

SEGURO DE PESSOAS INDIVIDUAL EVENTOS ALEATÓRIOS

Condições Gerais e Especiais

Versão 2.0

CNPJ 61.074.175/0001-38
Processo SUSEP nº 15414.901529/2014-61

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS	5
1. OBJETIVO DO SEGURO	5
2. GLOSSÁRIO	5
3. COBERTURAS DO SEGURO	9
4. RISCOS EXCLUÍDOS	10
5. FRANQUIA	11
6. CARÊNCIA	12
7. ÂMBITO GEOGRÁFICO	12
8. CONTRATAÇÃO DO SEGURO	12
9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	13
10. CAPITAIS SEGURADOS	13
11. DATA DO EVENTO	13
12. BENEFICIÁRIOS	13
13. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS	13
14. PAGAMENTO DO PRÊMIO	14
15. PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA	15
16. TÉRMINO DO SEGURO	16
17. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	17
18. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	18
19. PERDA DO DIREITO AO PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO	18
20. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	19
21. PRESCRIÇÃO	19
22. TRIBUTOS	19
23. FORO	19
24. DISPOSIÇÕES GERAIS	19
CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA BÁSICA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE – DIH-A	21
1. OBJETIVO DA COBERTURA	21
2. DEFINIÇÕES	21
3. RISCOS EXCLUÍDOS	21
4. CAPITAIS SEGURADOS	21

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	21
6. DATA DO EVENTO	22
7. FRANQUIA	22
8. BENEFICIÁRIOS	22
9. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL	22
10. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	22
11. DISPOSIÇÕES GERAIS	23

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA BÁSICA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA – DIH-AD..... 24

1. OBJETIVO DA COBERTURA	24
2. DEFINIÇÕES	24
3. RISCOS EXCLUÍDOS	24
4. CAPITAIS SEGURADOS	24
5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	25
6. DATA DO EVENTO	25
7. FRANQUIA	25
8. CARÊNCIA	25
9. BENEFICIÁRIOS	25
10. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL	26
11. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	26
12. DISPOSIÇÕES GERAIS	26

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA BÁSICA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR EVENTOS CIRÚRGICOS – DIH-EC..... 27

1. OBJETIVO DA COBERTURA	27
2. DEFINIÇÕES	27
3. RISCOS EXCLUÍDOS	27
4. CAPITAIS SEGURADOS	28
5. DATA DO EVENTO	29
6. FRANQUIA	29
7. CARÊNCIA	29
8. BENEFICIÁRIOS	29
9. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL	29
10. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	29

11. DISPOSIÇÕES GERAIS30

**CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR
EVENTOS CIRÚRGICOS DE ALTO CUSTO – DIH-EC-AC.....31**

1. OBJETIVO DA COBERTURA	31
2. DEFINIÇÕES	31
3. RISCOS COBERTOS	31
4. RISCOS EXCLUÍDOS	32
5. CAPITAIS SEGURADOS	32
6. DATA DO EVENTO	33
7. FRANQUIA	33
8. CARÊNCIA	33
9. BENEFICIÁRIOS	33
10. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL	33
11. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	34
12. DISPOSIÇÕES GERAIS	34

**CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPLEMENTAR POR EVENTOS CIRÚRGICOS – DIHC-EC35**

1. OBJETIVO DA COBERTURA	35
2. DEFINIÇÕES	35
3. RISCOS EXCLUÍDOS	35
4. CAPITAIS SEGURADOS	36
5. DATA DO EVENTO	37
6. FRANQUIA	37
7. CARÊNCIA	37
8. BENEFICIÁRIOS	37
9. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL	37
10. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	37
11. DISPOSIÇÕES GERAIS	38

**CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR
ACIDENTE UTI – DIH-A-UTI39**

1. OBJETIVO DA COBERTURA	39
2. DEFINIÇÕES	39

3. RISCOS EXCLUÍDOS	39
4. CAPITAIS SEGURADOS	39
5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	39
6. DATA DO EVENTO	40
7. FRANQUIA	40
8. BENEFICIÁRIOS	40
9. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL	40
10. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	40
11. DISPOSIÇÕES GERAIS	41

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA UTI – DIH-AD-UTI

1. OBJETIVO DA COBERTURA	42
2. DEFINIÇÕES	42
3. RISCOS EXCLUÍDOS	42
4. CAPITAIS SEGURADOS	42
5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	42
6. DATA DO EVENTO	43
7. FRANQUIA	43
8. CARÊNCIA	43
9. BENEFICIÁRIOS	43
10. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL	43
11. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	43
12. DISPOSIÇÕES GERAIS	44

CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

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

2. GLOSSÁRIO

2.1. **Aceitação:** é a aprovação da Proposta de Seguro apresentada pelo Segurado, Proponente, ou por intermédio de seu representante legal, e/ou pelo Corretor de Seguros, para a contratação do seguro.

2.2. **Acidente Pessoal:** 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 ou parcial, do segurado, ou incapacidade temporária que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

2.2.1. Incluem-se nesse conceito:

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

2.2.2. Excluem-se deste conceito:

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

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. **Aviso de Sinistro:** comunicação específica com a finalidade de dar conhecimento à seguradora da ocorrência do evento passível de cobertura.

- 2.5. Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada para receber os valores das indenizações, respeitada a Cobertura contratada, na hipótese de ocorrência do Sinistro.
- 2.6. Bilhete de Seguro:** é o documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação do risco e da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo segurado, substitui a apólice individual e dispensa o preenchimento de proposta, nos termos da legislação específica.
- 2.7. Atualização Monetária:** Aplicação de ajuste de valores de prêmio e capital segurado, com base em índice previamente estipulado.
- 2.8. 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.
- 2.9. Capital Segurado:** valor máximo para a cobertura contratada, vigente na data do evento coberto, a ser pago pela seguradora ao beneficiário.
- 2.10. Carência:** período 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.
- 2.11. Cirurgia:** procedimento médico realizado no segurado para fins terapêuticos, por um cirurgião, por meio de uma incisão ou videocirurgia, em hospital, com uso de anestésias geral, peridural ou outra necessária para a realização do procedimento. **Para efeito destas condições gerais, o procedimento médico deverá cumprir, obrigatoriamente, as seguintes exigências:**
- a) Ser realizado em um centro cirúrgico;**
 - b) O segurado deverá permanecer hospitalizado por, no mínimo, 48 (quarenta e oito) horas, contados do momento da internação;**
 - c) Ser indicado por médico cirurgião para o tratamento de doença ou lesão decorrente de acidente pessoal coberto ocorrido em até 90 (noventa) dias anteriores a data do procedimento.**
- 2.12. Cirurgião Habilitado:** profissional médico com especialidade em cirurgia geral, devidamente certificado pelo Conselho Regional de Medicina em sua especialidade.
- 2.13. Coberturas:** obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto, descritas nas condições contratuais, observados os riscos excluídos e as hipóteses de perda do direito às coberturas.
- 2.14. Comoriência:** presunção de morte simultânea, quando do falecimento de dois ou mais indivíduos na mesma ocasião, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro.
- 2.15. Cônjuge/Companheiro(a):** é 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.
- 2.16. Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação deste seguro, que englobam as Condições Gerais e as Condições Especiais.

- 2.17. Condições Especiais:** conjunto de disposições específicas relativas a cada modalidades de Cobertura de um mesmo seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.
- 2.18. Condições Gerais:** conjunto de cláusulas comuns a todas as coberturas de seguro.
- 2.19. Corretor de Seguros:** intermediário, seja pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado e legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguro. **O corretor de seguros responde de forma civil e regulatória pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência, no exercício da profissão.**
- 2.20. Culpa Grave:** conduta lesiva decorrente de negligência, imprudência ou imperícia do agente, cujo resultado final, embora involuntário, era previsível no momento da ação.
- 2.21. Dano Estético:** espécie de dano que se caracteriza por alteração duradoura ou permanente da aparência externa da pessoa, causando-lhe redução ou eliminação de padrão de beleza.
- 2.22. Câncer:** doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas que invadem os tecidos e órgãos. O termo Câncer também inclui leucemia e doenças malignas do sistema linfático. O diagnóstico deve ser confirmado por exame anatomopatológico conclusivo de malignidade por médico patologista.
- 2.23. Doença:** é toda e qualquer alteração da saúde do segurado, causada por ação direta ou indireta de agentes mórbidos, de origem interna ou externa em relação ao corpo humano, e que necessita de tratamento médico.
- 2.24. Doença Congênita:** é a alteração do estado de saúde fisiológico e/ou morfológico em alguma parte, órgão ou sistema do corpo humano que se originou durante o período de gestação, embora alguns se tornem evidentes durante ou após o nascimento.
- 2.25. Doenças ou Lesões Preexistentes:** são doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo segurado em data anterior a contratação do seguro, de seu prévio conhecimento, não declaradas na contratação do seguro.
- 2.26. Evento Coberto:** acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas garantias contempladas nestas Condições Gerais e ocorrido durante a vigência do seguro.
- 2.27. Endosso:** documento emitido pela Seguradora, durante a Vigência do Seguro, por meio do qual são formalizadas alterações do seguro contratado, de comum acordo entre a Seguradora e o Segurado.
- 2.28. Franquia:** período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o beneficiário não terá direito ao recebimento da indenização.
- 2.29. Hospital:** instituição legalmente autorizada pelo Ministério da Saúde, onde são realizados cuidados médicos, clínicos ou cirúrgicos, 24 (vinte e quatro) horas por dia. **Para efeito destas condições contratuais, não são hospitais: casa de saúde, ambulatórios, instituições para atendimento de deficientes mentais e/ou doentes psiquiátricos, centro de diagnóstico, centro de reabilitação, laboratórios, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescença para idosos ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool.**
- 2.30. Hospitalização:** corresponde à estadia contínua e superior a 48 (quarenta e oito) horas, em um hospital, desde que a mesma seja comprovada e justificada, por meio de cirurgia coberta e realizada, a partir do momento em que o segurado ingressar como paciente na entidade médica em questão.

