

PLANO COLETIVO FACTA – MICROSSEGURO DE PESSOAS
CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS
Processo SUSEP nº 15414.632358/2019-20
RAMO: 1601 – Microseguro de Pessoas

FACTA SEGURADORA S/A MICROSSEGURADORA
Código SUSEP nº 01261 - CNPJ: 33.493.756/0001-79

SUMÁRIO

| Item | Descrição | Pág. |
|-----------|---|-----------|
| | GLOSSÁRIO DE TERMOS UTILIZADOS NAS CONDIÇÕES GERAIS | 3 |
| 1 | OBJETIVO DO SEGURO | 8 |
| 2 | PÚBLICO ALVO E CANAIS DE DISTRIBUIÇÃO | 8 |
| 3 | CONDIÇÕES PARA CONTRATAÇÃO | 8 |
| 4 | FORMA DE CONTRATAÇÃO, DIREITO DE DESISTÊNCIA E COBERTURAS | 8 |
| 5 | RISCOS COBERTOS | 9 |
| 6 | RISCOS EXCLUÍDOS | 9 |
| 7 | CARÊNCIA | 10 |
| 8 | FRANQUIA | 10 |
| 9 | CAPITAL SEGURADO | 10 |
| 10 | VIGÊNCIA DO CERTIFICADO INDIVIDUAL | 11 |
| 11 | CUSTEIO DO SEGURO | 11 |
| 12 | PAGAMENTO DE PRÊMIO | 11 |
| 13 | DO ATRASO NO PAGAMENTO DE PRÊMIO | 12 |
| 14 | PRAZO DE TOLERÂNCIA | 12 |
| 15 | DO PERÍODO DE SUSPENSÃO E DA REABILITAÇÃO | 12 |
| 16 | ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIOS | 12 |
| 17 | ÂMBITO GEOGRÁFICO | 13 |
| 18 | LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS | 13 |
| 19 | PERDA DE DIREITOS E CANCELAMENTO DO SEGURO | 14 |
| 20 | BENEFICIÁRIOS | 15 |
| 21 | ALTERAÇÃO | 15 |
| 22 | RENOVAÇÃO | 15 |
| 23 | PRESCRIÇÃO | 16 |
| 24 | FORO | 16 |
| 25 | DISPOSIÇÕES FINAIS | 16 |
| | CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE MORTE (M) | 17 |
| | CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA) | 19 |
| | CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE REEMBOLSO DE DESPESAS COMFUNERAL (RF) | 21 |
| | CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL PORACIDENTE (IPTA) | 23 |
| | CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARESE/OU ODONTOLÓGICAS DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL (DMHO) | 25 |
| | CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR (DIH) | 27 |
| | CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADETEMPORÁRIA (DIT) | 29 |
| | CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DESEMPREGO (D) | 31 |
| | CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES (DG) | 33 |
| | CONDIÇÕES ESPECIAIS - CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE E DEPENDENTES | 39 |
| | CONDIÇÕES ESPECIAIS - CLÁUSULA DE COBERTURA PRESTAMISTA | 41 |

1. **Acidente Pessoal:**

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

a. Incluem-se nesse conceito:

- i. o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- ii. os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- iii. os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases evapores;
- iv. os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- v. os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

b. Excluem-se desse conceito:

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

2. **Apólice Coletiva:**

Documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo estipulante.

3. **Beneficiário:**

É a pessoa física ou jurídica indicada livremente pelo segurado para receber o capital segurado, na hipótese de ocorrência de Evento Coberto. Caso o segurado não indicar beneficiário, a indenização será paga aos herdeiros legais na ordem estabelecida pelo Art. 792 e 1.829 do Código Civil.

4. Certificado individual de Microseguro:

Documento destinado ao segurado, emitido pela seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

5. Capital Segurado:

Valor máximo para cada cobertura contratada a ser pago ou reembolsado pela Seguradora na ocorrência do sinistro coberto pelo certificado individual, vigente na data do evento.

6. Carência:

Período, contado a partir da data de início de vigência do certificado individual, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

7. Cobertura:

Designação genérica dos riscos assumidos pela Seguradora.

8. Condições Contratuais:

Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice, do contrato de seguro por estipulação, da proposta de adesão e do certificado individual.

9. Condições Especiais:

Conjunto das disposições específicas relativas a cada modalidade e/ou cobertura de um plano de seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.

10. Condições Gerais:

Conjunto das cláusulas, comuns a todas as modalidades e/ou coberturas de um plano de seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes.

11. Contrato de Seguro por Estipulação:

Instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a sociedade seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da sociedade seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.

12. Corretor:

Pessoa Física ou Jurídica autorizada a angariar e promover contratos de seguros.

13. Custeio:

Pode ser classificado em “Contributário” e “Não Contributário”, sendo:

Não Contributário: Quando o seguro for custeado integralmente pelo estipulante.

Contributário: Quando o segurado participar no custeio do seguro.

14. Doença Preexistente:

Toda doença, inclusive congênita, que o Segurado sabia ser portador ou sofredor à época da adesão ao microsseguro e não declaradas na contratação do mesmo.

15. Endosso:

Documento, emitido pela seguradora, por intermédio do qual são alterados dados e condições de uma apólice, de comum acordo com o segurado.

