Sede Berrini
Avenida das Nações Unidas, 11.711 • Brooklin
São Paulo • SP • Brasil • 04578-000
www.mapfre.com.br

MICROSSEGURO DE PESSOAS

Condições Gerais e Especiais

Versão 2.0

CNPJ 61.074.175/0001-38
Processo SUSEP nº 15414.900614/2014-11
Grupo e Ramo 1601 – Microsseguro de Pessoas

Sede Berrini
Avenida das Nações Unidas, 11.711 • Brooklin
São Paulo • SP • Brasil • 04578-000
www.mapfre.com.br

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS 5
1. NOME DO PLANO 5
2. DEFINIÇÕES 5
3. OBJETIVO DO PLANO 8
4. PÚBLICO ALVO 9
5. COBERTURAS 9
6. RISCOS EXCLUÍDOS 10
7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS 11
8. FORMA DE CONTRATAÇÃO 11
9. VIGÊNCIA DO BILHETE 12
10. CAPITAIS SEGURADOS 12
11. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS 12
12. PAGAMENTO DO PRÊMIO 13
13. PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA 13
14. TÉRMINO DA COBERTURA 14
15. BENEFICIÁRIOS 14
16. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 15
17. PERDA DE DIREITOS 18
18. ÂMBITO GEOGRÁFICO 19
19. REGIME FINANCEIRO 19
20. PRESCRIÇÃO 19
21. DISPOSIÇÕES GERAIS 19
22. FORO 20
CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA DE MORTE 21
1. DEFINIÇÕES 21
2. OBJETIVO 21
3. RISCOS EXCLUÍDOS 21
4. CAPITAL SEGURADO 21
5. DATA DO EVENTO 21
6. CARÊNCIA 21
7. BENEFICIÁRIO 21
8. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 21
9. TÉRMINO DESTA COBERTURA 22

10. DISPOSIÇÕES GERAIS 22
CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA DE MORTE 23
1. DEFINIÇÕES 23
2. OBJETIVO 23
3. RISCOS EXCLUÍDOS 23
4. CAPITAL SEGURADO 23
5. DATA DO EVENTO 23
6. CARÊNCIA 23
7. BENEFICIÁRIO 23
8. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 23
9. TÉRMINO DESTA COBERTURA 24
10. DISPOSIÇÕES GERAIS 24
CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL 25
1. DEFINIÇÕES 25
2. OBJETIVO 25
3. RISCOS EXCLUÍDOS 25
4. CAPITAL SEGURADO 25
5. DATA DO EVENTO 25
6. BENEFICIÁRIO 25
7. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 25
8. TÉRMINO DESTA COBERTURA 26
9. DISPOSIÇÕES GERAIS 26
CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA DE REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL – RF 27
1. DEFINIÇÕES 27
2. OBJETIVO 27
3. RISCOS EXCLUÍDOS 28
4. CAPITAL SEGURADO 28
5. DATA DO EVENTO 28
6. CARÊNCIA 29
7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DESTA COBERTURA 29
8. BENEFICIÁRIO 29
9. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 29
10. TÉRMINO DESTA COBERTURA 29
11. DISPOSIÇÕES GERAIS 30

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA 31
1. DEFINIÇÕES 31
2. OBJETIVO 31
3. RISCOS EXCLUÍDOS 32
4. CAPITAL SEGURADO 32
5. DATA DO EVENTO 32
6. BENEFICIÁRIO 32
7. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 32
8. TÉRMINO DESTA COBERTURA 32
9. DISPOSIÇÕES GERAIS 33
CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR – DIH 34
1. DEFINIÇÕES 34
2. OBJETIVO 34
3. RISCOS EXCLUÍDOS 34
4. FRANQUIA 34
5. CARÊNCIA 35
6. CAPITAL SEGURADO 35
7. DATA DO EVENTO 35
8. BENEFICIÁRIO 35
9. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 35
10. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO 35
11. TÉRMINO DESTA COBERTURA 36
12. DISPOSIÇÕES GERAIS 36
CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA – DIT 37
1. DEFINIÇÕES 37
2. OBJETIVO 37
3. RISCOS EXCLUÍDOS 37
4. FRANQUIA 37
5. CARÊNCIA 37
6. CAPITAL SEGURADO 37
7. DATA DO EVENTO 38
8. BENEFICIÁRIO 38
9. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 38
10. TÉRMINO DESTA COBERTURA 38

11. DISPOSIÇÕES GERAIS 39
CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – DG 40
1. DEFINIÇÕES 40
2. OBJETIVO 40
3. RISCOS COBERTOS 40
4. RISCOS EXCLUÍDOS 42
5. CARÊNCIA 42
6. CAPITAL SEGURADO 42
7. DATA DO EVENTO 42
8. BENEFICIÁRIO 42
9. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 42
10. TÉRMINO DESTA COBERTURA 43
11. DISPOSIÇÕES GERAIS 43

CONDIÇÕES GERAIS

1. NOME DO PLANO

1.1. Microsseguro de Pessoas.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Aceitação do Risco: aprovação da adesão ao microsseguro efetivada com a emissão do bilhete de microsseguro.

2.2. Acidente Pessoal: o evento com data caracterizada, exclusivo e **diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física,** que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente total por acidente do segurado, ou a incapacidade temporário do seguro que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

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

b) Excluem-se do conceito de Acidentes Pessoais:
   b.1) As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
   b.2) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
   b.3) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças 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;
   b.4) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definido neste item do Glossário.

2.3. Agravamento do risco: circunstâncias que aumentam, de forma significativa e continuada, a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora e devem ser informadas à Seguradora sob pena de perda do direito à garantia.

2.4. Assistência Funeral: serviços de assistência funeral que a seguradora oferece por intermédio de seus prestadores de serviço.

2.5. Atualização Monetária: Aplicação de ajuste de valores de prêmio e capital segurado, com base em índice previamente estipulado**.**

2.6. Aviso de Sinistro: comunicação que deve ser feita à Seguradora imediatamente após a ocorrência do evento passível de cobertura sob o Bilhete de Seguro, sob pena de perda do direito à indenização ou ao capital segurado.

2.7. Beneficiário: pessoa física designada para receber os valores dos capitais segurados, respeitada a cobertura contratada, na hipótese de evento coberto.

2.8. Bilhete de Microsseguro: documento emitido pela seguradora ao segurado que comprova a aceitação do risco.

2.9. Boa-fé: Princípio fundamental do seguro que obriga as partes a atuar com honestidade, lealdade, integridade e fidelidade ao cumprimento das leis e ao contrato do seguro. O segurado se obriga a prestar informações e descrever com clareza e precisão a natureza do risco que deseja cobrir, assim como ser verdadeiro em todas as declarações posteriores, relativas a possíveis alterações do risco ou a ocorrência de sinistro. A seguradora, por seu lado, é obrigada a dar informações exatas sobre o contrato e a redigir seu conteúdo de forma clara para que o segurado possa compreender os compromissos assumidos por ambas as partes.

2.10. Capital Segurado: valor máximo para a cobertura contratada, vigente na data do evento coberto, a ser pago ao beneficiário.

2.11. Carência: período de tempo corrido e ininterrupto contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado, durante o qual, no caso de ocorrência de evento coberto, o segurado ou o(s) beneficiário(s) não terão direito ao recebimento do capital segurado contratado.

2.12. Cobertura: risco assumido pela seguradora, conforme contrato de seguro, respeitados os eventos não cobertos e riscos excluídos.

2.13. Comoriência: presunção de que o segurado e o(s) beneficiário(s) faleceram ao mesmo tempo, sempre quando não é possível identificar quem faleceu primeiro.

2.14. CônjugeCompanheiro(a): pessoa legalmente reconhecida como tal, assim como 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 e pelo contrato de seguro.

2.15. Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação deste microsseguro, que englobam as Condições Gerais e as Condições Especiais.

2.16. Condições Especiais: conjunto de disposições específicas relativas a cada modalidade de Cobertura de um mesmo seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.

2.17. Condições Gerais: conjunto de cláusulas comuns a todas as coberturas de um mesmo Seguro.

2.18. Corretor de Microsseguros: é o intermediário, seja pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado pela SUSEP – Superintendência de Seguros Privados e legalmente autorizado a angariar e promover Contratos de Seguro. **O Corretor de seguros responde de forma civil e regulatória pelos prejuízos que causar no exercício da sua profissão, por ação, omissão dolosa ou culposa.**

2.19. Doença e Lesões Preexistentes e suas consequências: são as doenças ou lesões, inclusive congênitas, contraídas pelo segurado em data anterior à adesão ao seguro, de seu conhecimento, não declarada na

Proposta e/ou Questionário de Avaliação de Risco. **A omissão dessas doenças ou lesões por ocasião da contratação do seguro ensejará a perda do direito à indenização**.

2.20. Evento Coberto: acontecimento futuro, possível e incerto, **ocorrido durante a vigência do microsseguro,** passível de ser indenizado pelas coberturas contempladas nestas condições gerais e estabelecidas no bilhete de microsseguro.

2.21. Formulário de Aviso de Sinistro: documento utilizado para formalizar a comunicação da ocorrência de um evento passível de cobertura à seguradora, assinado pelo segurado ou beneficiário(s).

2.22. Franquia: período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o(s) beneficiário(s) não terão direito ao recebimento do capital segurado contratado.

2.23. Indenização: valor máximo a ser pago pela Seguradora quando da ocorrência do Evento Coberto, observada a dedução da Franquia e o(s) limite(s) da(s) cobertura(s) contratada(s) da Cobertura contratada.