-
- 2.31. Indenização:** valor a ser pago pela Seguradora quando da ocorrência de Evento Coberto, observada a dedução da Franquia e o(s) limite(s) da(s) cobertura(s) contratada(s).
- 2.32. Interrupção de prazo:** é a cessação da contagem de um prazo contratual ou legal. Quando o prazo é interrompido, ele se reinicia novamente após cessada a causa da interrupção.
- 2.33. IPCA:** Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.
- 2.34. Liquidação do sinistro:** Pagamento da indenização ao segurado ou ao(s) beneficiário(s), após a finalização da regulação do sinistro e conclusão de sinistro indenizável.
- 2.35. Internação Hospitalar:** permanência do segurado em hospital em regime de internação, indicada por profissional médico habilitado, com a finalidade de que o segurado realize tratamento clínico ou cirúrgico resultante de acidente pessoal coberto ou doença que não possa ser realizado em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.
- 2.36. Médico Assistente:** profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, de escolha do segurado, responsável pelo acompanhamento clínico e pelo diagnóstico do segurado.
- 2.37. Médico Especialista:** profissional que tenha conhecimento médico, e que esteja legalmente autorizado e devidamente certificado pelo Conselho Regional de Medicina, referente a sua especialidade.
- 2.38. Meios Remotos:** são aqueles meios que permitem a troca de 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, sistema de comunicação por satélite, etc.
- 2.39. Nota Técnica Atuarial:** Documento, elaborado por atuários da Seguradora, que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.
- 2.40. Parâmetros Técnicos:** Taxas estatísticas e puras utilizadas para a precificação do seguro, assim como outras premissas que podem impactar no risco, quando for o caso, como costumes e hábitos.
- 2.41. Prazo de Tolerância:** intervalo de tempo estabelecido nos documentos contratuais durante o qual, na ocorrência de evento coberto, o segurado inadimplente fará jus à cobertura, mediante a regularização do prêmio em atraso.
- 2.42. Prêmio:** importância fixada no Bilhete de Seguro e paga à Seguradora como contraprestação pela garantia do risco e do interesse legítimo do Segurado.
- 2.43. Prêmio Comercial:** valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos.
- 2.44. Prêmio Puro:** valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento e os impostos.
- 2.45. Premoriência:** morte de beneficiário antes do falecimento do segurado.
- 2.46. Proponente:** pessoa física ou jurídica interessada em contratar o seguro.
- 2.47. Regime Financeiro de Repartição Simples:** estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações

decorrentes dos eventos cobertos, ocorridos nesse período, não estando prevista a devolução ou o resgate de prêmios aos segurados e ao(s) beneficiário(s).

- 2.48. Regulação de Sinistro:** procedimento destinado à apuração das circunstâncias, causas e efeitos do Sinistro.
- 2.49. Relatório Médico:** documento na forma de relatório ou similar, preenchido por médico habilitado com a finalidade de registrar sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
- 2.50. Representante de Seguro:** pessoa jurídica que firma contrato de prestação de serviços com a seguradora para promover a venda de seguros.
- 2.51. Riscos Excluídos:** são os eventos indicados nas condições contratuais como riscos não cobertos pelo seguro.
- 2.52. Segurado:** pessoa física, com interesse segurável, sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 2.53. Seguradora:** empresa legalmente autorizada a comercializar seguro e que, mediante o recebimento de Prêmio, garante interesse legítimo do Segurado ou do Beneficiário, contra riscos predeterminados. Para o presente seguro, é a Mapfre Seguros Gerais S.A..
- 2.54. Sinistro:** ocorrência do evento coberto, previsto nas Condições Contratuais, durante o período de vigência do seguro.
- 2.55. Tratamento Cirúrgico:** atos cirúrgicos realizados no segurado durante a internação hospitalar, decorrentes de eventos cobertos.
- 2.56. Tratamento Clínico:** conjunto de ações de promoção, prevenção ou recuperação da saúde do segurado para enfermidades, acidentes ou lesões decorrentes de eventos cobertos, que exigem internações hospitalares, sem, contudo, implicar em algum tratamento cirúrgico.
- 2.57. Vigência do Seguro:** período de tempo fixado no Bilhete de Seguro, durante o qual está em vigor o seguro.

3. COBERTURAS DO SEGURO

- 3.1.** Este seguro permite a contratação das Coberturas listadas nesta Cláusula, respeitando as regras de conjugação indicadas e preestabelecidas pela Seguradora, conforme seus respectivos objetivos, Riscos Excluídos específicos, Capital Segurado e demais disposições determinadas nas respectivas Condições Especiais de cada Cobertura.
- 3.2.** As coberturas do Seguro são aquelas escolhidas pelo Proponente e discriminadas no Bilhete de Seguro.
- 3.3. Coberturas Básicas**
- a) Diária de Internação Hospitalar por Acidente – DIH–A
 - b) Diária de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença – DIH–AD
 - c) Diária de Internação Hospitalar por Eventos Cirúrgicos – DIH–EC
- 3.4. Coberturas Adicionais**
- a) Diária de Internação Hospitalar por Eventos Cirúrgicos de Alto Custo – DIH–EC–AC
 - b) Diária de Internação Hospitalar Complementar por Eventos Cirúrgicos – DIHC–EC
 - c) Diária de Internação Hospitalar por Acidente UTI – DIH–A–UTI

d) Diária de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença UTI – DIH–AD–UTI

- 3.5. As Coberturas Básicas de Diária de Internação Hospitalar por Acidente – DIH–A e Diária de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença – DIH–AD não podem ser contratadas em conjunto.
- 3.6. As Coberturas Adicionais de Diária de Internação Hospitalar por Acidente UTI – DIH–A–UTI e Diária de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença UTI – DIH–AD–UTI não podem ser contratadas em conjunto.
- 3.7. A Cobertura Adicional de Diária de Internação Hospitalar por Acidente UTI – DIH–A–UTI somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura Básica de Diária de Internação Hospitalar por Acidente – DIH–A.
- 3.8. A Cobertura Adicional de Diária de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença UTI – DIH–AD–UTI somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura Básica de Diária de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença – DIH–AD.
- 3.9. As Coberturas Adicionais de Diária de Internação Hospitalar por Eventos Cirúrgicos de Alto Custo – DIH–EC–AC e Diária de Internação Hospitalar Complementar por Eventos Cirúrgicos – DIHC–EC somente poderão ser contratadas em conjunto com a cobertura básica de Diária de Internação Hospitalar por Eventos Cirúrgicos – DIH–EC.
- 3.10. Aos menores de 14 (quatorze) anos, é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas.
- 3.11. As coberturas previstas nestas condições contratuais somente terão validade quando contratadas e expressamente previstas no bilhete de seguro.
- 3.12. A definição de cada uma das coberturas mencionadas nestas condições gerais, seus respectivos objetivos, seus riscos excluídos específicos, capital(is) segurado(s) e demais disposições estão determinados nas respectivas condições especiais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. **SÃO RISCOS EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS DO SEGURO, OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DIRETA OU INDIRETA:**
 - A) **DO USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, AINDA QUE OCORRIDOS EM TESTES, EXPERIÊNCIAS OU NO TRANSPORTE DE ARMAS E/OU PROJÉTEIS NUCLEARES, INCLUINDO EXPLOÇÃO NUCLEAR, PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA OU EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;**
 - B) **DE ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, CIVIL, GUERRILHA, HOSTILIDADES, REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO, OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES, EXCETO SE FOR COMPROVADO QUE O EVENTO TENHA DECORRIDO DO TRABALHO, DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MILITARES, DE ATOS HUMANITÁRIOS, DA UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE ARRISCADO OU DA PRÁTICA DESESPORTIVA;**
 - C) **NOS SEGUROS CONTRATADOS POR PESSOAS JURÍDICAS, DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS POR SÓCIOS CONTROLADORES, DIRIGENTES E ADMINISTRADORES, PELOS BENEFICIÁRIOS E PELOS RESPECTIVOS REPRESENTANTES;**
 - D) **DE DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO(S) BENEFICIÁRIO(S) OU PELO SEU REPRESENTANTE LEGAL DE UM OU DE OUTRO;**

