PERDA DE DIREITOS, das Condições Gerais, esta Cobertura cessa:

- a) Com o falecimento do Segurado Titular e pagamento do Capital Segurado desta Cobertura, extingue-se, imediata e automaticamente, a Cobertura integral do seguro; e
- b) Com o pagamento de Capital Segurado de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de Cobertura integral do seguro.

CLÁUSULA 9 – SOLICITAÇÃO DOS SERVIÇOS

- 9.1. Para utilizar esta Cobertura na forma de prestação de serviços, os familiares ou seu(s) representante(s), ou, se for o caso, o Segurado Titular, contará com a “Assistência 24 horas”, que pode ser acessada pelo(s) telefone(s) constante(s) no Bilhete de Seguro.
- 9.2. A Seguradora enviará um representante que tomará todas as providências para a prestação de serviço de sepultamento ou cremação, de acordo com a CLÁUSULA 2 – RISCOS COBERTOS desta Condição Especial. Neste caso, os custos serão pagos diretamente à funerária do município de Domicílio do Segurado, limitados ao Capital Segurado contratado.
- 9.3. **Em caso de Morte Acidental, o representante da Seguradora deverá ser acompanhado de um membro da família do Segurado, junto ao Instituto Médico Legal – IML ou órgão similar para liberação do corpo, sempre que houver tal exigência.**

CLÁUSULA 10 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 10.1. Além dos documentos descritos no item 16.2 da CLÁUSULA 16 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais, para a análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura, **quando o pedido for de reembolso de despesas**, deverão ser apresentados **também** os seguintes documentos:
 - a) Cópia da certidão de óbito do Segurado que sofreu o Sinistro;
 - b) Relatório Médico carimbado e assinado pelo Médico Assistente, contendo o histórico do atendimento, tratamento e a(s) causa(s) da morte do Segurado;
 - c) Exames Médicos realizados que comprovem o diagnóstico firmado e indicado no Relatório Médico apresentado;
 - d) Cópias do RG ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e do comprovante de residência do(s) responsável(is) pelo pagamento das despesas com o funeral; e
 - e) Notas fiscais e recibos originais ou cópias digitalizadas (legíveis e sem rasuras) das despesas com o funeral.
 - 10.1.1. Quando a **morte for decorrente de Acidente Pessoal, além dos documentos descritos acima, também** deverão ser apresentados:
 - a) Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML, **se cabível**;

- b) Cópia do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente; e
- c) Cópia dos Laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (se o condutor do veículo for o Segurado).

10.2. O valor a ser reembolsado será limitado ao valor do Capital Segurado vigente na data do evento.

10.3. As demais regras para análise e Regulação de Sinistros, bem como para o pagamento de Indenização e/ou reembolso (se caracterizado risco coberto) estão indicados na CLÁUSULA 16 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, das Condições Gerais.

CLÁUSULA 11 – BENEFICIÁRIOS

11.1. Para efeito desta Cobertura, o Beneficiário será aquele que comprovar que efetuou o pagamento das despesas previstas por esta Cobertura, mediante apresentação dos documentos indicados na CLÁUSULA 10 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS desta Condições Especial.

11.2. No caso de acionamento da prestação de serviços, o pagamento será realizado diretamente ao prestador de serviços responsável pelo atendimento ao Segurado, limitado ao Capital Segurado contratado.

CLÁUSULA 12 – DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas Condições Especiais. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas Condições Especiais.

COBERTURA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE – DIH–A

CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta Cobertura, se contratada, mediante o pagamento de Prêmio adicional, garante ao próprio Segurado, o pagamento de Indenização **equivalente ao valor diário da Cobertura multiplicado pelo período em dias de internação do Segurado em regime Hospitalar, limitado ao número máximo de diárias estabelecido no Bilhete de Seguro, decorrente de Acidente Pessoal coberto**, ocorrido durante a Vigência do Seguro, observados os Riscos expressamente Excluídos e as demais disposições contratuais.

CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES

- 2.1. Além das definições indicadas na CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais, também se aplica à presente Cobertura, a seguinte definição:

2.1.1. Diária de Internação Hospitalar: período, em dias, em estado de Internação Hospitalar motivada por Acidente Pessoal coberto que, por sua gravidade ou complexidade, exija Tratamento Clínico ou cirúrgico, indicado por profissional Médico habilitado.

CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS

- 3.1. Estão cobertas as Diárias de Internação Hospitalar do Segurado, determinadas por Médico e comprovadas por meio da documentação obrigatória descrita na CLÁUSULA 11 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS desta Condição Especial.
- 3.2. **A Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado esteve internado em Hospital, a contar do 1º (primeiro) dia após o período de Franquia indicado na CLÁUSULA 6 – FRANQUIA desta Condição Especial, até a data da alta médica definitiva ou da utilização do limite de diárias estabelecidos no Bilhete de Seguro, o que ocorrer primeiro.**
- 3.3. **O limite máximo de diárias por evento será estabelecido na contratação e especificado no Bilhete de Seguro.**
- 3.4. **O número máximo de eventos cobertos será limitado em 3 (três) Internações Hospitalares a cada 12 (doze) meses, contados a partir da data de início de vigência do Bilhete de Seguro.**
- 3.4.1. As internações que tenham por origem o mesmo acidente serão consideradas um mesmo Evento Coberto, exceto quando o intervalo entre essas ocorrências for superior a 12 (doze) meses.
- 3.4.2. Serão considerados como mesmo evento as transferências de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta Hospitalar.
- 3.5. **A contratação desta Cobertura não implica em garantia de Internação Hospitalar. A responsabilidade pela obtenção de vaga para internação em Hospital é do próprio Segurado, de seus familiares ou de seu acompanhante.**
- 3.6. **A Indenização será paga somente APÓS A ALTA MÉDICA DEFINITIVA, para a contabilização dos dias de internação.**

3.7. O pagamento da Indenização prevista para esta Cobertura não tem caráter de reembolso das despesas realizadas pelo Segurado.

CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. ALÉM DOS RISCOS EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES, ITEM 2.1, SUBITEM 2.1.2 E DA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA, OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA, DIRETA OU INDIRETA DE E/OU RELACIONADO A:

- A) CIRURGIAS PLÁSTICAS (ESTÉTICAS OU NÃO), EXCETO AS PÓS-ACIDENTAIS RESTAURADORAS QUE SEJAM NECESSÁRIAS PARA RESTABELECIMENTO DO SEGURADO EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO;**
- B) PROCEDIMENTOS NÃO PREVISTOS NO CÓDIGO BRASILEIRO DE ÉTICA MÉDICA, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS EXPERIMENTAIS E TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS NÃO RECONHECIDOS PELO SERVIÇO NACIONAL DE FISCALIZAÇÃO DE MEDICINA E FARMÁCIA;**
- C) A PERDA DE DENTES OU TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DE QUALQUER ESPÉCIE;**
- D) TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS COM FINALIDADE ESTÉTICA, INCLUSIVE PARA OBESIDADE EM QUALQUER MODALIDADE;**
- E) INTERNAÇÕES EM CLÍNICAS OU INSTITUIÇÕES PARA ACOMODAÇÃO OU TRATAMENTO DE IDOSOS, INCLUINDO ASILOS E CASAS DE REPOUSO;**
- F) DOENÇAS MENTAIS, PSIQUIÁTRICAS, ESTRESSE E DEPRESSÃO, INCLUINDO AS INTERNAÇÕES EM DEPARTAMENTOS PSIQUIÁTRICOS DE HOSPITAIS GERAIS OU PRONTOS-SOCORROS PARA TRATAMENTO DESTAS DOENÇAS E/OU AQUELAS QUE EXIJAM PSICANÁLISE, SONOTERAPIA OU PSICOTERAPIA;**
- G) INTERNAÇÕES DOMICILIARES (*HOME CARE*);**
- H) INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO;**
- I) INTERNAÇÕES HOSPITALARES PARA INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA, ESPERA PARA A REALIZAÇÃO DE CIRURGIA, AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE, INCLUSIVE *CHECK-UP*, REPOUSO OU GERIATRIA, INTERNAÇÃO PARA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS;**
- J) ESTADOS DE CONVALESCENÇA (APÓS A ALTA MÉDICA) E AS DESPESAS DE ACOMPANHANTES;**
- K) INTERNAÇÕES HOSPITALARES REALIZADAS POR PROFISSIONAIS DE ESPECIALIDADES NÃO RECONHECIDAS PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA OU POR MÉDICOS QUE NÃO SEJAM LEGALMENTE HABILITADOS;**
- L) LESÕES CORPORAIS, BEM COMO SUAS CONSEQUÊNCIAS, DECORRENTES DE ACIDENTES OCORRIDOS ANTES DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO BILHETE DE SEGURO;**
- M) ATOS CONTRÁRIOS A LEI, INCLUSIVE A DIREÇÃO DE VEÍCULOS AUTOMOTORES, INCLUINDO MOTOS, BARCOS, AERONAVES E ASSEMELHADOS, SEM A DEVIDA HABILITAÇÃO OU SEM A UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA OBRIGATÓRIOS POR LEI, COMO CAPACETES E CINTOS DE SEGURANÇA; E**
- N) PROCEDIMENTOS E/OU TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS CUJA ORIGEM OU CAUSA NÃO SEJA DECORRENTE DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO.**

CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo globo terrestre.

CLÁUSULA 6 – FRANQUIA

5.1. O período de Franquia para esta Cobertura é de 2 (dois) dias e será contado a partir da data inicial de Internação Hospitalar. Desta forma, inicia-se a cobertura a partir da 3ª (terceira) Diária de Internação Hospitalar.

CLÁUSULA 7 – CAPITAL SEGURADO

7.1. O Capital Segurado desta Cobertura corresponde ao valor máximo de Indenização por diária devida na ocorrência do Evento Coberto, conforme definido no Bilhete de Seguro, **respeitado o limite máximo de eventos, assim como o limite máximo de diárias por evento.**

7.2. O Capital Segurado será pago de uma única vez e será calculado na regulação do Sinistro considerando o período em que o Segurado esteve internado em Hospital, a contar do primeiro dia de internação, respeitado o período de Franquia da CLÁUSULA 6 – FRANQUIA desta Condição Especial, até a data da alta médica Hospitalar definitiva ou da utilização do limite de diárias estabelecidas no Bilhete de Seguro, o que ocorrer primeiro.

7.3. **É proibida a estipulação de critérios de cálculo do Capital Segurado com base nas despesas Hospitalares realizadas pelo Segurado.**

7.4. **O Capital Segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários Médicos.**

CLÁUSULA 8 – DATA DO EVENTO

7.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado desta Cobertura, a data do Acidente Pessoal coberto.

CLÁUSULA 9 – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

8.1. Haverá a reintegração do Capital Segurado relativo à esta Cobertura, de forma automática, após cada Sinistro, sem a cobrança de Prêmio adicional, respeitado o limite máximo de eventos, conforme previsto no item 3.4 da CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS desta Condição Especial.

CLÁUSULA 10 – TÉRMINO DA COBERTURA

10.1. Além das situações previstas na CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO e CLÁUSULA 18 – PERDA DE DIREITOS das Condições Gerais, esta Cobertura termina:

- a) Com o pagamento de 3 (três) eventos no período de 12 (doze) meses; e
- b) Com o pagamento de Capital Segurado de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de Cobertura integral do seguro.

CLÁUSULA 11 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

11.1. Além dos documentos descritos no item 16.2 da CLÁUSULA 16 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais, para a análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura deverão ser apresentados **também** os seguintes documentos:

- a) Relatório Médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo Médico que prestou o atendimento ao Segurado, contendo o histórico de atendimento, o diagnóstico, o tratamento aplicado, a data de entrada no Hospital e a alta definitiva;
- b) Alta Hospitalar ou declaração de internação do Hospital, em que conste o CRM do Médico responsável, com informação da hora e data da entrada e da alta médica; e
- c) Todos os exames e laudos médicos realizados durante o período de Internação Hospitalar.

11.2. As demais regras para análise e Regulação de Sinistro relacionado a esta Cobertura, bem como para pagamento de Capital Segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicadas na CLÁUSULA 16 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais.

CLÁUSULA 12 – BENEFICIÁRIOS

12.1. Para efeito desta Cobertura o Beneficiário será o próprio Segurado, ainda que representado na forma da lei.

CLÁUSULA 13 – DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas Condições Especiais. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas Condições Especiais.