2.24.IPCA: Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

2.25.Liquidação do Sinistro: pagamento da indenização, após a finalização da regulação do sinistro e conclusão de sinistro indenizável.

2.26.Médico/Médico Assistente: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, de escolha do segurado, responsável pelo seu acompanhamento clínico e pelo diagnóstico. **Não serão aceitos 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.**

2.27. Médico Especialista: profissional que tenha conhecimento médico, e que esteja legalmente autorizado e devidamente certificado pelo Conselho Regional de Medicina, referente a sua especialidade.

2.28. 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.

2.29. Moradia Habitual: lugar em que o segurado mantém a sua residência habitual dentro do território brasileiro.

2.30. Prazo de Tolerância: intervalo de tempo estabelecido nos documentos contratuais durante o qual, na ocorrência de evento coberto, o segurado terá direito à Cobertura, mediante a regularização do Prêmio em atraso.

2.31. Prêmio: importância fixada na Apólice/Certificado Individual e paga à Seguradora como contraprestação pela garantia do risco e do interesse legítimo do Segurado ou do Beneficiário.

2.32. Premoriência: morte do beneficiário antes do falecimento do segurado.

2.33. *Pro Rata Temporis*: no caso do seguro, é o método de calcular o prêmio do seguro proporcional aos dias de vigência decorridos do contrato de seguro.

2.34. Questionário de Avaliação do Risco: formulário preenchido para a contratação do seguro, fornecendo as informações necessárias à aceitação da Proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do Prêmio. A prestação de informações inverídicas ou incompletas no Questionário de Análise do Risco, ou, ainda, a

omissão de informações que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, poderá acarretar a perda da garantia, sem prejuízo do pagamento do Prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora, ou a redução proporcional da garantia, na forma prevista nas Condições Gerais.

2.35. Recidiva: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

2.36. Regime Financeiro de Repartição Simples: estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os segurados deverão ser suficientes para pagar os capitais segurados decorrentes dos eventos cobertos ocorridos em um determinado período. Esta estrutura não permite devolução ou resgate de prêmios ao segurado ou seu(s) beneficiário(s).

2.37. Regulação de Sinistro: procedimento destinado à apuração das circunstâncias, causas e efeitos do Sinistro.

2.38. Relatório Médico: documento emitido por médico habilitado, que registra sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e fatos médicos relacionados ao evento coberto.

2.39. Representante de Seguro: pessoa jurídica que assume a obrigação de promover, em caráter não eventual e sem vínculos de dependência, a realização de contratos de seguro à conta e em nome da sociedade seguradora para promover a venda de microsseguros.

2.40. Reintegração do Capital Segurado: recomposição do capital segurado relativo a uma ou mais das coberturas contratadas, após o pagamento de uma Indenização, desde que não se trate de cobertura que preveja o cancelamento da cobertura/apólice.

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

2.42. Risco Excluído: evento potencialmente danoso não coberto pela Apólice, seja em razão de sua previsão expressa nas cláusulas de Riscos Excluídos, seja por não se enquadrar entre os riscos cobertos pela Apólice.

2.43. Segurado:pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro. No caso de contratação por pessoa jurídica, o(s) Segurado(s) será(ão) o(s) sócio(s), titular(es), instituidor(es), administrador(es) ou empresário(s) integrante(s) do quadro social da empresa na data de contratação do microsseguro.

2.44. Seguradora: empresa legalmente autorizada a comercializar seguro e que, mediante o recebimento de Prêmio, garante interesse legítimo do legítimo do Segurado ou do Beneficiário contra riscos predeterminados. Para o presente seguro, é a Mapfre Seguros Gerais S.A.

2.45. Sequela: qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

2.46. Sinistro: ocorrência do evento coberto previsto nas Condições Contratuais, durante o período de Vigência do Seguro.

2.47. Vigência do Seguro: é o período fixado para validade do contrato de seguro.

3. OBJETIVO DO PLANO

3.1. Este seguro tem por objetivo garantir, mediante o recebimento do prêmio, o pagamento do capital segurado

ao(s) beneficiário(s) indicado(s) no bilhete de microsseguro, na ocorrência de evento coberto durante a vigência do microsseguro, **observados os riscos expressamente excluídos, as hipóteses de perda do direito ao pagamento do capital segurado, a vigência do contrato de seguro e as demais disposições contratuais.**

4. PÚBLICO ALVO

4.1. Para contratar este plano de microsseguro o proponente deverá atender as condições abaixo:

a) Ter no mínimo 16 (dezesseis) anos e no máximo até 80 anos (oitenta), 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias de idade, no momento da contratação;
b) **Exclusivamente nos planos em que houver a contratação da cobertura de Doenças Graves,** o(a) segurado(a) deverá ter no mínimo 16 (dezesseis) anos e no máximo 59 (cinquenta e nove) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias de idade, no momento da contratação;
c) Deverão ter residência fixa no Brasil.

4.2. O público alvo a ser atingido por este plano de microsseguro é o de baixa renda, constituído por pessoas com rendimento mensal per capita de até 2 (dois) salários mínimos, cuja posição na ocupação pode estar classificada tanto no setor formal quanto no setor informal da economia.

4.3. Este plano de microsseguro poderá ser disponibilizado para comercialização por intermédio de corretor e/ou correspondente de microsseguros e/ou representantes de seguros.

5. COBERTURAS

5.1. As coberturas deste plano de microsseguro serão:

a) Morte – consiste no pagamento do capital segurado ao(s) beneficiário(s) indicado(s) no bilhete de microsseguro, **de uma única vez,** conforme definido nas condições gerais ou, se for o caso, nas condições especiais do plano de microsseguro, em caso de falecimento do segurado, por causas naturais ou acidentais, durante o período de vigência do microsseguro.

b) Morte – consiste no pagamento de capital segurado ao(s) beneficiário(s) indicado(s) no bilhete de microsseguro, **sob a forma de renda,** conforme definido nas condições gerais ou, se for o caso, nas condições especiais do plano de microsseguro, em caso de falecimento do segurado, por causas naturais ou acidentais, durante o período de vigência do microsseguro.

c) Morte Acidental – consiste no pagamento do capital segurado ao(s) beneficiário(s) indicado(s) no bilhete de microsseguro, **de uma única vez,** conforme definido nas condições gerais ou, se for o caso, nas condições especiais do plano de microsseguro, em caso de falecimento do segurado em decorrência exclusivamente de acidente pessoal coberto ocorrido durante o período de vigência do microsseguro.

d) Reembolso de Despesas com Funeral – RF – consiste na garantia da prestação de serviços ou no reembolso das despesas com o funeral do(s) segurado(s), limitado ao valor do capital segurado.

e) Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA – consiste no pagamento do capital segurado, de uma única vez, conforme estabelecido nas condições gerais ou, se for o caso, nas condições especiais do plano de microsseguro, em caso da perda total ou impotência funcional definitiva dos membros ou órgãos definidos no bilhete de microsseguro, em decorrência de lesão física sofrida pelo segurado, provocada por acidente pessoal coberto.

f) Diária de Internação Hospitalar – DIH – consiste no pagamento de indenização proporcional ao período

de internação hospitalar do segurado, limitado ao número máximo de diárias estabelecido nas condições gerais ou, se for o caso, nas condições especiais e **observadas a franquia e/ou carência, quando previstas, sendo vedada a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares incorridas.**

g) **Diária de Incapacidade Temporária – DIT –** consiste no pagamento de indenização proporcional ao período em que o segurado se encontrar sob tratamento médico que o impossibilite, de forma contínua e ininterrupta, a exercer sua profissão ou ocupação, **observado o limite contratual máximo por evento, estabelecido nas condições gerais ou, se for caso, nas condições especiais, e a franquia e/ou carência, quando previstas.**

h) **Doenças Graves – DG –** consiste no pagamento do capital segurado, de uma única vez, em decorrência de diagnóstico de alguma das doenças devidamente especificadas nas condições especiais.

5.2. As coberturas poderão ser contratadas isoladamente ou eu conjunto, exceto nas conjugações descritas abaixo:

a) **As coberturas de Morte (pagamento único) e Morte (pagamento sob a forma de renda) não podem ser contratadas em conjunto;**

b) **As coberturas de Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA, Diária de Internação Hospitalar – DIH e Diária de Incapacidade Temporária – DIT, somente poderão ser contratadas em conjunto com, pelo menos, uma das seguintes coberturas:**
   b.1) Morte (pagamento único) OU Morte (pagamento sob a forma de renda);
   b.2) Morte Acidental;
   b.3) Reembolso de Despesas com Funeral – RF.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

6.1. Estão excluídos de todas as coberturas deste plano, os eventos relacionados ou ocorridos em consequência direta ou indireta de:

a) **Atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado principal, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de qualquer deles;**
b) **Suicídio ou sequelas decorrentes da sua tentativa, caso ocorram nos 2 (dois) primeiros anos ininterruptos de vigência da cobertura, contados da data de contratação ou do aumento do capital segurado;**
c) **Epidemias ou pandemias declaradas por órgão oficial competente, incluindo a gripe aviária, a meningite, a febre aftosa, a malária, a dengue, o zika vírus, a febre chikungunya, dentre outras;**
d) **Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
e) **Danos e perdas causados diretamente ou indiretamente por atos terroristas, 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 atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente;**
f) **Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, revolução, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se for comprovado que o vento tenha decorrido do trabalho, da prestação de serviços militares, de atos humanitários, da utilização de meio de transporte arriscado ou da prática desportiva;**
g) **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.**

6.2. Além dos riscos excluídos indicados no item 6.1, são riscos excluídos das coberturas que garantem exclusivamente os eventos decorrentes de acidente pessoal, se contratadas, os eventos relacionados

ou ocorridos em consequência direta ou indireta de:

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

b) Acidentes cardiovasculares, Acidente Vascular Cerebral – AVC, aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

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

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

6.3. Os riscos excluídos específicos de cada uma das coberturas estarão descritos nas suas respectivas condições especiais.