- E) **INUNDAÇÃO, TUFÃO, FURACÃO, ERUPÇÃO VULCÂNICA, TEMPESTADE, TERREMOTO, MOVIMENTO SÍSMICO OU MOVIMENTOS DE TERRA EM GERAL;**
- F) **PERTURBAÇÕES E INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE;**
- G) **EVENTOS EM QUE O SEGURADO TENHA INTENCIONALMENTE ATENTADO CONTRA A VIDA E INTEGRIDADE FÍSICA DE OUTREM, CONSUMADO OU NÃO, EXCETO EM CASO DE LEGÍTIMA DEFESA OU ASSISTÊNCIA À PESSOA EM PERIGO;**
- H) **DE ACIDENTES OCORRIDOS EM DATA ANTERIOR À CONTRATAÇÃO DO SEGURO;**
- I) **DA TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS, OCORRIDOS ANTES DE COMPLETADOS 2 (DOIS) ANOS ININTERRUPTOS DE VIGÊNCIA INICIAL DE CADA COBERTURA DO SEGURO, CONTADOS DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DA RESPECTIVA COBERTURA OU, AINDA, DA SOLICITAÇÃO DE AUMENTO DE CAPITAL SEGURADO, OU AINDA, DA SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO DE COBERTURA. NESTAS HIPÓTESES, A EXCLUSÃO SOMENTE SE APLICA À DIFERENÇA DO CAPITAL SEGURADO AUMENTADO OU À COBERTURA INCLUÍDA;**
- J) **PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO EM COMPETIÇÕES ILEGAIS EM AERONAVES, EMBARCAÇÕES E VEÍCULOS A MOTOR, INCLUSIVE TREINOS PREPARATÓRIOS;**
- K) **ACIDENTE QUANDO O SEGURADO ESTIVER CONDUZINDO VEÍCULO AUTOMOTOR, AERONAVE OU EQUIPAMENTO SEM A DEVIDA APTIDÃO, HABILIDADE OU HABILITAÇÃO ESPECÍFICA E TENHA DADO CAUSA AO SINISTRO;**
- L) **VIAGENS EM AERONAVES OU EMBARCAÇÕES: QUE NÃO POSSUAM AUTORIZAÇÃO EM VIGOR DAS AUTORIDADES COMPETENTES PARA VOO OU NAVEGAÇÃO; DIRIGIDAS POR PILOTOS NÃO LEGALMENTE HABILITADOS; QUE, SENDO OFICIAIS MILITARES, NÃO ESTEJAM PRESTANDO SERVIÇO MILITAR;**
- M) **PROCEDIMENTOS E/OU TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS PARA ESTERILIDADE, INFERTILIDADE, INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL, IMPOTÊNCIA SEXUAL, CONTROLE DE NATALIDADE E MUDANÇA DE SEXO, BEM COMO SUAS CONSEQUÊNCIAS;**
- N) **DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO NÃO NECESSÁRIAS PARA O EFETIVO TRATAMENTO MÉDICO, TAIS COMO, MAS NÃO SE LIMITANDO A, ESPERA PARA A REALIZAÇÃO DE CIRURGIA; DISPONIBILIDADE PARA EXAMES DE DIAGNOSE; REPOUSO; INTERNAÇÃO COM A FINALIDADE EXCLUSIVA DE REALIZAÇÃO DE EXAMES DE QUALQUER NATUREZA PARA FINS DE AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE, INCLUSIVE CHECK-UP; INTERNAÇÃO PARA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS;**
- O) **DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES CONTRAÍDAS EM DATA ANTERIOR À DATA DA CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO PRÉVIO DO SEGURADO OU QUE O OBRIGUE A FAZER ACOMPANHAMENTO MÉDICO, OU USO DE MEDICAMENTO DE FORMA CONTINUADA, OU TRATAMENTO EM REGIME HOSPITALAR, PRESCRITOS POR MÉDICOS, EM PERÍODO CUJOS EFEITOS PERSISTAM ATÉ A DATA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO, E NÃO TENHAM SIDO DECLARADAS QUANDO DA CONTRATAÇÃO DO SEGURO;**
- P) **ACIDENTES, FERIMENTOS OU DOENÇA DECORRENTES DE ATIVIDADES OU COMPORTAMENTOS DE RISCO, TAIS COMO:**
 - 1) **PARTICIPAR EM ATOS DE GUERRA, REBELIÃO, BRIGAS, ENQUANTO O SEGURADO É O PROVOCADOR, ATOS CRIMINOSOS, MOTIM, REVOLUÇÃO OU SITUAÇÕES DE GUERRA;**
 - 2) **PARTICIPAR ILEGALMENTE DE CORRIDAS AUTOMOBILÍSTICAS, A CAVALO OU DE BICICLETA, BEM COMO TESTES OU COMPETIÇÕES DE VELOCIDADE, SEGURANÇA OU RESISTÊNCIA;**
 - 1) **DIRIGIR MOTOCICLETAS E/OU VEÍCULOS SEMELHANTES, SEJAM AQUÁTICOS, AÉREOS OU TERRESTRES NAS SITUAÇÕES:**
 - A) **DIRIGIDOS POR MOTORISTAS/PILOTOS, INCLUSIVE O SEGURADO, NÃO LEGALMENTE HABILITADOS;**
 - B) **VEÍCULOS OFICIAIS OU MILITARES QUE NÃO SE DESTINEM AO TRANSPORTE DE PASSAGEIROS OU AUTORIDADES;**
 - C) **NÃO POSSUAM AUTORIZAÇÃO DOS ÓRGÃOS COMPETENTES PARA CONDUÇÃO, VOO OU NAVEGAÇÃO, EM VIGOR; E**
 - 3) **D) QUANDO CONSTATADO QUALQUER ATO ILÍCITO PRATICADO PELO SEGURADO,**

-
- ENVOLVENDO A UTILIZAÇÃO DO VEÍCULO;**
- 4) VIAJAR EM AERONAVES NÃO PERTENCENTES A COMPANHIAS AÉREAS COMERCIAIS AUTORIZADOS A TRANSPORTAR PASSAGEIROS COM ITINERÁRIOS FIXOS, QUER COMO UM PASSAGEIRO, TRIPULAÇÃO OU MECÂNICO; E**
- Q) DE ATOS DOLOSOS, PRATICADOS PELO SEGURADO OU SEU REPRESENTANTE, DECORRENTES DE VIOLAÇÃO DE LEIS OU NORMAS DE EMBARGOS OU SANÇÕES ECONÔMICAS OU COMERCIAIS, QUE REPRESENTEM NEXO CAUSAL COM O EVENTO GERADOR DO SINISTRO.**

4.2. EXCLUSÃO PARA ATOS TERRORISTAS

- 4.2.1. NÃO ESTARÃO COBERTOS OS DANOS E AS PERDAS CAUSADOS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATO TERRORISTA, CABENDO À SEGURADORA COMPROVÁ-LO COM DOCUMENTAÇÃO HÁBIL, ACOMPANHADA DE LAUDO CIRCUNSTANCIADO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTE DE SEU PROPÓSITO, E DESDE QUE ESTE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATENTATÓRIO À ORDEM PÚBLICA PELA AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE.**

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

5. FRANQUIA

- 5.1. As franquias, quando aplicadas, para as coberturas contratadas estarão indicadas nas condições especiais de cada cobertura e constarão no bilhete de seguro.**

6. CARÊNCIA

- 6.1. As carências, quando aplicadas, para as coberturas contratadas estarão indicadas nas condições especiais de cada cobertura e constarão no bilhete de seguro.**
- 6.2. Não haverá carência para os eventos decorrentes de acidentes pessoais cobertos, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, ocorrido nos primeiros 2 (dois) anos da data de adesão ao seguro, ou da data de recondução depois de suspenso, ou, ainda, da data do aumento do capital segurado, em caso de sua alteração na vigência do seguro.**

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 7.1. Este seguro abrange os eventos ocorridos em território nacional.**

8. FORMA DE CONTRATAÇÃO E ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 8.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.**
- 8.2. Somente poderão ser aceitas no seguro as pessoas físicas que, na data da contratação do seguro, estejam em condições normais de saúde e atendam aos demais critérios de aceitação estabelecidos pela seguradora.**
- 8.3. A contratação do seguro será feita mediante solicitação verbal do interessado, seguida da emissão de bilhete de seguro.**
- 8.4. Admite-se a contratação com a utilização de meios remotos.**

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

8.6. **É vedada a contratação do seguro por meio de procuração.**

9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

9.1. O prazo de vigência estará indicado no bilhete de seguro e obedecerá ao prazo mínimo de 12 (doze) meses.

9.2. O início de vigência das coberturas contratadas será a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de pagamento do prêmio, e seu término será às 24 (vinte e quatro) horas da data indicada no bilhete de seguro.

9.3. **Este seguro não admite renovação. Não haverá devolução dos prêmios pagos, exceto nas situações do exercício do Direito de Arrependimento do segurado, nos moldes do item 8.6 da Cláusula 8 – CONTRATAÇÃO DO SEGURO, e quando o segurado solicitar o cancelamento do seguro, conforme o item 16.2 da Cláusula 16 – TÉRMINO DO SEGURO.**

10. CAPITAIS SEGURADOS

10.1. **O capital segurado da cobertura contratada será o valor da diária estabelecido no Bilhete de Seguro, observados os limites dispostos nas condições especiais.**

10.1.1. **A indenização será paga de uma única vez e será calculada após a regulação do sinistro considerando o período em que o segurado esteve internado em hospital, a contar do 1º (primeiro) dia de internação até a data da alta médica, respeitadas as condições contratuais.**

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

11. DATA DO EVENTO

11.1. A data do evento de cada uma das coberturas será definida nas respectivas condições especiais.

12. BENEFICIÁRIOS

12.1. O beneficiário será o próprio segurado, ainda que assistido ou representado, na forma da lei.

13. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS

13.1. Quando a vigência do seguro for superior a 1 (um) ano, os capitais segurados e os prêmios serão atualizados monetariamente anualmente, na data de aniversário da contratação do Bilhete de Seguro, com base na variação positiva do IPCA/IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

13.2. Para o fator de atualização será utilizado o índice acumulado do IPCA/IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística dos últimos 12 (doze) meses que antecedem 2 (dois) meses ao aniversário do bilhete de seguro.

13.3. Em caso de extinção do IPCA/IBGE, a atualização monetária de que trata os itens 13.1 e 13.2 será feita pelo índice de INPC/IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

13.3.1. Os valores devidos a título de devolução de prêmio sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice estabelecido no item 13.1 desta cláusula, a partir da data em que se tornarem exigíveis:

- a) No caso de Cancelamento do Contrato:** a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da seguradora; e
- b) No caso de Recebimento Indevido de Prêmio:** a partir da data de recebimento do respectivo prêmio.

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

13.4. Caso haja atraso no pagamento do capital segurado relativa ao evento coberto, a importância devida pela seguradora será atualizada com base na variação positiva do IPCA/IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, desde a data do evento até a data do efetivo pagamento feito pela seguradora, acrescida de multa de 2% (dois por cento) sobre o montante devido e de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados “Pro Rata Temporis” contados à partir do 1º (primeiro) dia útil posterior ao término do prazo máximo para pagamento da indenização.