7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

7.1. As franquias e/ou carências nas coberturas contratadas, quando aplicadas, estarão indicadas nas condições especiais de cada cobertura e constarão no bilhete de microsseguro.

7.2. Não haverá carência quando ocorrer renovação do Seguro e em sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto em caso de suicídio ou sua tentativa e suas consequências, em que a carência aplicada é de 2 (dois) anos, contados do início de vigência do bilhete de microsseguro ou data da reabilitação da cobertura, caso esta tenha sido suspensa.

7.3. O período de carência para as coberturas contratadas deverá ser de, no máximo, 2 (dois) anos, e não poderá exceder metade do prazo de vigência do microsseguro, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa.

7.4. O prazo de carência para o aumento do capital segurado ou da cobertura incluída, em caso de alteração da vigência no contrato, incidirá somente na parte em que se refere este aumento de capital segurado e/ou cobertura acrescida, sem interferência no prazo de carência relativo ao capital contratado de forma prévia a este aumento ou inclusão de cobertura.

7.5. Ocorrendo o sinistro durante o prazo de carência, o valor do prêmio pago será entregue pela seguradora ao segurado ou ao(s) beneficiário(s), deduzidos os impostos incidentes.

8. FORMA DE CONTRATAÇÃO

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

8.1.1. Admite-se a contratação com a utilização de meios remotos.

8.2. A contratação do microsseguro prova-se com a exibição do bilhete de microsseguro, e, na falta dele, por documento comprobatório do pagamento do respectivo prêmio.

8.2.1. A confirmação de quitação do primeiro pagamento enviada pela seguradora ou seu representante com a utilização de meios remotos também servirá como prova da contratação.

8.3. O segurado que contratar microsseguro poderá desistir da contratação no prazo de 7 (sete) dias corridos, contados a partir da data de emissão do bilhete de microsseguro.

8.3.1. Caso o segurado exerça o direito de arrependimento previsto no item 8.3, os valores eventualmente

pagos, a qualquer título, serão devolvidos, de imediato.

8.3.2. A devolução a que se refere o subitem 8.3.1 será realizada pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do prêmio, sem prejuízo de outros meios ou formas disponibilizadas pela seguradora ou seu representante, desde que expressamente aceitas pelo segurado.

9. VIGÊNCIA DO BILHETE

9.1. O prazo de vigência estará indicado no bilhete de microsseguro e obedecerá ao prazo mínimo de 1 (um) mês.

9.2. A vigência das coberturas oferecidas neste plano de microsseguros iniciar-se-á sempre a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de pagamento do prêmio e as respectivas datas de início e de término estarão expressas no bilhete de microsseguro.

9.3. Este microsseguro é por prazo determinado, NÃO ADMITINDO RENOVAÇÃO. Não haverá devolução dos prêmios pagos, conforme previsto na Cláusula 19 – REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO destas condições gerais.

10. CAPITAIS SEGURADOS

10.1. O valor correspondente ao capital segurado contratado será indicado no bilhete de microsseguro e deverá respeitar o valor máximo determinado nos normativos em vigor.

10.2. O capital segurado contratado neste microsseguro não poderá ser alterado.

11. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS

11.1. Quando a vigência do microsseguro for superior a 1 (um) ano, os capitais segurados e os prêmios serão atualizado com base no IPCA/IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

11.1.1. Para o fator de atualização será utilizado o índice acumulado dos 12 (doze) meses anteriores, ao 2º (segundo) mês que anteceder o término de vigência indicado no bilhete de microsseguro.

11.1.2. Para seguros com prazo de vigência igual a 1 (um) ano, não haverá atualização monetária.

11.2. Caso haja atraso no pagamento do capital segurado, ou do prêmio, o valor devido será atualizado com base na variação positiva do IPCA/IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou o índice que vier a substituí-lo, apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, acrescido de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, contados a partir do 1º (primeiro) dia posterior ao término do prazo máximo para o pagamento.

11.3. Além da atualização monetária e dos juros de mora previstos na Cláusulas 13.1, aplicar-se-á na hipótese de atraso no pagamento do capital segurado multa de 2% (dois por cento) sobre o montante devido, corrigido monetariamente.

11.4. Em caso de extinção do IPCA/IBGE, a atualização monetária de que trata os itens 13.1 e 13.2 será feita pelo índice que vier a substituí-lo.

11.5. 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 o capital segurado contratado.

12. PAGAMENTO DO PRÊMIO

12.1. O Prêmio do microsseguro é periódico e deverá ser pago de acordo com a modalidade escolhida dentre aquelas disponibilizadas pela Seguradora (mensal ou anual), conforme estabelecido no Bilhete de microsseguro. Cada pagamento corresponderá ao respectivo período de cobertura.

12.2. Os meios a serem utilizados pelo segurado para pagamento do(s) prêmio(s), serão estabelecidos no bilhete de microsseguro.

12.2.1. Quando o repasse de prêmio à seguradora for intermediado pelo representante de seguros, a ausência do repasse do prêmio não causará qualquer prejuízo aos segurados ou beneficiários no que se refere às coberturas e demais direitos contemplados pelo plano de microsseguro.

12.3. Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente nos meios utilizados pelo segurado, o pagamento poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil em que houver expediente.

12.4.A FALTA DE O PAGAMENTO DA PARCELA ÚNICA OU DA PRIMEIRA PARCELA DO PRÊMIO, ATÉ A DATA DE SEU VENCIMENTO, RESOLVE AUTOMATICAMENTE E DE PLENO DIREITO O CONTRATO DE SEGURO, INDEPENDENTEMENTE DE QUALQUER INTERPELAÇÃO JUDICIAL OU EXTRAJUDICIAL.

12.5.A FALTA DE PAGAMENTO DE QUALQUER UMA DAS PARCELAS SUBSEQUENTES À PRIMEIRA NO PRAZO DEVIDO ACARRETARÁ A COBRANÇA DO PRÊMIO VENCIDO ACRESCIDO DE MULTA DE 2% E JUROS DE MORA CONFORME PREVISTO NA CLÁUSULA 11 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS, SENDO APLICADO AINDA O DISPOSTO NA CLÁUSULA 13 –PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, E NA CLÁUSULA 17 – PERDA DE DIREITOS.

13. PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA

13.1.Quando o prêmio de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira não for pago até a data do seu vencimento, as Coberturas do Seguro permanecerão vigentes pelo prazo de tolerância de 60 (sessenta) dias.

13.1.1. Durante o prazo de tolerância estarão cobertos os sinistros ocorridos, mas o pagamento da indenização ficará condicionado ao recebimento do(s) prêmio(s) devido(s), podendo a Seguradora abater o(s) respectivos(s) valor(es) devido(s) da indenização. Serão aplicados no(s) prêmio(s) devido(s) os encargos previstos na Cláusula 11 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS.

13.2.DURANTE O PRAZO DE TOLERÂNCIA O SEGURADO SERÁ NOTIFICADO PARA PAGAR A(S) PARCELAS EM ATRASO COM OS ENCARGOS DEVIDOS, SENDO ADVERTIDO QUE O NÃO PAGAMENTO ATÉ O PRAZO INDICADO ACARRETARÁ O CANCELAMENTO DO SEGURO.

13.3.APÓS A NOTIFICAÇÃO E ENCERRADO O PRAZO DE TOLERÂNCIA, SEM QUE TENHA HAVIDO O PAGAMENTO DO(S) PRÊMIO(S) EM ATRASO, O SEGURO SERÁ AUTOMATICAMENTE CANCELADO.

13.4. Em caso de cancelamento por inadimplência, o seguro não poderá ser reativado e o segurado não terá direito a devolução dos prêmios pagos.

13.5. Em caso de nova contratação, não será admitido qualquer vínculo com o seguro cancelado por falta de pagamento.

14. TÉRMINO DA COBERTURA

14.1. O SEGURO PODERÁ SER RESCINDIDO A QUALQUER TEMPO, DESDE QUE COM A CONCORDÂNCIA RECÍPROCA DAS PARTES CONTRATANTES. A SEGURADORA RETERÁ, ALÉM DOS EMOLUMENTOS, O PRÊMIO RECEBIDO DE FORMA PROPORCIONAL AO TEMPO DECORRIDO DA VIGÊNCIA.

14.2. A cobertura terminará:

a) Quando o segurado solicitar por escrito à seguradora o cancelamento do bilhete de microsseguro;
b) Quando o segurado deixar de pagar o prêmio, observado o disposto na Cláusula 13 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA;
c) Quando terminar o período de vigência do bilhete de microsseguro;
d) Na data do falecimento do segurado;
e) Automaticamente, com o pagamento do capital segurado contratado, quando as condições especiais da cobertura estabelecerem o cancelamento do bilhete de microsseguro;
f) Imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas na Cláusula 17 – PERDA DE DIREITOS, destas condições gerais.

15. BENEFICIÁRIOS

15.1. O(s) beneficiário(s) de cada uma das coberturas será(ão) estabelecido(s) nas respectivas condições especiais.

15.2. O bilhete de microsseguro, deverá, obrigatoriamente, conter a informação necessária à identificação do(s) beneficiário(s) indicado(s) pelo segurado. Entende-se por informação necessária à identificação do(s) beneficiário(s), no mínimo, a indicação do nome e grau de parentesco prestado pelo segurado ou seu representante legal, no ato da contratação.

15.2.1. Na falta de indicação do beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge, se houver, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária disposto no código civil.

15.2.2. 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.

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

15.4. Em caso de falecimento do único beneficiário indicado no contrato de seguro antes do óbito do segurado (premoriência) e não tenha sido indicado novo beneficiário em seu lugar, o capital segurado será pago aos beneficiários legais, conforme código civil vigente.

15.5. Em caso de falecimento de um dos beneficiários indicados no contrato 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.

15.6. 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 15.4 e 15.5, considerando que o beneficiário comoriente não adquire direito ao capital segurado.

15.7. O segurado pode, a qualquer tempo, substituir o beneficiário, mediante contato com a seguradora, nomeando os novos beneficiários.

15.7.1. Qualquer alteração de beneficiário somente terá validade 24 (vinte e quatro) horas da data de seu recebimento na seguradora.

15.7.2. Em caso de não recebimento da alteração de beneficiário, a seguradora aplicará a distribuição do capital segurado conforme a indicação imediatamente anterior.

15.8. Se não houver Beneficiários indicados ou legais, o valor será pago àqueles que provarem que a morte do segurado os privou de meios de subsistência.

15.9. Em caso de indicação de beneficiário impedido por lei ou que tenha provocado a morte do segurado de forma intencional, ou ainda, na impossibilidade de pagamento ao(s) beneficiário(s) indicado(s), a indenização será paga conforme disposto no código civil.

15.10. Não será admitida a indicação ou substituição de beneficiário por procuração.

15.11. CASO NÃO SEJA IDENTIFICADO BENEFICIÁRIO OU DEPENDENTE DO SEGURADO PARA SUBSISTÊNCIA NO PRAZO PRESCRICIONAL DA RESPECTIVA PRETENSÃO, O CAPITAL SEGURADO SERÁ TIDO POR ABANDONADO, NOS TERMOS DO INCISO III DO CAPUT DO ART. 1.275 DA LEI Nº 10.406, DE 10 DE JANEIRO DE 2002 (CÓDIGO CIVIL), E SERÁ APORTADO NO FUNDO NACIONAL PARA CALAMIDADES PÚBLICAS, PROTEÇÃO E DEFESA CIVIL (FUNCAP).

16. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

16.1. REGULAÇÃO DE SINISTROS

16.1.1. Ocorrendo um Sinistro, o Segurado, o Beneficiário ou seu representante legal de um ou de outro deverá comunicar imediatamente à Seguradora, por meio da Central de Atendimento da Seguradora, fornecendo juntamente com o Aviso de Sinistro, todas as informações disponíveis sobre sua causa e consequências e documentação básica prevista nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s).

16.1.2. Caso a documentação apresentada no Aviso de Sinistro seja insuficiente ou incompleta, ou, ainda, que faça referência a outros documentos e fatos não disponibilizados, a Seguradora informará ao Segurado, Beneficiário ou representante legal de um ou de outro a lista de documentos faltantes e necessários à Regulação do Sinistro.

16.1.3. Uma vez cumprida pelo Segurado, Beneficiário ou representante legal de um ou de outro a obrigação de fornecer todos os documentos e informações previstas nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s), a Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) a 120 (cento e vinte) dias, conforme previsto nas Condições Especiais da Apólice, para concluir a Regulação do Sinistro e se manifestar sobre a existência de cobertura securitária, contado da data em que lhe tiver sido entregue o último

documento pendente.

16.1.4. No caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora ou o regulador de Sinistro poderão solicitar outras informações e/ou documentos complementares, além daqueles elencados como documentação básica prevista nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s).

15.1.4.1. Neste caso, a contagem do prazo para a manifestação sobre a cobertura será suspensa e será reiniciada a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

15.1.4.2. Nos sinistros em que a importância segurada não exceda o correspondente a 500 (quinhentas) vezes o salário-mínimo vigente, a contagem do prazo poderá ser suspensa por apenas 1 (uma) única vez. Para os demais casos, a suspensão poderá ocorrer por no máximo 2 (duas) vezes.

15.1.4.3. A não entrega dos documentos básicos previstos nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s) e/ou complementares solicitados, em até 90 (noventa) dias, sem qualquer justificativa, ensejará o encerramento da Regulação do Sinistro sem pagamento de Indenização. Nessa hipótese, a Regulação do Sinistro poderá ser retomada a qualquer tempo, desde que apresentados os documentos necessários, observado o prazo prescricional previsto em lei.

16.1.5. A Seguradora poderá exigir atestados, certidões de autoridades competentes ou cópia da certidão de abertura de inquérito, que porventura tiver sido instaurado.

16.1.6. Correrão por conta da Seguradora as despesas com a Regulação do Sinistro, salvo as realizadas para a apresentação dos documentos básicos previstos nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s) e dos documentos complementares porventura solicitados.

16.1.7. Os atos e providências praticados pela Seguradora na execução dos procedimentos de Regulação e liquidação do Sinistro não importam, por si só, no reconhecimento de cobertura securitária.

16.1.8. Encerrada a Regulação do Sinistro, caso a Seguradora conclua que não há cobertura securitária para o Sinistro, o Segurado ou Beneficiário será comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento, dentro do prazo de 30 (trinta) a 120 (cento e vinte) dias.

16.1.8.1. A Seguradora poderá apresentar fundamentos adicionais para a negativa da cobertura, caso venha a tomar conhecimento de fatos que anteriormente desconhecia ou caso a negativa seja baseada na ausência ou insuficiência de documentos.

16.1.9. A Regulação e a Liquidação do Sinistro poderão ser realizadas simultaneamente quando possível.

16.2.LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS:

16.2.1. Confirmada a existência de cobertura securitária para o Sinistro, a Seguradora pagará o Capital Segurado para a cobertura contratada, deduzida a Franquia estipulada no Bilhete de Seguro, se existente.

16.2.2. Em caso de Sinistro amparado por mais de uma cobertura, será deduzida a Franquia correspondente a cada cobertura individualmente, quando houver.

16.2.3. O Segurado ou Beneficiário deverá apresentar à Seguradora todos os documentos previstos nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s).

16.2.4. Caso a documentação apresentada seja insuficiente ou incompleta, ou, ainda, faça referência a outros fatos ou documentos não disponibilizados, a Seguradora informará ao Segurado ou Beneficiário a lista de documentos faltantes e necessários à regulação do Sinistro.

16.2.5. Uma vez cumprida a obrigação de fornecer todos os documentos e informações solicitadas, realizada a regulação e reconhecida a cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento do capital segurado da(s) cobertura(s) acionada(s) no prazo máximo de 30 (trinta) a 120 (cento e vinte) dias, contado da data em que lhe tiver sido entregue o último documento pendente.

16.2.5.1. No caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora ou o liquidante do Sinistro poderão solicitar outros documentos e/ou informações complementares. Neste caso, a contagem do prazo aplicável será suspensa por 1 (uma) única vez, e será reiniciada a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

16.2.6. Se, após o pagamento do capital segurado, a Seguradora tomar conhecimento de qualquer fato que descaracterize o direito do Segurado ou do Beneficiário ao seu recebimento, esta poderá requerer a devolução dos valores pagos indevidamente e dos demais gastos incorridos em decorrência do Sinistro.

16.3. Para análise da cobertura para o evento é necessário a apresentação dos documentos relacionados no bilhete de microsseguro na Cláusula REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições especiais de cada uma das coberturas contratadas.

16.3.1. A solicitação destes documentos não significa, por si só, que a seguradora reconhece a cobertura para o evento reclamado.

16.4. Os encargos decorrentes de eventual tradução, para a língua portuguesa, dos documentos necessários à análise e regulação do sinistro, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, serão de responsabilidade da seguradora.

16.5. O ressarcimento das despesas eventualmente efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

16.6. As despesas efetuadas pelo segurado ou beneficiário(s) com a comprovação do evento coberto à seguradora e, quando for o caso, os documentos que habilitam o(s) beneficiário(s) a receber(em) o capital segurado serão por conta dos interessados no pagamento do capital segurado, exceto as diretamente realizadas pela seguradora.

16.7. Independentemente dos documentos exigidos a seguradora poderá consultar livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação para apurar comprovação ou não do evento.

16.8. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica no segurado a qualquer momento, a fim de esclarecer quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.

16.9. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando está com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.

16.10. 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.

17. PERDA DE DIREITOS

17.1. Além dos casos previstos em lei, no Bilhete e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) contratada(s), o Segurado ou Beneficiário perderá o direito a qualquer indenização, bem como terá o seguro cancelado, obrigando-se ao pagamento do Prêmio vencido e das despesas efetuadas pela Seguradora, se:

17.1.1. O Segurado, por si ou seu representante, agravar(em) intencionalmente e de forma relevante o risco objeto do contrato de seguro.

17.1.1.1. Será relevante o agravamento que resulte no aumento significativo e continuado da probabilidade de realização do risco coberto ou da severidade dos efeitos de realização deste risco.

17.1.2. O Segurado, por si ou seu representante, que, dolosamente ou culposamente, deixar de comunicar o relevante agravamento de risco à Seguradora tão logo dele tome conhecimento, fica obrigado a pagar a diferença de prêmio apurada.

17.1.2.1. Ciente do agravamento, a Seguradora poderá, no prazo de 20 (vinte) dias, manifestar-se nos termos da regulamentação em vigor.

17.1.3. O Segurado, por si ou seu representante, deixar de fornecer as informações necessárias à aceitação do risco e à fixação do prêmio, conforme questionário que lhe submeta a Seguradora.