13.5. A atualização monetária será efetuada com base na variação 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.

13.6. Em caso de extinção do IPCA/IBGE, a atualização monetária de que trata este item será feita pelo índice de INPC/IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

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

14. PAGAMENTO DO PRÊMIO

14.1. O Prêmio deste Seguro é periódico e seu valor inicial será determinado quando da contratação do seguro, em função da idade do Segurado, das Coberturas contratadas, do Capital Segurado e da periodicidade de pagamento do Prêmio, definidos no Bilhete de Seguro.

14.2. A periodicidade de pagamento do prêmio poderá ser em parcela mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual, podendo este último ser em parcela única “à vista” ou parcelado. A opção de periodicidade será determinada no bilhete de seguro.

14.3. A forma de pagamento do prêmio será estabelecida no bilhete de seguro obedecendo à escolha do segurado e deverá ser pago obrigatoriamente através da rede bancária ou outras formas admitidas em lei.

14.4. A data-limite para pagamento do prêmio será a data de vencimento expressa no respectivo documento de cobrança.

14.4.1. Caso a data estabelecida para pagamento do prêmio de seguro corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o segurado poderá efetuar o pagamento do prêmio no 1º (primeiro) dia útil subsequente em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas coberturas, e sem acréscimo de valor.

14.5. 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.

14.6. A FALTA DE PAGAMENTO DE QUALQUER UMA DAS PARCELAS SUBSEQUENTES À PRIMEIRA NO PRAZO DEVIDO ACARRETERÁ A COBRANÇA DO PRÊMIO VENCIDO ACRESCIDO DE MULTA DE 2% E JUROS DE MORA CONFORME PREVISTO NA CLÁUSULA 13 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS, SENDO APLICADO AINDA O DISPOSTO NA CLÁUSULA 15 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO E NA CLÁUSULA 19 – PERDA DO DIREITO AO PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO .

14.7. Caso o sinistro ocorra dentro do prazo de tolerância para pagamento do prêmio, conforme descrito na Cláusula 15 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, o direito à cobertura não ficará prejudicado se for realizado dentro do prazo.

14.8. NÃO HAVERÁ DEVOLUÇÃO OU RESGATE DE PRÊMIOS NO SEGURO, RESPEITADA A VIGÊNCIA DOS PRÊMIOS PAGOS, EM CASO DE CANCELAMENTO DO BILHETE DE SEGURO, CONFORME O DISPOSTO NAS CLAÚSULAS 15 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA e 16 – TÉRMINO DO SEGURO, destas condições gerais.

14.9. O pagamento do capital segurado da cobertura contratada fica condicionado à quitação do prêmio.

15. PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO

15.1. 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.

15.1.1. 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) respectivo(s) valor(es) devido(s) da indenização. Serão aplicados no(s) prêmio(s) devido(s) os encargos previstos na Cláusula 13 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS.

15.2. 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 ACARRETERÁ O CANCELAMENTO DO SEGURO.

15.3. 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.

15.4. 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.

15.5. O SEGURO SERÁ AUTOMATICAMENTE CANCELADO, SEM QUALQUER RESTITUIÇÃO DE PRÊMIO E EMOLUMENTOS:

15.5.1. QUANDO HOUVER FRAUDE OU TENTATIVA DE FRAUDE COMPROVADAMENTE PRATICADA PELO SEGURADO, SEU REPRESENTANTE LEGAL OU BENEFICIÁRIO NA CONTRATAÇÃO DO SEGURO OU DURANTE A SUA VIGÊNCIA, OU AINDA, PARA OBTENÇÃO OU PARA MAJORAÇÃO DA INDENIZAÇÃO;

15.5.2. NA OCORRÊNCIA DE QUAISQUER DAS SITUAÇÕES PREVISTAS NA CLÁUSULA 19 – PERDA DO DIREITO AO PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO, SALVO NOS CASOS EM QUE NÃO HAJA MÁ-FÉ E QUE A SEGURADORA OPTE PELA CONTINUIDADE DO SEGURO;

15.5.3. PELA INOBSERVÂNCIA DAS OBRIGAÇÕES CONVENCIONADAS NA CLÁUSULA 18 – OBRIGAÇÕES DO SEGURADO, INCLUSIVE QUANTO AO PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO;

15.5.4. NO FINAL DO PRAZO DE VIGÊNCIA DO BILHETE, SE ESTE NÃO FOR RENOVADO;

15.5.5. COM O PAGAMENTO TOTAL DO CAPITAL SEGURADO CONTRATADO, QUANDO A COBERTURA INDENIZADA PREVER, EM SUAS CONDIÇÕES ESPECIAIS, A EXTINÇÃO DO BILHETE CONTRATADO; e

15.5.6. COM O FALECIMENTO DO SEGURADO TITULAR.

16. TÉRMINO DO SEGURO

16.1. O seguro terminará, sem qualquer restituição de prêmio:

- a) Quando o segurado deixar de pagar o prêmio, nos termos da Cláusula 15 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA;**
- b) Quando terminar o período de vigência do bilhete de seguro;**
- c) Com a morte do segurado;**
- d) Se houver fraude ou tentativa de fraude comprovadamente praticada pelo segurado, seu representante legal ou beneficiário na contratação do seguro ou durante a sua vigência, ou ainda para a obtenção ou majoração da indenização;**
- e) Pela inobservância das obrigações convencionadas na Cláusula 18 – OBRIGAÇÕES DO SEGURADO, inclusive quanto ao pagamento do prêmio do seguro;**
- f) Imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas na Cláusula 20 – PERDA DO DIREITO AO PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO.**

17. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

17.1. REGULAÇÃO DE SINISTROS

17.1.1. 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 na Cláusula 17.2. e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s)

17.1.2. 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.

17.1.3. Uma vez cumprida pelo Segurado, Beneficiário ou representante legal de um ou de outro a obrigação de fornecer todos os documentos e informações previstas na Cláusula 17.2 e 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.

17.1.4. 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 na Cláusula 17.2 e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s).

17.1.4.1 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.

17.1.4.2 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.

17.4.3 A não entrega dos documentos básicos previstos na Cláusula 17.2 e 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.

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

17.4.6. Correrão por conta da Seguradora as despesas com a Regulação do Sinistro, salvo as realizadas para a apresentação dos documentos básicos previstos na Cláusula 17.2 e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s) e dos documentos complementares porventura solicitados.

17.4.7. 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.

17.4.8. 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.

17.1.9.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.

17.2. DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS PARA A REGULAÇÃO DE SINISTROS

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

17.2.1.1 Documentação para **qualquer evento**:

- a) Cópia do RG ou do RNE – Registro Nacional para Estrangeiros e do CPF do Segurado que sofreu o Sinistro. Caso o CPF conste na certidão de óbito ou certidão de nascimento, não há necessidade de envio do CPF apartado;
- b) Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado sinistrado e indicação de número de telefone (com DDD) da pessoa que abriu o Aviso de Sinistro (solicitante). Caso o Segurado não possua comprovante de residência em nome próprio, poderá encaminhar declaração simples assinada pelo solicitante, informando o local onde reside junto ao comprovante de endereço de terceiros;

- c) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado por cada um do(s) Beneficiário(s) individualmente, o qual será disponibilizado pela Seguradora; e
- d) Formulário de Autorização de Pesquisa Médica assinado pelo(s) Beneficiário(s), se cabível, o qual será disponibilizado pela Seguradora.

17.2.1.2 Em adição aos documentos descritos na Cláusula 17.2.1.1, exige-se a seguinte documentação para **evento decorrente de Acidente Pessoal**:

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

17.2.1.3 Além dos documentos descritos nas Cláusulas 17.2.1.1 e 17.2.1.2, o (s) **Beneficiário(s) indicado(s)** pelo Segurado, **além dos documentos descritos nos subitens**

16.2.1 e 16.2.2, deverá apresentar **também** os seguintes documentos:

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

17.2.2. Na falta de Beneficiário(s) indicado(s) pelo Segurado, o(s) Beneficiário(s) legal(is), além dos documentos descritos nas Cláusulas 17.2.1.1 e 17.2.1.2, deverão apresentar e enviar à Seguradora os seguintes documentos:

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

17.2.3. Adicionalmente aos documentos previstos nesta Cláusula, para análise e regulação do Sinistro é imprescindível a apresentação dos documentos relacionados na cláusula de REGULAÇÃO DE SINISTROS das Condições Especiais de cada uma das Coberturas contratadas.

17.2.4. Os menores de 18 (dezoito) anos e maiores de 16 (dezesseis) anos deverão ser assistidos/representados por seu representante legal, e os menores de 16 (dezesseis) anos deverão ser representados por seu representante legal, para a prática dos atos da vida civil, mediante apresentação de documentação comprobatória.