17.1.3.1. Se o descumprimento for doloso, perderá a garantia, além de estar obrigado ao pagamento do prêmio e das despesas efetuadas pela Seguradora.

17.1.3.2. Se o descumprimento for culposo, a Seguradora, esta poderá, diante dos fatos não revelados:

A) Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

i) **caso a garantia seja tecnicamente impossível ou se o risco decorrente da omissão não for originalmente subscrito pela Seguradora, cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou**

ii) **permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.**

B) Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

i) **caso a garantia seja tecnicamente impossível ou se o risco decorrente da omissão não for originalmente subscrito pela Seguradora, cancelar o seguro após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado acrescido da diferença cabível; ou**

ii) **permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível,**

deduzi-la do valor a ser indenizado e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

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

17.2. Além das hipóteses de perda de direitos acima mencionadas nesta Cláusula, o Segurado e/ou Beneficiário também perderá(ão) o direito a qualquer indenização se:

17.2.1. Deixar de cumprir qualquer obrigação convencionada na Apólice, nas Condições Gerais e/ou Especiais deste seguro;

17.2.2. O sinistro decorrer de atos ilícitos dolosos ou de culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante de um ou de outro.

17.2.3. **Por qualquer meio, procurar obter, mediante tentativa de fraude ou fraude consumada, benefícios indevidos, tanto na contratação do seguro, quanto durante a sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização.**

18. ÂMBITO GEOGRÁFICO

18.1. As coberturas do seguro aplicam-se aos eventos cobertos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo previsão restritiva em cobertura específica.

19. REGIME FINANCEIRO

19.1. Este seguro está estruturado sob o regime financeiro de repartição simples, portanto, não haverá resgate ou devolução de prêmios pagos pelo segurado.

20. PRESCRIÇÃO

20.1. Os prazos prescricionais são aqueles definidos em Lei.

21. DISPOSIÇÕES GERAIS

21.1. Os direitos decorrentes deste bilhete de microsseguro não poderão ser transferidos ou cedidos, por qualquer forma.

21.2. Os tributos que incidirem ou vierem a incidir sobre os prêmios serão pagos por quem a legislação vigente determinar.

21.3. O registro deste microsseguro é automático e não representa aprovação ou recomendação por parda da SUSEP.

21.4. As condições contratuais deste plano de microsseguro protocolizadas 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 microsseguro.

21.5. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de microsseguro ou da sociedade seguradora no site www.susep.gov.br.

21.6. A propaganda e a promoção do seguro, somente podem ser feitas com autorização, por escrito, e supervisão da seguradora, respeitadas as condições contratuais e as normas de microsseguro.

22. FORO

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

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA DE MORTE

1. DEFINIÇÕES

1.1. As definições aplicadas a esta cobertura estão indicadas na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais.

2. OBJETIVO

2.1. Esta cobertura, se contratada, mediante pagamento de prêmio, consiste no pagamento do capital segurado ao(s) beneficiário(s) indicado(s) no bilhete de microsseguro, **de uma única vez,** em caso de falecimento do segurado, por causas naturais ou acidentais cobertas, durante o período de vigência do microsseguro, **conforme definido nas condições gerais e nestas condições especiais do plano de microsseguro.**

2.2. Esta cobertura não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Morte (pagamento sob a forma de renda).

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura, os eventos descritos na Cláusula 6 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, aplicáveis especificamente para o caso de morte natural e os itens aplicados em caso de morte por causas acidentais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido no bilhete de microsseguro, respeitado o valor máximo estabelecido no normativo em vigor e será pago de uma única vez.

5. DATA DO EVENTO

5.1. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do falecimento do segurado.

6. CARÊNCIA

6.1. O período de carência, para esta cobertura, para eventos decorrentes de doenças, será de 30 (trinta) dias, contados a partir do início de vigência do seguro, e estará indicado no bilhete de microsseguro.

7. BENEFICIÁRIO

7.1. Para efeito desta cobertura, o(s) beneficiário(s) será(ão) o(s) indicado(s) pelo segurado no bilhete de microsseguro, observando-se o disposto na Cláusula 15 – BENEFICIÁRIOS das condições gerais. Na falta de indicação expressa dos beneficiários, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que foi feita sem que haja outro beneficiário indicado, o capital segurado será pago metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros legais do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

8. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

8.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:

a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o evento com todos os campos preenchidos,

assinado pelo(s) beneficiário(s);
b) Cópia da Certidão de Óbito do segurado;
c) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
d) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (na hipótese de sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado);
e) Cópias do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros e do CPF – Cadastro de Pessoa Física de cada beneficiário. Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento.

8.2. As demais regras para análise e regulação de sinistros relacionadas a esta cobertura, bem como para pagamento do capital segurado estão indicados na Cláusula 16 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais.

8.3. O pagamento do capital segurado desta cobertura cancelará automaticamente o bilhete de microsseguro.

9. TÉRMINO DESTA COBERTURA

9.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA e 14 – TÉRMINO DA COBERTURA das condições gerais, esta cobertura termina nas seguintes situações:
a) Com o pagamento do capital segurado desta cobertura;
b) Com o pagamento do capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Ratificam-se as condições gerais que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA DE MORTE

1. DEFINIÇÕES

1.1. As definições aplicadas a esta cobertura estão indicadas na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais.

2. OBJETIVO

2.1. Esta cobertura, se contratada, mediante pagamento de prêmio, consiste no pagamento do capital segurado, de acordo com a forma e periodicidade determinada no bilhete de microsseguro, ao(s) beneficiário(s) indicado(s) nele, **sob a forma de renda,** em caso de falecimento do segurado, por causas naturais ou acidentais cobertas, durante o período de vigência do microsseguro, **conforme definido nas condições gerais e nestas condições especiais do plano de microsseguro.**

2.2. Esta cobertura não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Morte (pagamento único).

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura, os eventos descritos na Cláusula 6 – RISCOS EXCLUÍDOS, das condições gerais, aplicáveis especificamente para o caso de morte natural e os itens aplicados em caso de morte por causas acidentais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido no bilhete de microsseguro, respeitado o valor máximo estabelecido no normativo em vigor.

5. DATA DO EVENTO

5.1. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do falecimento do segurado.

6. CARÊNCIA

6.1. O período de carência, para esta cobertura, para eventos decorrentes de doenças, será de 30 (trinta) dias, contados a partir do início de vigência do seguro, e estará indicado no bilhete de microsseguro.

7. BENEFICIÁRIO

7.1. Para efeito desta cobertura, o(s) beneficiário(s) será(ão) o(s) indicado(s) pelo segurado no bilhete de microsseguro, observando-se o disposto na Cláusula 15 – BENEFICIÁRIOS, das condições gerais. Na falta de indicação expressa dos beneficiários, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que foi feita sem que haja outro beneficiário indicado, o capital segurado será pago metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros legais do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

8. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

8.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:

a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o evento, todos os campos preenchidos e

assinado pelo(s) beneficiário(s);
b) Cópia da Certidão de Óbito do segurado;
c) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
d) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado);
e) Cópias do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros e do CPF – Cadastro de Pessoa Física de cada beneficiário. Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento.

8.2. As demais regras para análise e regulação de sinistros relacionadas a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado estão indicados na Cláusula 16 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, das condições gerais.

8.3. O pagamento do capital segurado desta cobertura cancelará automaticamente o bilhete de microsseguro.

9. TÉRMINO DESTA COBERTURA

9.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA e 14 – TÉRMINO DA COBERTURA das condições gerais, esta cobertura termina nas seguintes situações:
a) Com o pagamento do capital segurado desta cobertura;
b) Com o pagamento do capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Ratificam-se as condições gerais que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1. DEFINIÇÕES

1.1. As definições aplicadas a esta cobertura estão indicadas na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais.

2. OBJETIVO

2.1. Esta cobertura, se contratada, mediante pagamento de prêmio, consiste no pagamento do capital segurado ao(s) beneficiário(s) indicado(s) no bilhete de microsseguro, **de uma única vez,** em caso de falecimento do segurado em decorrência exclusivamente de acidente pessoal coberto, ocorrido durante o período de vigência do microsseguro, **conforme definido nas condições gerais e nestas condições especiais do plano de microsseguro.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura, os eventos descritos nas Cláusulas 2 – DEFINIÇÕES, item 2.2 e 6 – RISCOS EXCLUÍDOS, das condições gerais no que se refere aos itens aplicados em caso de morte por causas acidentais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido no bilhete de microsseguro, respeitado o valor máximo estabelecido no normativo em vigor e será pago de uma única vez.

5. DATA DO EVENTO

5.1. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal coberto.

6. BENEFICIÁRIO

6.1. Para efeito desta cobertura, o(s) beneficiário(s) será(ão) o(s) indicado(s) pelo segurado no bilhete de microsseguro observando-se o disposto na Cláusula 15 – BENEFICIÁRIOS das condições gerais. Na falta de indicação do beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente ou companheiro(a), e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária disposto no Código Civil.

7. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:

a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o evento, todos os campos preenchidos e assinado pelo(s) beneficiário(s);
b) Cópia da Certidão de Óbito do segurado;
c) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
d) Cópia do Laudo Necroscópico do IML – Instituto Médico Legal ou órgão similar. Caso o laudo não tenha sido realizado, apresentar declaração do órgão competente confirmando a não realização;

e) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado);
f) Cópias do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros e do CPF – Cadastro de Pessoa Física de cada beneficiário. Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento.