- 17.2.5. AS DESPESAS EFETUADAS COM A COMPROVAÇÃO DO SINISTRO E DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO CORRERÃO POR CONTA DO SEGURADO OU DE SEU(S) BENEFICIÁRIO(S), SALVO AS DIRETAMENTE REALIZADAS PELA SEGURADORA.**
- 17.2.6. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora proporá ao Segurado a constituição de junta médica, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação.**
- 17.2.7. A junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos 2 (dois) nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do Médico que tiver designado; e os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.**
- 17.2.1.1 Havendo divergência sobre a escolha do Médico desempatador, a designação será solicitada à entidade médica representativa da especialidade.
- 17.2.8. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro pelo Segurado.**
- 17.2.9. O NÃO COMPARECIMENTO DO MÉDICO INDICADO PELAS PARTES SERÁ REGISTRADO EM ATA PELOS MÉDICOS QUE COMPARECEREM. SE FICAR COMPROVADO QUE UMA DAS PARTES IMPEDIU INTENCIONALMENTE A REALIZAÇÃO DE NOVA JUNTA, ESTA DEVERÁ ARCAR INTEGRALMENTE COM AS DESPESAS DA NOVA CONSTITUIÇÃO, SALVO CONVENÇÃO EM CONTRÁRIO.**
- 17.2.10. A Seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica no Segurado a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.**
- 17.2.11. A perícia será efetuada por Médico designado pela Seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o Segurado.**
- 17.2.12. A Seguradora não aceitará que seja nomeado como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge/Companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, pagamento de Capital Segurado por parte da Seguradora.**
- 17.2.13. A RECUSA DO SEGURADO EM SE SUBMETER A REALIZAÇÃO DA JUNTA MÉDICA E/OU DA PERÍCIA MÉDICA ENSEJARÁ NO ARQUIVAMENTO ADMINISTRATIVO DO PROCESSO DE SINISTRO, SUSPENDENDO O PRAZO PREVISTO NO ITEM 16.16 ABAIXO, EM FACE DA IMPOSSIBILIDADE DA CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ, PODENDO SER REABERTO A QUALQUER TEMPO, CASO MUDE DE DECISÃO, OBSERVADO O PRAZO PRESCRICIONAL PREVISTO EM LEI.**
- 17.2.14. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda, da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de Cobertura estabelecido, atualizadas monetariamente pela Seguradora, quando da liquidação do Sinistro, nos termos da CLÁUSULA 13 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS das Condições Gerais do seguro.**
- 17.2.15. Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de Sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da Seguradora.**

17.3. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

17.3.1. 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.

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

17.3.1.2. O Segurado ou Beneficiário deverá apresentar à Seguradora, na forma do disposto na Cláusula 18 – OBRIGAÇÕES DO SEGURADO, todos os documentos previstos na Cláusula 16.2 e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s).

17.3.1.3. 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.

17.3.1.4. 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.

17.3.1.5. 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.

17.3.2. 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.

18. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

18.1. Sob pena de perder o direito a qualquer indenização, nos termos da CLÁUSULA 19 – PERDA DO DIREITO AO PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO, o Segurado, por si ou por seu representante legal, obriga-se a:

18.1.1. Prestar à Seguradora todas as informações necessárias à Aceitação do Risco e à fixação da taxa para cálculo do valor do Prêmio, de acordo com o questionário que lhe submeta a Seguradora;

18.1.2. Comunicar à Seguradora todo fato ou incidente suscetível de gerar relevante agravamento do risco coberto tão logo dele tome conhecimento;

18.1.3. Dar imediato aviso à Seguradora, por escrito, de todo e qualquer Sinistro, bem como de qualquer evento que possa vir a se caracterizar como tal, nos termos destas Condições Contratuais, tão logo dele tome conhecimento, através dos canais disponibilizados pela Seguradora e indicados no Bilhete de seguro;

18.1.4. Instruir o aviso de sinistro com todos os documentos comprobatórios, conforme Cobertura(s) acionada(s), bem como toda e qualquer informação relevante para o entendimento e regulação do sinistro pela Seguradora;

- 18.1.5.** Dar assistência à Seguradora e cooperar com a Regulação do Sinistro, fornecendo todas as informações e documentos solicitados, bem como autorizar a realização das diligências necessárias para apuração do sinistro.

19. PERDA DO DIREITO AO PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

- 19.1.** 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:

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

- 19.1.1.1.** 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.

- 19.1.2.** 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.

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

- 19.1.3.** 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.

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

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

- 19.1.3.2.1.** Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

- 19.2.1.2.2.** Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

- a) 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
- b) 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.

19.2.1.2.3. 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.

19.3. 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:

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

19.3.1.2. 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.

19.3.2. 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.

20. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

20.1.A reintegração, quando aplicada, para as coberturas contratadas estará indicada nas condições especiais de cada cobertura.

21. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

21.1. A propaganda e a divulgação do seguro, por parte do representante de seguros e/ou do corretor, dependerão de autorização prévia, expressa, e de supervisão da seguradora, respeitadas rigorosamente as Condições Gerais, Condições Especiais e a Nota Técnica Atuarial submetidos à SUSEP.

22. PRESCRIÇÃO

22.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

23. TRIBUTOS

23.1. Todo e qualquer tributo será recolhido conforme legislação em vigor. Eventual(is) alteração(ões) será(ão) automaticamente aplicada(s) ao prêmio.

24. FORO

24.1. As questões judiciais, entre o segurado e a seguradora, serão processadas no foro do domicílio do segurado.

25. DISPOSIÇÕES GERAIS

25.1. Aos casos não previstos nas condições contratuais do seguro, serão aplicáveis leis, regulamentos e normas relacionados à matéria de seguros no Brasil.

25.2. A aceitação do seguro está sujeita à análise do risco.

-
- 25.3. O registro deste produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP.**
- 25.4. O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no site www.susep.gov.br.
- 25.5. Este plano de seguro foi estruturado em Regime Financeiro de repartição simples, sendo assim, não está prevista a devolução ou resgate de prêmio ao segurado.**
- 25.6. As condições contratuais deste produto protocolizadas pela seguradora junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número do processo constante do bilhete de seguro.

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA BÁSICA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE – DIH–A

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o pagamento do prêmio, o pagamento de indenização proporcional ao período de **internação hospitalar** do segurado, em decorrência exclusiva de **acidente pessoal coberto**, limitado ao número máximo de diárias contratado e estabelecido no bilhete de seguro, **observados os riscos excluídos, as hipóteses de perda do direito ao pagamento do capital segurado e as demais disposições contratuais.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. As definições aplicadas à presente cobertura estão indicadas na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. **Estão expressamente excluídos os riscos descritos nas Cláusulas 2 – GLOSSÁRIO, subitem 2.1.2 e 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais.**

4. CAPITAIS SEGURADOS

- 4.1. Para fins desta cobertura, os capitais segurados serão definidos conforme a Cláusula 10 – CAPITAIS SEGURADOS das condições gerais, respeitadas as seguintes regras:

- a) Valor por diária estabelecido no bilhete de seguro;
- b) Limite máximo de 45 (quarenta e cinco) diárias por evento; e
- c) Limite de 2 (dois) eventos cobertos por vigência.

- 4.2. **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 1º (primeiro) dia de internação até a data da alta médica, multiplicado pelo valor da diária contratada, respeitadas as condições contratuais.**

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

- 4.4. **O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.**

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após cada evento coberto, de acordo com as demais disposições desta cobertura, sem cobrança de prêmio adicional.

- 5.2. Serão consideradas como o mesmo evento as transferências de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.

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

5.3.1. Dessa forma, serão descontadas do total de diárias contratadas, as diárias da internação anterior, respeitando o limite máximo estabelecido no item 4.1 da Cláusula 4 – CAPITAIS SEGURADOS, desta condição especial.

6. DATA DO EVENTO

6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data da internação.

7. FRANQUIA

7.1. 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 seguro.

8. BENEFICIÁRIOS

8.1. O beneficiário será o próprio segurado.

9. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

9.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 14 – PAGAMENTO DO PRÊMIO, 15 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA e 16 – TÉRMINO DO SEGURO, das condições gerais, esta cobertura cessa:

- a) Com o pagamento de 2 (dois) eventos;
- b) Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

10. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. 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 próprio segurado, ou seu representante legal;
- b) Cópias do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, CPF – Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência do segurado;
- c) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- d) Cópia da CNH – Carteira Nacional de Habilitação (na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado);
- e) Relatório Médico, carimbado e assinado pelo médico que prestou o atendimento, com descrição das lesões sofridas pela vítima e constando detalhadamente o tipo de tratamento adotado, diagnósticos necessários, comprovando o período de internação;
- f) Alta hospitalar ou declaração de internação do Hospital, em que conste o CRM do médico responsável, com informação da hora e data da entrada e da alta médica;
- g) Todos os exames médicos realizados;
- h) Cópia da CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, se houver;
- i) No caso do segurado ser assistido ou representado, documento que comprove a condição de representante legal do solicitante;
- j) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante legal.

10.2. As demais regras para análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 17 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA BÁSICA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA – DIH-AD

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante pagamento do prêmio, o pagamento de indenização proporcional ao período de **internação hospitalar** do segurado, em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto, limitado ao número máximo de diárias contratada e estabelecido no bilhete de seguro, **observados os riscos excluídos, as hipóteses de perda do direito ao pagamento do capital segurado e as demais disposições contratuais.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. As definições aplicadas a presente cobertura estão indicadas na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura, além dos eventos descritos nas Cláusulas 2 – GLOSSÁRIO, subitem 2.1.2 e 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, os eventos relacionados ou ocorridos em consequência direta ou indireta de:
- a) Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, incluindo a gripe aviária, a meningite, a febre aftosa, bem como aquelas causadas por picadas de insetos, tais como a malária, a dengue, zika vírus, a febre chikungunya, dentre outras, não se limitando a elas;
 - b) Doenças decorrentes de sequestros e suas tentativas, a doença identificada como Acidente Vascular Cerebral – AVC, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente pessoal coberto;
 - c) Cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto;
 - d) Gravidez tópica ou ectópica, exceto parto ou aborto quando forem diretamente decorrentes de um acidente pessoal;
 - e) Cirurgia para correção de fimose;
 - f) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
 - g) Tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
 - h) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
 - i) Cirurgias plásticas (estéticas ou não);
 - j) Tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
 - k) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento e suas consequências;
 - l) Doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o “stress”.

4. CAPITAIS SEGURADOS

- 4.1. Para fins desta cobertura, os capitais segurados serão definidos conforme a Cláusula 10 – CAPITAIS SEGURADOS das condições gerais, respeitadas as seguintes regras:
- a) Valor por diária estabelecido no bilhete de seguro;
 - b) Limite máximo de 45 (quarenta e cinco) diárias por evento; e
 - c) Limite de 2 (dois) eventos cobertos por vigência.

-
- 4.2. 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 1º (primeiro) dia de internação até a data da alta médica, multiplicado pelo valor da diária contratada, respeitadas as condições contratuais.
- 4.3. É proibida a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares realizadas pelo segurado.
- 4.4. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após cada evento coberto, de acordo com as demais disposições desta cobertura, sem cobrança de prêmio adicional.
- 5.2. Serão consideradas como o mesmo evento as transferências de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.
- 5.3. As internações que tenham por origem o mesmo acidente ou doença serão consideradas como o mesmo evento coberto, exceto quando o intervalo entre essas ocorrências for superior a 12 (doze) meses.
- 5.3.1. Dessa forma serão descontadas do total de diárias contratadas, as diárias da internação anterior, respeitando o limite máximo estabelecido no item 4.1 da Cláusula 4 – CAPITAIS SEGURADOS, desta condição especial.

6. DATA DO EVENTO

- 6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data da internação.

7. FRANQUIA

- 7.1. 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 seguro.

8. CARÊNCIA

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

9. BENEFICIÁRIOS

- 9.1. O beneficiário será o próprio segurado.

10. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 10.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 14 – PAGAMENTO DO PRÊMIO, 15 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA e 16 – TÉRMINO DO SEGURO, das condições gerais, esta cobertura cessa:
- a) Com o pagamento de 2 (dois) eventos;

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

11. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

11.1. 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 próprio segurado, ou seu representante legal;
- b) Cópias do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, CPF – Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência do segurado;
- c) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- d) Cópia da CNH – Carteira Nacional de Habilitação (na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado);
- e) Relatório Médico, carimbado e assinado pelo médico que prestou o atendimento, com descrição das lesões sofridas pela vítima e constando detalhadamente o tipo de tratamento adotado, diagnósticos necessários, comprovando o período de internação;
- f) Alta hospitalar ou declaração de internação do Hospital, em que conste o CRM do médico responsável, com informação da hora e data da entrada e da alta médica;
- g) Todos os exames médicos realizados;
- h) Cópia da CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, se houver;
- i) No caso do segurado ser assistido ou representado, documento que comprove a condição de representante legal do solicitante;
- j) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante legal.

11.2. As demais regras para análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 17 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA BÁSICA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR EVENTOS CIRÚRGICOS – DIH-EC

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante pagamento do prêmio, o pagamento de indenização proporcional ao período de **internação hospitalar** do segurado, para realização de cirurgia indicada pelo médico cirurgião, **em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto**, ocorridos durante o período de vigência do seguro, limitado ao número máximo de diárias contratadas e estabelecido no bilhete de seguro, **observados os riscos excluídos, as hipóteses de perda do direito ao pagamento do capital segurado e as demais disposições contratuais.**
- 1.2. As cirurgias deverão ser realizadas por cirurgião habilitado, devendo o segurado permanecer hospitalizado por, no mínimo, 48 (quarenta e oito) horas contados a partir do horário inicial de sua internação hospitalar para a realização do procedimento cirúrgico.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. As definições aplicadas a presente cobertura estão indicadas na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura, além dos eventos descritos nas Cláusulas 2 – GLOSSÁRIO, subitem 2.1.2 e 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, as cirurgias relacionadas ou realizadas em consequência direta ou indireta de:
- a) Procedimentos endovasculares cerebrais;
 - b) Válvulas cardíacas;
 - c) Cirurgia de bolhas subpleurais;
 - d) Colecistite aguda, colecistopatia crônica calculosa, cálculos biliares, cálculos da vesícula biliar, colelitíase;
 - e) Cirurgia para obesidade de qualquer tipo;
 - f) Hemorróidas, fissuras anais e prolapso retal;
 - g) Doença Diverticular dos Cólon;
 - h) Qualquer hérnia da parede abdominal, hérnia umbilical e hérnia inguinal, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;
 - i) Tumores histologicamente descritos como benigno, pré-maligno, potencialmente maligno, baixa malignidade ou não invasivo;
 - j) Qualquer lesão descrita como carcinoma “in situ” (tumor Tis pela Classificação TNM vigente);
 - k) Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC1, NIC2 e NIC3);
 - l) Qualquer tipo de mioma, sangramento uterino disfuncional, prolapso uterino;
 - m) Qualquer tipo de tumor benigno ou nódulos nas mamas;
 - n) Amígdalas;
 - o) Adenóide;
 - p) Hérnias de disco e cirurgias da coluna vertebral, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;
 - q) Prolapso da bexiga (cistocele) e prolapso do reto (retocele);
 - r) Hidrocele, varicocele, espermatocele;
 - s) Hiperplasia prostática benigna;
 - t) Cálculos urinários, nos rins, ureteres, uretra ou bexiga;

- u) Tireoidectomia por bócio ou nódulo tireoidiano;
- v) Internação para realizar biópsias que exija período de permanência hospitalar inferior ao mínimo de 48h;
- w) Qualquer tipo de cirurgia ou procedimentos relacionados a transplantes de órgãos, exceto os de coração, fígado, pulmão, pâncreas e medula óssea, que perfazem os órgãos com cobertura de transplante;
- x) Doenças congênitas;
- y) Cesariana, parto e/ou curetagem, exceto quando decorrente de acidente pessoal coberto;
- z) Disfunção sexual, controle de natalidade, fertilidade, esterilidade, doença venérea ou Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST;
- aa) Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS e/ou causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV;
- bb) Quaisquer intervenções estéticas ou cosméticas;
- cc) Cirurgias plásticas reconstrutivas e/ou reparadoras, exceto aquelas resultantes de um acidente ocorrido durante a vigência do seguro;
- dd) Intervenções dentárias, alveolar ou gengival ou extração dentária;
- ee) Calvície;
- ff) Diálise ou insuficiência renal;
- gg) Miopia, astigmatismo, presbiopia, hipermetropia ou catarata;
- hh) Nariz e/ou seios nasais, desvio de septo, sinusite;
- ii) Cirurgias de artrose de qualquer articulação;
- jj) Atendimento ou quaisquer cirurgias ambulatoriais;
- kk) Procedimentos experimentais ou que não estão previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia.

4. CAPITAIS SEGURADOS

- 4.1. Para fins desta cobertura, os capitais segurados serão definidos conforme a Cláusula 10 – CAPITAIS SEGURADOS das condições gerais, respeitadas as seguintes regras:
- a) Valor por diária estabelecido no bilhete de seguro;
 - b) Limite máximo de 45 (quarenta e cinco) diárias por evento; e
 - c) Limite de 2 (dois) eventos cobertos por vigência, **respeitadas as condições previstas no item 4.5 abaixo.**
- 4.2. 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 1º (primeiro) dia de internação até a data da alta médica, multiplicado pelo valor da diária contratada, respeitadas as condições contratuais.
- 4.3. É proibida a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares realizadas pelo segurado.
- 4.4. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.
- 4.5. Estarão cobertos até 2 (dois) eventos cirúrgicos por vigência do seguro, desde que não exista qualquer relação entre eles, e que entre esses eventos seja observado um prazo mínimo de 3 (três) meses.
- 4.6. Serão consideradas como o mesmo evento as transferências de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.
- 4.7. As internações que tenham por origem o mesmo acidente ou doença serão consideradas como o mesmo evento coberto.

5. DATA DO EVENTO

5.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data da cirurgia.

6. FRANQUIA

6.1. O período de franquia, para esta cobertura, será de 48 (quarenta e oito) horas, contados a partir do horário inicial da internação hospitalar do segurado, para a realização da cirurgia, e estará indicado no bilhete de seguro.

7. CARÊNCIA

7.1. O período de carência, para esta cobertura, para os eventos decorrentes de doenças, será de 90 (noventa) dias, contados a partir do início de vigência do seguro, e estará indicado no bilhete de seguro.

8. BENEFICIÁRIOS

8.1. O beneficiário será o próprio segurado.

9. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

9.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 14 – PAGAMENTO DO PRÊMIO, 15 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA e 16 – TÉRMINO DO SEGURO, das condições gerais, esta cobertura cessa:

- a) Com o pagamento de 2 (dois) eventos;
- b) Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

10. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. 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 segurado ou seu representante legal;
- b) Cópias do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e do comprovante de residência do segurado;
- c) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante legal;
- d) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- e) Cópia da CNH – Carteira Nacional de Habilitação (na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado);
- f) Todos os exames médicos realizados, inclusive os pré-operatórios, quando necessário;
- g) Relatório médico, carimbado e assinado pelo médico que realizou a cirurgia, com o motivo detalhado da intervenção cirúrgica, comprovando o período de internação;
- h) Laudo da cirurgia realizada.