7.2. As demais regras para análise e regulação de sinistros relacionadas a esta cobertura, bem como para pagamento do capital segurado estão indicados na Cláusula 16 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais.

7.3. O pagamento do capital segurado desta cobertura cancelará automaticamente o bilhete de microsseguro.

8. TÉRMINO DESTA COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA e 14 – TÉRMINO DA COBERTURA das condições gerais, esta cobertura termina nas seguintes situações:
a) Com o pagamento do capital segurado desta cobertura;
b) Com o pagamento do capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Ratificam-se as condições gerais que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA DE REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL – RF

1. DEFINIÇÕES

1.1. Além das definições indicadas na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais serão aplicáveis a esta cobertura as seguintes definições:

1.1.1. Filho(s): aquele(s) considerado(s) dependente(s) econômico(s) do segurado, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda – IR, desde que observadas as condições indicadas abaixo:
a) Filho(a) ou enteado(a) até completar 21 (vinte e um) anos;
b) Filho(a) ou enteado(a) em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho;
c) Filho(a) ou enteado(a) universitário(a) ou cursando escola técnica de Ensino Médio, até completar 24 (vinte e quatro) anos.

1.1.2. Ficha de Autorização de Atendimento: trata-se da autorização que deve ser dada à Funerária para que ela possa manusear o corpo.

1.1.3. Plano Individual: neste plano somente o segurado principal estará segurado.

1.1.4. Plano Familiar: neste plano, além do segurado principal, estarão segurados seu respectivo cônjuge/companheiro(a) e filhos, conforme critérios contidos no subitem 1.1.1 desta cláusula.

2. OBJETIVO

2.1. Esta cobertura, se contratada, mediante pagamento de prêmio, garante a prestação de serviços ou o reembolso das despesas com o funeral, em caso de falecimento do segurado principal, quando contratado o Plano Individual, ou em caso de falecimento de seu cônjuge/companheiro(a) e filho(s), quando contratado o Plano Familiar, decorrente de causas naturais ou acidentais, limitados ao valor do capital segurado contratado, **conforme definido nas condições gerais e nestas condições especiais do plano de microsseguro.**

2.1.1. O plano contratado (se individual ou familiar) constará no bilhete de microsseguro.

2.1.2. Se contratado o Plano Familiar, esta cobertura é extensiva aos natimortos, quando houver a realização do funeral.

2.2. O reembolso das despesas poderá ser substituído pela prestação de serviços, mediante acordo entre as partes, garantindo os seguintes benefícios, **desde que respeitado o limite do capital segurado contratado:**

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

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

III. Ornamentação de Urna: à disposição da família, flores da época para o interior da urna;

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

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

VI. Sepultamento: de responsabilidade do serviço de assistência funeral, incluindo o pagamento da respectiva taxa de aluguel de jazigo pelo período de 3 (três) anos e 1 (um) mês, contados da data do sepultamento (onde existir este serviço no município de moradia habitual do segurado, sendo o seu valor

equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do Município);

VII. **Caixão:** de responsabilidade do serviço de assistência funeral, o pagamento das despesas relacionadas à aquisição da urna funerária, na modalidade sextavada;

VIII. **Representante da Prestadora de Serviços:** pessoa designada pela prestadora de serviço, responsável por providenciar todos os documentos necessários ao encaminhamento do sepultamento junto à funerária, tomando todas as medidas necessárias à realização do funeral, podendo solicitar o acompanhamento de membro da família, caso necessário.

2.2.1. Não poderão ser prestados nos municípios em que a legislação não permita que a seguradora ou seus prestadores de serviços intervenham para a realização do funeral. Nesta hipótese, a família do segurado poderá solicitar o reembolso das despesas com o funeral.

2.2.2. Se 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 da morte, **os valores que excederem o capital segurado serão de responsabilidade exclusiva do beneficiário.**

2.2.3. Essa cobertura não garante a aquisição de jazigo, caso a família do segurado não possua túmulo para a realização do sepultamento, o túmulo será alugado em cemitério público, observado o limite de capital segurado contratado para essa cobertura.

2.2.4. Quando o beneficiário escolher a prestação serviços, não poderá solicitar o reembolso das notas fiscais.

2.2.5. Caso a opção seja a prestação do serviço:

a) O serviço deverá ser acionado por meio da Central de Atendimento, ligação gratuita, de qualquer lugar do Brasil;
b) O valor total da prestação de serviços será até o limite do capital segurado contratado, indicado no bilhete de microsseguro. **Se a soma das despesas ultrapassarem o valor contratado, esses valores serão de responsabilidade exclusiva do beneficiário;**
c) Deverá ser apresentada a ficha de autorização de atendimento, que o beneficiário deverá fornecer para liberar os procedimentos funerários, juntamente com a cópia da Certidão de Óbito do segurado falecido.

2.2.6. A rede especializada de prestadores de serviços credenciada poderá ser alterada a qualquer momento pela seguradora.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura, os eventos descritos na Cláusula 6 – RISCOS EXCLUÍDOS, das condições gerais, aplicáveis especificamente para o caso de morte natural e os itens aplicados em caso de morte por causas acidentais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido no bilhete de microsseguro, respeitado o valor máximo estabelecido no normativo em vigor, e em caso de reembolso será pago de uma única vez.

5. DATA DO EVENTO

5.1. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado a data do falecimento do segurado no caso de plano individual. Quando contratado plano familiar, a data do

evento será a do falecimento do cônjuge/companheiro e filhos do segurado principal.

6. CARÊNCIA

6.1. O período de carência, para esta cobertura, para eventos decorrentes de doenças, será de 30 (trinta) dias, contados a partir do início de vigência do seguro, e estará indicado no bilhete de microsseguro.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DESTA COBERTURA

7.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, **sendo o serviço de sepultamento restrito ao território brasileiro.**

8. BENEFICIÁRIO

8.1. Para efeito desta cobertura, em caso de **reembolso,** o beneficiário será aquele que comprovar que efetuou o pagamento das despesas com funeral do segurado.

8.2. 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.

9. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

9.1. Para a análise e regulação de sinistro deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos a seguir relacionados:

a) Formulário de "Aviso de Sinistro", preenchido e assinado pelo(s) responsável(is) pelo pagamento das despesas com o funeral, no caso de reembolso de despesas;
b) Cópia da Certidão de Óbito do segurado principal ou, em caso de contratação de Plano Familiar, Cópia da Certidão de Óbito do cônjuge/companheiro(a) ou de filho(s);
c) Notas fiscais originais ou cópias e recibos das despesas com o funeral, sem rasuras;
d) Cópias do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros e CPF – Cadastro de Pessoa Física do(s) responsável(is) pelo pagamento das despesas com o funeral.

9.2. As demais regras para análise e regulação de sinistros relacionadas a esta cobertura, bem como para pagamento do capital segurado estão indicados na Cláusula 16 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais.

9.3. Quando a cobertura de Reembolso das Despesas com Funeral – RF for substituída pela prestação de serviços de assistência funeral, os benefícios aqui previstos deverão estar à disposição da família do segurado no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas a partir do horário de protocolo de comunicação da ocorrência da morte do segurado à central de atendimento telefônico da seguradora.

9.4. O pagamento do capital segurado desta cobertura para o segurado principal cancelará automaticamente o bilhete de microsseguro.

10. TÉRMINO DESTA COBERTURA

10.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA e 14 – TÉRMINO DA COBERTURA das condições gerais, esta cobertura termina nas seguintes situações:

a) Com o reembolso ou prestação de serviços relativo ao funeral do segurado principal;
b) Com o pagamento do capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura

integral do seguro.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Ratificam-se as condições gerais que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas condições especiais.

Sede Berrini
Avenida das Nações Unidas, 11.711 • Brooklin
São Paulo • SP • Brasil • 04578-000
www.mapfre.com.br

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA

1. DEFINIÇÕES

1.1. Além das definições indicadas na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais são aplicáveis a esta cobertura as seguintes definições:

1.1.1. Impotência Funcional: alteração ou redução da função de um órgão ou membro de forma parcial ou total, que gera prejuízo ao indivíduo.

1.1.2. Redução Funcional: é a alteração de função, de intensidade variável, que pode gerar disfunção ou insuficiência de órgãos ou de partes do organismo.

2. OBJETIVO

2.1. Esta cobertura, se contratada, mediante pagamento de prêmio, consiste no pagamento do capital segurado, **de uma única vez,** em caso da perda total ou impotência funcional definitiva dos membros ou órgãos definidos no bilhete de microsseguro, em decorrência de lesão física sofrida pelo segurado, provocada por acidente pessoal coberto, **conforme definido nas condições gerais e nestas condições especiais do plano de microsseguro.**

2.2. Para efeito de pagamento do capital segurado, consideram-se como Invalidez Permanente Total por Acidente os **eventos relacionados abaixo,** mediante comprovação por relatório médico, e desde que não seja possível reabilitação ou recuperação das lesões sofridas pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de constatação da invalidez:

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

2.3. A seguradora não terá obrigação de pagar o capital segurado se as funções dos membros ou órgãos lesados do segurado não ficarem eliminadas por completo, mesmo que fique comprovado um percentual de redução parcial das funções.

2.4. Em caso de perda ou maior redução funcional total de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente pessoal, o grau de invalidez anterior à data da contratação do microsseguro será percentualmente deduzido do capital segurado, para fins de pagamento.

2.5. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições de previdência oficial (como o Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS) ou outras instituições semelhantes não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente que dá direito ao recebimento do capital segurado previsto nestas condições especiais, devendo ser comprovada a Invalidez Permanente Total por acidente pessoal por relatório médico.

2.6. Esta cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com, pelo menos, uma das seguintes coberturas:

a) Morte (pagamento único) OU Morte (pagamento sob a forma de renda);
b) Morte Acidental;
c) Reembolso de Despesas com Funeral – RF.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura, os eventos descritos nas Cláusulas 2 – DEFINIÇÕES, item 2.2 e 6 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido no bilhete de microsseguro, respeitado o valor máximo estabelecido no normativo em vigor, e será pago de uma única vez.

5. DATA DO EVENTO

5.1. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal coberto.

6. BENEFICIÁRIO

6.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será o próprio segurado.

7. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:

a) Formulário "Aviso de Sinistro", com informações gerais sobre o evento, todos os campos preenchidos e assinado pelo beneficiário;
b) Cópias do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros e do CPF – Cadastro de Pessoa Física do segurado;
c) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
d) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (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.

7.2. As demais regras para análise e regulação de sinistros relacionadas a esta cobertura, bem como para pagamento do capital segurado estão indicados na Cláusula 16 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais.

7.3. O pagamento do capital segurado desta cobertura cancelará automaticamente o bilhete de microsseguro.

8. TÉRMINO DESTA COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA e 14 – TÉRMINO DA COBERTURA das condições gerais, esta cobertura termina nas seguintes situações:

a) Com o pagamento do capital segurado desta cobertura;

b) Com o pagamento do capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Ratificam-se as condições gerais que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura. Em caso de conflito prevalecerá o disposto nestas condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR – DIH

1. DEFINIÇÕES

1.1. Além das definições indicadas na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais são aplicáveis a esta cobertura as seguintes definições:

1.1.1. 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 que não possa ser realizado em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.

1.1.2. Hospital: instituição legalmente autorizada pelo Ministério da Saúde, onde são realizados cuidados médicos, clínicos ou cirúrgicos, de feridos ou doentes disponíveis 24 (vinte e quatro) horas por dia. **Para efeito desta cobertura, não são hospitais: casa de saúde, ambulatórios, instituições para atendimento de deficientes mentais e/ou doentes psiquiátricos, centro de diagnose, laboratórios, clínicas, casas de repouso ou casas de convalescença para idosos ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool.**

1.1.3. Tratamento Cirúrgico: aquele que exige ato cirúrgico em regime de internação hospitalar.

1.1.4. Tratamento Clínico: aquele que, por sua gravidade ou complexidade, exige internação hospitalar.

2. OBJETIVO

2.1. Esta cobertura, se contratada, mediante pagamento de prêmio, garante o pagamento de indenização proporcional ao período de internação hospitalar do segurado, limitado ao número máximo de diárias indicado no bilhete de microsseguro, **conforme estabelecido nas condições gerais e nestas condições especiais** e observada a franquia, quando prevista.

2.2. A seguradora efetuará o pagamento das diárias contratadas e definidas no bilhete de microsseguro, correspondentes ao período em que o segurado esteve internado em hospital, a contar do primeiro dia após o período de franquia indicado na Cláusula 4 – FRANQUIA desta condição especial, até a data da alta médica ou da utilização do limite de diárias estabelecidos no bilhete de microsseguro, o que ocorrer primeiro.

2.3. Esta cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com, pelo menos, uma das seguintes coberturas:
- **a) Morte (pagamento único) OU Morte (pagamento sob a forma de renda);**
- **b) Morte Acidental;**
- **c) Reembolso de Despesas com Funeral – RF.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura, os eventos descritos na Cláusula 6 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais.

4. FRANQUIA

4.1. O período de franquia para esta cobertura será de 48 (quarenta e oito) horas, contado a partir do horário inicial da internação hospitalar, e estará indicado no bilhete de microsseguro.

5. CARÊNCIA

5.1. O período de carência, para esta cobertura, para eventos decorrentes de doenças, será de 60 (sessenta) dias, contados a partir do início de vigência do seguro, e estará indicado no bilhete de microsseguro.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido no bilhete de microsseguro, respeitadas as seguintes regras:

a) Valor máximo por diária estabelecido no normativo em vigor e definido no bilhete de microsseguro;
b) Limite máximo de 45 (quarenta e cinco) diárias por evento; e
c) Limite de até 3 (três) eventos cobertos por vigência.

6.1.1. O capital segurado será pago de uma única vez e será calculado após a regulação do sinistro considerando o período em que o segurado esteve internado em hospital, a contar do primeiro dia de internação até a data da alta médica, respeitados as Cláusulas 4 – FRANQUIA e 8 – BENEFICIÁRIO desta condição especial.

6.2. É proibida a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares realizadas pelo segurado.

7. DATA DO EVENTO

7.1. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da internação.

8. BENEFICIÁRIO

8.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será o próprio segurado.

9. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

9.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:

a) Formulário "Aviso de Sinistro", com informações gerais sobre o evento, todos os campos preenchidos e assinado pelo(s) beneficiário(s);
b) Cópias do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros e do CPF – Cadastro de Pessoa Física do segurado;
c) Relatório ou laudo preenchido pelo médico que prestou o atendimento, com as especificações técnicas, diagnósticos necessários.

9.2. O valor da Indenização é devido a partir do 1º (primeiro) dia de internação, **após o cumprimento do período da franquia,** conforme descrito na Cláusula 4 – FRANQUIA desta condição especial, multiplicando-se o número de diárias cobertas do período de Internação do Segurado até a data da alta médica pelo valor da diária contratada e indicada no bilhete de microsseguro, respeitado o limite máximo do capital segurado.

9.3. As demais regras para análise e regulação de sinistros relacionadas a esta cobertura, bem como para pagamento do capital segurado estão indicados na Cláusula 16 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais.

10. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

10.1. O capital segurado desta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após o pagamento de cada indenização, de acordo com as demais disposições desta cobertura, sem cobrança de prêmio adicional.

10.2. Serão considerados como mesmo evento as transferências de um hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.

10.3. As internações que tenham por origem o mesmo acidente ou doença serão consideradas um mesmo evento coberto, exceto quando o intervalo entre essas ocorrências for superior a 12 (doze) meses.

10.3.1. Dessa forma serão somadas as diárias da internação anterior e respeitado o limite máximo estabelecido no item 6.1 da Cláusula 6 – CAPITAL SEGURADO, desta condição especial.

11. TÉRMINO DESTA COBERTURA

11.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA e 14 – TÉRMINO DA COBERTURA das condições gerais, esta cobertura termina com o pagamento do capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. Ratificam-se as condições gerais que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura. Em caso de conflito, prevalecerá o previsto nestas condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA – DIT

1. DEFINIÇÕES

1.1. As definições aplicadas a esta cobertura estão indicadas na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais.

2. OBJETIVO

2.1. Esta cobertura, se contratada, mediante pagamento de prêmio, garante ao segurado o pagamento de indenização proporcional ao período em que o segurado se encontrar sob tratamento médico que o impossibilite, de forma contínua e ininterrupta, a exercer sua profissão ou ocupação, observado o limite contratual máximo por evento, **conforme estabelecido nas condições gerais e nestas condições especiais,** e observada a franquia quando prevista.

2.2. Esta cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com, pelo menos, uma das seguintes coberturas:

a) Morte (pagamento único) OU Morte (pagamento sob a forma de renda);
b) Morte Acidental;
c) Reembolso de Despesas com Funeral – RF.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura, os eventos descritos na Cláusula 6 – RISCOS EXCLUÍDOS, das condições gerais, aplicáveis especificamente para os casos de incapacidade por doença e os aplicados em caso de incapacidade por acidente.

4. FRANQUIA

4.1. O período de franquia para esta cobertura será de 15 (quinze) dias, contados da data da incapacidade fixada na declaração médica, e estará indicada no bilhete de microsseguro.

5. CARÊNCIA

5.1. O período de carência, para esta cobertura, para eventos decorrentes de doenças, será de 60 (sessenta) dias, contados a partir do início de vigência do seguro, e estará indicado no bilhete de microsseguro.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido no bilhete de microsseguro, respeitados o valor máximo estabelecido no normativo em vigor e as seguintes regras:

a) Valor máximo por diária estabelecido na legislação em vigor e, definido no bilhete de microsseguro;
b) Limite máximo de 45 (quarenta e cinco) diárias por evento; e
c) Limite de até 3 (três) eventos cobertos por vigência.

6.1.1. O capital segurado será pago de uma única vez e será calculado na regulação do sinistro considerando o período em que o segurado esteve impossibilitado de forma contínua e ininterrupta de exercer sua profissão ou ocupação profissional, a contar do primeiro dia de afastamento até a data da alta médica, respeitados a Cláusula 4 – FRANQUIA desta condição especial.

6.2. É proibida a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares realizadas pelo segurado.

7. DATA DO EVENTO

7.1. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da incapacidade fixada na declaração médica.

8. BENEFICIÁRIO

8.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será o próprio segurado.

9. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

9.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:

a) Formulário "Aviso de Sinistro", com informações gerais sobre o evento, todos os campos preenchidos e assinado pelo(s) beneficiário(s);
b) Cópias do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros e do CPF – Cadastro de Pessoa Física do segurado;
c) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;
d) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado);
e) Exames realizados que comprovem a incapacidade temporária e atestado médico confirmando o afastamento profissional;
f) Cópia autenticada do comprovante da atividade autônoma, podendo ser: última declaração do Imposto de Renda ou Recibo de Pagamento de Autônomo ou Carnê Leão, acrescido de documento que comprove a atividade desempenhada ou Comprovante dos últimos 3 (três) meses anteriores a data da ocorrência do evento coberto, do pagamento do INSS, acrescido do documento que comprove a atividade.