10.2. As demais regras para análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 17 –

REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 11.1. Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR EVENTOS CIRÚRGICOS DE ALTO CUSTO – DIH-EC-AC

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o pagamento do prêmio adicional, o pagamento de indenização adicional a cobertura básica de Diária de Internação Hospitalar por Eventos Cirúrgicos – DIH-EC, que corresponderá ao valor de 1 (uma) diária, desde que tenha sido realizado uma das cirurgias cobertas, conforme descrita na Cláusula 3 – RISCOS COBERTOS desta cobertura adicional, indicada pelo médico cirurgião, **em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto**, ocorridos durante o período de vigência do seguro, **observados os riscos excluídos, as hipóteses de perda do direito ao pagamento do capital segurado e as demais disposições contratuais**.
- 1.2. As cirurgias deverão ser realizadas por cirurgião habilitado, devendo o segurado permanecer hospitalizado por no mínimo 48 (quarenta e oito) horas contadas a partir do horário inicial de sua internação hospitalar para a realização do procedimento.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. As definições aplicadas a presente cobertura estão indicadas na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. Estarão cobertas por esta cobertura, as cirurgias abaixo relacionadas:
- 3.1.1. **Cirurgia Neurológica:** aquela realizada com a abertura cirúrgica do crânio (craniotomia), com o objetivo de reparar uma ruptura de aneurisma intracraniano, ou a remoção de, no mínimo, um lobo completo do cérebro, e que seja indicado por um médico neurocirurgião como sendo o tratamento mais adequado e necessário para o segurado.
- 3.1.2. **Cirurgia de Revascularização do Miocárdio:** cirurgia cardíaca de peito aberto, que inclui a esternotomia, indicada pelo médico cirurgião cardíaco como o tratamento mais adequado para corrigir a obstrução ou estreitamento de uma ou mais artérias coronárias.
- 3.1.3. **Cirurgia de Pulmão:** é a remoção cirúrgica de pelo menos um lobo do pulmão que deve ser considerada como o tratamento mais adequado por um médico cirurgião torácico.
- 3.1.4. **Cirurgia do Aparelho Digestivo:** é a remoção cirúrgica parcial ou total de órgãos do aparelho digestivo incluindo esôfago, estômago, pâncreas, intestino delgado, intestino grosso e reto, sendo que este tratamento cirúrgico deverá ter sido indicado por um cirurgião geral ou cirurgião do aparelho digestivo como o tratamento mais apropriado para o segurado.
- 3.1.5. **Cirurgia para Câncer de Mama, Útero e Próstata:** é o tratamento cirúrgico indicado pelo Mastologista, Urologista ou Cirurgião Oncológico como o mais adequado e necessário para parar a propagação do câncer através da remoção completa da mama, útero ou da próstata.
- 3.1.6. **Cirurgia para Queimados:** cirurgia de enxerto de pele (do próprio segurado ou do banco de pele), indicada pelo médico Cirurgião Plástico reconstrutivo, como o mais adequado para o tratamento de queimaduras de terceiro grau (aquelas que afetam todas as camadas da pele e dos músculos, tendões e/ou ossos), que no mesmo evento atinja pelo menos 20% (vinte por cento) da superfície total do corpo.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura, além dos eventos descritos nas Cláusulas 2 – GLOSSÁRIO, subitem 2.1.2 e 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, as cirurgias relacionadas ou realizadas em consequência direta ou indireta de:
- a) Procedimentos endovasculares cerebral;
 - b) Cirurgia para obesidade de qualquer tipo;
 - c) Hemorroidas, fissuras anais e prolapso retal;
 - d) Doença Diverticular dos Cóloons;
 - e) Qualquer hérnia da parede abdominal, hérnia umbilical e hérnia inguinal, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;
 - f) Tumores histologicamente descritos como benigno, pré-maligno, potencialmente maligno, baixa malignidade ou não invasivo;
 - g) Qualquer lesão descrita como carcinoma “in situ” (tumor Tis pela Classificação TNM vigente);
 - h) Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC1, NIC2 e NIC3);
 - i) Qualquer tipo de mioma, sangramento uterino disfuncional, prolapso uterino;
 - j) Qualquer tipo de tumor benigno ou nódulos nas mamas;
 - k) Prolapso da bexiga (cistocele) e prolapso do reto (retocele);
 - l) Hiperplasia prostática benigna;
 - m) Internação para realizar biópsias que exija período de permanência hospitalar inferior ao mínimo de 48h;
 - n) Qualquer tipo de cirurgia ou procedimentos relacionados a transplantes de órgãos, exceto os de coração, fígado, pulmão, pâncreas e medula óssea, que perfazem os órgãos com cobertura de transplante;
 - o) Doenças congênitas;
 - p) Malformação arteriovenosa;
 - q) Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS e/ou causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV;
 - r) Quaisquer intervenções estéticas ou cosméticas;
 - s) Cirurgias plásticas reconstrutivas e/ou reparadoras, exceto aquelas resultantes de um acidente ocorrido durante a vigência do seguro;
 - t) Diálise ou insuficiência renal;
 - u) Atendimentos ou quaisquer cirurgias ambulatoriais;
 - v) Procedimentos experimentais ou que não estão previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia.

5. CAPITAIS SEGURADOS

- 5.1. Para fins desta cobertura, os capitais segurados serão definidos conforme a Cláusula 10 – CAPITAIS SEGURADOS das condições gerais, respeitadas as seguintes regras:
- a) Valor por diária estabelecido no bilhete de seguro;
 - b) Limite máximo de 45 (quarenta e cinco) diárias por evento; e
 - c) Limite de 2 (dois) eventos cobertos por vigência, **respeitadas as condições previstas no item 5.5 abaixo.**
- 5.2. 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 1º (primeiro) dia de internação até a data da alta médica, multiplicado pelo valor da diária contratada, respeitadas as condições contratuais.
- 5.3. É proibida a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares realizadas pelo segurado.

5.4. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

5.5. Estarão cobertos até 2 (dois) eventos cirúrgicos por vigência do seguro, desde que não exista qualquer relação entre eles, e que entre esses eventos seja observado um prazo mínimo de 3 (três) meses.

5.5.1. Para a Cirurgia de Queimados estará coberto apenas 1 (um) evento por vigência do seguro.

5.6. Serão consideradas como o mesmo evento as transferências de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.

5.7. As internações que tenham por origem o mesmo acidente ou doença serão consideradas como o mesmo evento coberto.

6. DATA DO EVENTO

6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data da cirurgia.

7. FRANQUIA

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

8. CARÊNCIA

8.1. O período de carência, para esta cobertura, para os eventos decorrentes de doenças, será de 90 (noventa) dias, contados a partir do início de vigência do seguro, e estará indicado no bilhete de seguro.

9. BENEFICIÁRIOS

9.1. O beneficiário será o próprio segurado.

10. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

10.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 14 – PAGAMENTO DO PRÊMIO, 15 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA e 16 – TÉRMINO DO SEGURO, das condições gerais, esta cobertura cessa:

a) Com o pagamento de 2 (dois) eventos;

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

11. REGULÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

11.1. 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 segurado ou seu representante legal;

b) Cópias do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de

-
- Pessoa Física e do comprovante de residência do segurado;
- c) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante legal;
 - d) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
 - e) Cópia da CNH – Carteira Nacional de Habilitação (na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado);
 - f) Todos os exames médicos realizados, inclusive os pré-operatórios, quando necessário;
 - g) Relatório médico;
 - h) Laudo da cirurgia realizada.

11.2. As demais regras para análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 17 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COMPLEMENTAR POR EVENTOS CIRÚRGICOS – DIHC–EC

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o pagamento do prêmio adicional, o pagamento de indenização adicional a cobertura básica de Diária de Internação Hospitalar por Eventos Cirúrgicos – DIH–EC, que corresponderá ao valor de 1 (uma) diária, desde que tenha sido realizada cirurgia indicada pelo médico cirurgião, **e amparada por aquela cobertura, em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto**, ocorridos durante o período de vigência do seguro, **observados os riscos excluídos, as hipóteses de perda do direito ao pagamento do capital segurado e as demais disposições contratuais.**
- 1.2. O segurado deverá permanecer hospitalizado por, no mínimo, 48 (quarenta e oito) horas, contadas a partir do horário inicial de sua internação hospitalar para a realização da cirurgia coberta pelo seguro.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. As definições aplicadas a presente cobertura estão indicadas na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura, além dos eventos descritos nas Cláusulas 2 – GLOSSÁRIO, subitem 2.1.2 e 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, as cirurgias relacionadas ou realizadas em consequência direta ou indireta de:
- a) Procedimentos endovasculares cerebrais;
 - b) Válvulas cardíacas;
 - c) Cirurgia de bolhas subpleurais;
 - d) Colecistite aguda, colecistopatia crônica calculosa, cálculos biliares, cálculos da vesícula biliar, colelitíase;
 - e) Cirurgia para obesidade de qualquer tipo;
 - f) Hemorróidas, fissuras anais e prolapso retal;
 - g) Doença Diverticular dos Cólon;
 - h) Qualquer hérnia da parede abdominal, hérnia umbilical e hérnia inguinal, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;
 - i) Tumores histologicamente descritos como benigno, pré-maligno, potencialmente maligno, baixa malignidade ou não invasivo;
 - j) Qualquer lesão descrita como carcinoma “in situ” (tumor Tis pela Classificação TNM vigente);
 - k) Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC1, NIC2 e NIC3);
 - l) Qualquer tipo de mioma, sangramento uterino disfuncional, prolapso uterino;
 - m) Qualquer tipo de tumor benigno ou nódulos nas mamas;
 - n) Amígdalas;
 - o) Adenóide;
 - p) Hérnias de disco e cirurgias da coluna vertebral, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;
 - q) Prolapso da bexiga (cistocele) e prolapso do reto (retocele);
 - r) Hidrocele, varicocele, espermatocelo;
 - s) Hiperplasia prostática benigna;
 - t) Cálculos urinários, nos rins, ureteres, uretra ou bexiga;
 - u) Tireoidectomia por bócio ou nódulo tireoidiano;

- v) Internação para realizar biópsias que exija período de permanência hospitalar inferior ao mínimo de 48h;
- w) Qualquer tipo de cirurgia ou procedimentos relacionados a transplantes de órgãos, exceto os de coração, fígado, pulmão, pâncreas e medula óssea, que perfazem os órgãos com cobertura de transplante;
- x) Doenças congênitas;
- y) Cesariana, parto e/ou curetagem, exceto quando decorrente de acidente pessoal coberto;
- z) Disfunção sexual, controle de natalidade, fertilidade, esterilidade, doença venérea ou Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST;
- aa) Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS e/ou causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV;
- bb) Quaisquer intervenções estéticas ou cosméticas;
- cc) Cirurgias plásticas reconstrutivas e/ou reparadoras, exceto aquelas resultantes de um acidente ocorrido durante a vigência do seguro;
- dd) Intervenções dentárias, alveolar ou gengival ou extração dentária;
- ee) Calvície;
- ff) Diálise ou insuficiência renal;
- gg) Miopia, astigmatismo, presbiopia, hipermetropia ou catarata;
- hh) Nariz e/ou seios nasais, desvio de septo, sinusite;
- ii) Cirurgias de artrose de qualquer articulação;
- jj) Atendimento ou quaisquer cirurgias ambulatoriais;
- kk) Procedimentos experimentais ou que não estão previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia.