9.2. O valor da indenização é devido a partir do 1º (primeiro) dia **da data da incapacidade fixada na declaração médica** o, **após o cumprimento do período da franquia,** conforme descrito na Cláusula 4 – FRANQUIA desta condição especial, multiplicando-se o número de diárias cobertas até a data da alta médica pelo valor da diária contratada e indicada no bilhete de microsseguro, respeitado o limite máximo do capital segurado.

9.3. As demais regras para análise e regulação de sinistros relacionadas a esta cobertura, bem como para pagamento do capital segurado estão indicados na Cláusula 16 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais.

10. TÉRMINO DESTA COBERTURA

10.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA e 14 – TÉRMINO DA COBERTURA das condições gerais, esta cobertura termina com o pagamento do capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Ratificam-se as condições gerais do microsseguro que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura. Em caso de conflito prevalecerá o disposto nestas condições especiais.

Sede Berrini
Avenida das Nações Unidas, 11.711 • Brooklin
São Paulo • SP • Brasil • 04578-000
www.mapfre.com.br

MAPFRE

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – DG

1. DEFINIÇÕES

1.1. As definições aplicadas a esta cobertura estão indicadas na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais.

2. OBJETIVO

2.1. Esta cobertura, se contratada, mediante pagamento de prêmio, garante ao segurado o pagamento do capital segurado, de uma única vez, no caso de diagnóstico de alguma das doenças ou indicação dos procedimentos médicos previstos na Cláusula 3 – RISCOS COBERTOS desta condição especial, desde que expressamente indicadas no bilhete de microsseguro, **conforme condições gerais e especiais do plano de microsseguro,** respeitando o período de carência descrito na Cláusula 5 – CARÊNCIA, desta condição especial.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. O segurado poderá contratar uma das combinações descritas abaixo, de acordo com o plano disponibilizado pela seguradora:

a) Somente Câncer;
b) Somente Quimioterapia e/ou Radioterapia;
c) Câncer e Quimioterapia e/ou Radioterapia;
d) Câncer, Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral, Cirurgia Coronariana, Insuficiência Renal Crônica, Transplante de Órgãos e Quimioterapia e/ou Radioterapia;
e) Infarto Agudo do Miocárdio e Cirurgia Coronariana;
f) Somente Transplante de Órgãos.

3.2. São consideradas doenças graves e/ou procedimentos médicos as seguintes patologias:

3.2.1. Câncer: doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolado de células malignas, e invasão de tecidos, que não esteja classificado como "in situ". O termo câncer é sinônimo de "neoplasia maligna" e "tumor maligno". **Estão cobertos:**

a) Câncer de mama;
b) Câncer de ovário;
c) Câncer de útero;
d) Câncer de próstata;
e) Câncer de pulmão;
f) Câncer de esôfago;
g) Câncer de estômago;
h) Câncer de intestino;
i) Câncer ósseo;
j) Câncer do encéfalo;
k) Leucemia Aguda;
l) Linfoma de Hodgkin e Não Hodgkin.

3.2.1.1. O diagnóstico deve ser confirmado por exame histológico conclusivo de malignidade por oncologista ou patologista com data posterior a contratação.

3.2.2. Infarto Agudo do Miocárdio: morte de qualquer parte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área **comprometida, exceto quando constatado:**

a) Os infartos do miocárdio antigos demonstrados no eletrocardiograma – ECG, toda a angina do peito, incluindo angina estável e instável e angina decúbito;
b) Infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG com elevação da troponina "I"

ou "T"; e

c) Outras síndromes coronarianas agudas.

3.2.2.1. O diagnóstico deve basear-se na ocorrência, concomitante, de:

a) História de dores torácicas típicas;
b) Alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma – ECG (Depressão de onda, ondas T, Q) ou em Ecocardiograma ou Cintilografia Cardíaca;
c) Elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores de necrose miocárdica (incluindo CK-MB).

3.2.3. Acidente Vascular Cerebral (conhecido como Derrame): obstrução da circulação sanguínea cerebrovascular causada por obstrução de fluxo sanguíneo ou hemorragia subaracnóidea, hemorragia intracerebral ou infarto cerebral resultando em dano neurológico permanente (distúrbio de fala, distúrbio cognitivo e parestesia e/ou plegias), **exceto quando relacionados a: ataques isquêmicos transitórios – AIT, qualquer outra alteração neurológica, que não a paralisia irreversível, resultante de Acidente Vascular, injúria cerebral resultante de hipóxia ou trauma, hemorragia cerebral causada por acidente, hemorragia cerebral causada por tumores, hemorragia cerebral causada por cirurgias no cérebro, obstrução de artéria oftálmica resultando em dano neurológico e sintomas neurológicos causados por enxaquecas.**

3.2.3.1. O diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral deve ser feito por meio de tomografia computadorizada do cérebro, ressonância magnética, ou exame de líquor.

3.2.4. Cirurgia Coronariana: realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias que está ou estão estenosada(s) ou ocluída(s), com implante de ponte(s) vascular(es) na(s) artéria(s) coronária(s), **exceto quando se tratar de angioplastia, outros procedimentos intra-arteriais, cirurgia tipo "KEY-HOLE" (quaisquer procedimentos a tórax fechado, utilizando-se cateteres cirúrgicos) e quaisquer procedimentos ou técnicas não cirúrgicas.**

3.2.4.1. A indicação de cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia.

3.2.5. Insuficiência Renal Crônica: etapa final de doença renal caracterizada pela perda crônica e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal, **não estando coberta toda e qualquer insuficiência renal que não esteja em tratamento com diálise ou hemodiálise.**

3.2.5.1. O diagnóstico deve ser confirmado por laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em nefrologia e exames complementares apropriados.

3.2.6. Transplante de Órgãos: Deve ser indicado por médico habilitado na especialidade da patologia em questão. Essa cobertura não abrange o autotransplante, órgãos artificiais ou não humanos (de animais), transplante de tecidos, transplante de células tronco, transplante de células-beta do pâncreas e quaisquer transplantes de apenas uma parte do órgão, quando o segurado (receptor) não apresentar insuficiência plena do referido órgão.

Estão cobertos os segurados que necessitarem de transplante total, também chamado de Transplante Alogênico, que participará como receptor de um dos seguintes órgãos humanos:

- Coração;
- Fígado;
- Pulmão;
- Pâncreas;
- Medula Óssea.

3.2.7. Quimioterapia e/ou Radioterapia: Deve ser prescrito por médico oncologista como sendo o tratamento indicado ao segurado, para destruição ou bloqueio do crescimento das células cancerosas, no caso de diagnóstico dos tipos de câncer descritos no subitem 3.2.1 – Câncer desta cláusula.

3.2.7.1. O diagnóstico deve ser confirmado por exame histológico conclusivo de malignidade por oncologista ou patologista com data posterior a contratação.

3.3. O diagnóstico das doenças graves deverá ser comprovado por laudo emitido por médico especialista e emitido pela primeira vez após a data de início de vigência do microsseguro.

3.4. Não será aceito, para fins de comprovação do diagnóstico, laudo 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.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.2. Estão expressamente excluídos desta cobertura, os eventos descritos na Cláusula 6 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais.

5. CARÊNCIA

5.1. O período de carência para esta cobertura será de 90 (noventa) dias contados da data do início de vigência do seguro, e estará indicada no bilhete de microsseguro.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido no bilhete de microsseguro, respeitado o valor máximo estabelecido no normativo em vigor e será pago de uma única vez.

7. DATA DO EVENTO

7.1. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do diagnóstico da doença grave coberta ou a data da realização do transplante de um dos órgãos indicados no subitem 3.2.6 da Cláusula 3 – RISCOS COBERTOS desta condição especial.

7.2. Os procedimentos de **Quimioterapia e/ou Radioterapia,** considera-se como data do evento a data da prescrição médica do tratamento de quimioterapia e/ou radioterapia, nos moldes do subitem 3.2.7 da Cláusula 3 – RISCOS COBERTOS, desta condição especial.

8. BENEFICIÁRIO

8.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será o próprio segurado.

9. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

9.1. Para a análise e regulação de sinistro, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:

a) Formulário “Aviso de Sinistro” com informações gerais, todos os campos preenchidos e assinado pelo segurado ou pelo seu representante legal;
b) Cópias do RG – Registro Geral ou do RNE – Registro Nacional para Estrangeiros e do CPF – Cadastro de Pessoa Física 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 indenização previstos para a cobertura pleiteada.

9.2. As demais regras para análise e regulação de sinistros relacionadas a esta cobertura, bem como para pagamento do capital segurado estão indicados na Cláusula 16 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais.

9.3. Somente será pago capital segurado referente à primeira doença ou procedimento médico indicados no bilhete de microsseguro.

9.3.1. A regra acima não se aplica para quimioterapia e/ou radioterapia, subitem 3.2.7 da Cláusula 3 – RISCOS COBERTOS, desde que comunicada simultaneamente com a doença grave de Câncer prevista no subitem 3.2.1 da Cláusula 3 – RISCOS COBERTOS, desta condição especial.

9.4. O pagamento do capital segurado desta cobertura cancelará automaticamente o bilhete de microsseguro.

10. TÉRMINO DESTA COBERTURA

10.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA e 14 – TÉRMINO DA COBERTURA das condições gerais, esta cobertura termina nas seguintes situações:

a) Com o pagamento do capital segurado desta cobertura;
b) Com o pagamento do capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Ratificam-se as condições gerais que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas condições especiais.