4. CAPITAIS SEGURADOS

- 4.1. Para fins desta cobertura, os capitais segurados serão definidos conforme a Cláusula 10 – CAPITAIS SEGURADOS das condições gerais, respeitadas as seguintes regras:
- a) Valor por diária estabelecido no bilhete de seguro;
 - b) Limite máximo de 45 (quarenta e cinco) diárias por evento; e
 - c) Limite de 2 (dois) eventos cobertos por vigência, **respeitadas as condições previstas no item 4.5 abaixo.**
- 4.2. 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 1º (primeiro) dia de internação até a data da alta médica, multiplicado pelo valor da diária contratada, respeitadas as condições contratuais.
- 4.3. É proibida a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares realizadas pelo segurado.
- 4.4. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.
- 4.5. Estarão cobertos até 2 (dois) eventos cirúrgicos por vigência do seguro, desde que não exista qualquer relação entre eles, e que entre esses eventos seja observado um prazo mínimo de 3 (três) meses.
- 4.6. Serão consideradas como o mesmo evento as transferências de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.
- 4.7. As internações que tenham por origem o mesmo acidente ou doença serão consideradas como o mesmo **evento coberto.**

5. DATA DO EVENTO

5.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data da cirurgia.

6. FRANQUIA

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

7. CARÊNCIA

7.1. O período de carência, para esta cobertura, para os eventos decorrentes de doenças, será de 90 (noventa) dias, contados a partir do início de vigência do seguro, e estará indicado no bilhete de seguro.

8. BENEFICIÁRIOS

8.1. O beneficiário será o próprio segurado.

9. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

9.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 14 – PAGAMENTO DO PRÊMIO, 15 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA e 16 – TÉRMINO DO SEGURO, das condições gerais, esta cobertura cessa:

- a) Com o pagamento de 2 (dois) eventos;
- b) Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

10. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. 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 segurado ou seu representante legal;
- b) Cópias do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e do comprovante de residência do segurado;
- c) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante legal;
- d) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- e) Cópia da CNH – Carteira Nacional de Habilitação (na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado);
- f) Todos os exames médicos realizados, inclusive os pré-operatórios, quando necessário;
- g) Relatório médico;
- h) Laudo da cirurgia realizada.

10.2. As demais regras para análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 17 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 11.1. Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE UTI – DIH-A-UTI

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o pagamento do prêmio adicional, o pagamento de indenização proporcional ao período de **internação hospitalar** do segurado, em decorrência exclusiva de **acidente pessoal coberto**, limitado ao número máximo de diárias contratada e estabelecido no bilhete de seguro, **observados os riscos excluídos, as hipóteses de perda do direito ao pagamento do capital segurado e as demais disposições contratuais.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. As definições aplicadas a presente cobertura estão indicadas na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. **Estão expressamente excluídos os riscos descritos nas Cláusulas 2 – GLOSSÁRIO, subitem 2.1.2 e 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais.**

4. CAPITAIS SEGURADOS

- 4.1. Para fins desta cobertura, os capitais segurados serão definidos conforme a Cláusula 10 – CAPITAIS SEGURADOS das condições gerais, respeitadas as seguintes regras:
- Valor por diária estabelecido no bilhete de seguro;
 - Limite máximo de 45 (quarenta e cinco) diárias por evento; e
 - Limite de 2 (dois) eventos cobertos por vigência.
- 4.2. **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, na Unidade de Terapia Intensiva, a contar do 1º (primeiro) dia de internação até a data da alta médica, multiplicado pelo valor da diária contratada, respeitadas as condições contratuais.**
- 4.3. **É proibida a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares realizadas pelo segurado.**
- 4.4. **O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.**

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após cada evento coberto, de acordo com as demais disposições desta cobertura, sem cobrança de prêmio adicional.
- 5.2. Serão consideradas como o mesmo evento as transferências de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.
- 5.3. As internações que tenham por origem o mesmo acidente serão consideradas como o mesmo evento coberto, exceto quando o intervalo entre essas ocorrências for superior a 12 (doze) meses.

- 5.3.1. Dessa forma serão descontadas do total de diárias contratadas, as diárias da internação anterior, respeitando o limite máximo estabelecido no item 4.1 da Cláusula 4 – CAPITAIS SEGURADOS, desta

condição especial.

6. DATA DO EVENTO

6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data da internação.

7. FRANQUIA

7.1. 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 seguro.

8. BENEFICIÁRIOS

8.1. O beneficiário será o próprio segurado.

9. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

9.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 14 – PAGAMENTO DO PRÊMIO, 15 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA e 16 – TÉRMINO DO SEGURO, das condições gerais, esta cobertura cessa:

- a) Com o pagamento de 2 (dois) eventos;
- b) Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

10. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. 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 próprio segurado, ou seu representante legal;
- b) Cópias do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, CPF – Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência do segurado;
- c) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- d) Cópia da CNH – Carteira Nacional de Habilitação (na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado);
- e) Relatório Médico, carimbado e assinado pelo médico que prestou o atendimento, com descrição das lesões sofridas pela vítima e constando detalhadamente o tipo de tratamento adotado, diagnósticos necessários, comprovando o período de internação;
- f) Alta hospitalar ou declaração de internação do Hospital, em que conste o CRM do médico responsável, com informação da hora e data da entrada e da alta médica;
- g) Todos os exames médicos realizados;
- h) Cópia da CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, se houver;
- i) No caso do segurado ser assistido ou representado, documento que comprove a condição de representante legal do solicitante;
- j) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante legal.

10.2. As demais regras para análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 17 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 11.1. Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA UTI – DIH-AD-UTI

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante pagamento do prêmio adicional, o pagamento de indenização proporcional ao período de internação hospitalar do segurado, em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto, limitado ao número máximo de diárias contratada e estabelecido no bilhete de seguro, **observados os riscos excluídos, as hipóteses de perda do direito ao pagamento do capital segurado e as demais disposições contratuais.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. As definições aplicadas a presente cobertura estão indicadas na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. **APLICAM-SE AS MESMAS EXCLUSÕES MENCIONADAS NA CLÁUSULA 3 – RISCOS EXCLUÍDOS DA CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA – DIH-AD.**

4. CAPITAIS SEGURADOS

- 4.1. Para fins desta cobertura, os capitais segurados serão definidos conforme a Cláusula 10 – CAPITAIS SEGURADOS das condições gerais, respeitadas as seguintes regras:
- a) Valor por diária estabelecido no bilhete de seguro;
 - b) Limite máximo de 45 (quarenta e cinco) diárias por evento; e
 - c) Limite de 2 (dois) eventos cobertos por vigência.
- 4.2. **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, na Unidade de Terapia Intensiva, a contar do 1º (primeiro) dia de internação até a data da alta médica, multiplicado pelo valor da diária contratada, respeitadas as condições contratuais.**
- 4.3. **É proibida a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares realizadas pelo segurado.**
- 4.4. **O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.**

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após cada evento coberto, de acordo com as demais disposições desta cobertura, sem cobrança de prêmio adicional.
- 5.2. Serão consideradas como o mesmo evento as transferências de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.
- 5.3. As internações que tenham por origem o mesmo acidente ou doença serão consideradas como o mesmo evento coberto, exceto quando o intervalo entre essas ocorrências for superior a 12 (doze) meses.

- 5.3.1.** Dessa forma serão descontadas do total de diárias contratadas, as diárias da internação anterior, respeitando o limite máximo estabelecido no item 4.1 da Cláusula 4 – CAPITALS SEGURADOS, desta condição especial.

6. DATA DO EVENTO

- 6.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data da internação.

7. FRANQUIA

- 7.1.** 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 seguro.

8. CARÊNCIA

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

9. BENEFICIÁRIOS

- 9.1.** O beneficiário será o próprio segurado.

10. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 10.1.** Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 14 – PAGAMENTO DO PRÊMIO, 15 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA e 16 – TÉRMINO DO SEGURO, das condições gerais, esta cobertura cessa:
- Com o pagamento de 2 (dois) eventos;
 - Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

11. REGULÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 11.1.** Para a análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:
- Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o evento, todos os campos preenchidos e assinado pelo próprio segurado, ou seu representante legal;
 - Cópias do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, CPF – Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência do segurado;
 - Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
 - Cópia da CNH – Carteira Nacional de Habilitação (na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado);
 - Relatório Médico, carimbado e assinado pelo médico que prestou o atendimento, com descrição das lesões sofridas pela vítima e constando detalhadamente o tipo de tratamento adotado, diagnósticos necessários, comprovando o período de internação;
 - Alta hospitalar ou declaração de internação do Hospital, em que conste o CRM do médico responsável, com informação da hora e data da entrada e da alta médica;
 - Todos os exames médicos realizados;
 - Cópia da CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, se houver;

-
- i) No caso do segurado ser assistido ou representado, documento que comprove a condição de representante legal do solicitante;
 - j) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante legal.

11.2. As demais regras para análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 17 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas condições especiais.