16. Estipulante:

É a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado perante a SEGURADORA, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante-averbador quando não participar do custeio.

O estipulante de plano de microsseguro deverá manter estreita relação com o grupo segurado, cuja forma de vínculo deverá estar definida no contrato coletivo, de forma clara e objetiva.

17. Evento Coberto:

Acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas coberturas contratadas pelo segurado.

18. Formulário de Aviso de Sinistro:

Documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à Seguradora.

19. Franquia:

Período contínuo de tempo, determinado no certificado individual, contado a partir da data do sinistro, durante o qual a Seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.

20. Grupo segurado:

É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

21. Grupo segurável:

É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

22. Indenização:

Valor que a Seguradora deve pagar ao segurado ou beneficiário em caso de sinistro coberto pelo contrato de seguro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada.

23. Início de Vigência:

Data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.

24. Médico Responsável ou Assistente:

Profissional legalmente licenciado para a prática da medicina que esteja assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada. **Não**

serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, nem pessoa que viva na mesma residência do Segurado mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

25. Meios remotos

Aqueles que permitam a troca de e/ou o acesso a informações e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes de comunicação envolvendo o uso de tecnologias tais como internet pública ou privada, telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras.

26. Período de Cobertura:

Aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

27. Prazo de tolerância:

É o intervalo de tempo previsto no contrato de estipulação durante o qual, na ocorrência de evento coberto, o segurado inadimplente fará jus à cobertura.

A ocorrência de evento coberto durante o prazo de tolerância implicará no pagamento da indenização, deduzidos os valores dos prêmios devidos.

O microsseguro estará automaticamente cancelado caso o estado de inadimplência do segurado persista após o término do prazo de tolerância.

28. Período de suspensão:

É o intervalo de tempo estabelecido no contrato de estipulação durante o qual, na ocorrência de evento coberto, o segurado não fará jus à cobertura em função do seu estado de inadimplência.

A retomada dos pagamentos dos prêmios de microsseguro dentro do período de suspensão implicará na imediata reabilitação das coberturas contratadas, sendo vedada a cobrança dos prêmios ou das contribuições não pagos durante o período de suspensão.

O microsseguro estará automaticamente cancelado caso o estado de inadimplência do segurado persista após o término do período de suspensão.

29. Prêmio:

Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro pago pelo Estipulante e/ou segurado à Seguradora, para que esta assumo o risco a que o Segurado está exposto.

30. Proponente:

É a pessoa física interessada em aderir ao contrato do seguro.

31. Reabilitação:

As condições gerais poderão prever a reabilitação da apólice ou do certificado individual a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o segurado ou o estipulante retomar o pagamento do prêmio, respondendo a sociedade seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então.

No caso de seguros com cobrança de prêmio postecipada, a reabilitação se dá com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura,

na forma estabelecida nas condições gerais.

32. Riscos Excluídos:

São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não estão cobertos pelo plano.

33. Segurado:

Pessoa física que aderiu ao seguro e que receberá o certificado individual de microsseguro, sendo:

- a) Segurado Principal – é o próprio contratante.
- b) Segurados Dependentes – o cônjuge, os filhos e/ou outros dependentes do Segurado Principal, assim considerados de acordo com a regulamentação do INSS e do Imposto de Renda, desde que designados no certificado individual contratado, mediante contratação de cláusula suplementar específica.

34. Seguradora:

É a **FACTA SEGURADORA S.A.- MICROSSEGURADORA**, empresa autorizada pela SUSEP a funcionar no Brasil e que, recebendo o prêmio, assume os riscos descritos no contrato de seguro.

35. Sinistro:

Ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

36. Vigência do Seguro:

Intervalo contínuo de tempo durante o qual o contrato de seguro está em vigor.

PLANO COLETIVO FACTA – MICROSSEGURO DE PESSOAS
CONTRATAÇÃO POR CERTIFICADO INDIVIDUAL
CONDIÇÃO GERAL

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao Segurado ou aos seus beneficiários, na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas coberturas contratadas, **exceto se decorrente de riscos excluídos**, observado o limite do respectivo Capital Segurado e desde que respeitadas as Condições Contratuais.

2. PÚBLICO ALVO E CANAIS DE DISTRIBUIÇÃO

- 2.1. Este plano de microsseguro destina-se, principalmente, às pessoas que integram as classes C, com extensão para as pessoas que integram as classes D e E, que atendam as condições de contratação e poderá ser disponibilizado para comercialização junto a associações em geral que se enquadrem nas disposições legais e que venham a firmar contrato estipulante de microsseguro com a Seguradora.

3. CONDIÇÕES PARA CONTRATAÇÃO

- 3.1. Somente poderão contratar as coberturas oferecidas neste plano de microsseguro as pessoas com idades mínima e máxima estabelecidas nos mesmos e que se encontrem em perfeitas condições de saúde.
- 3.2. **Para os menores de 14 (quatorze) anos é permitida, exclusivamente, a oferta e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas.**
- 3.3. A identificação do segurado por ocasião da contratação será feita, preferencialmente, pelo número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) ou, na falta deste, pelo número de registro da cédula de identidade (RG), carteira de trabalho, certidão de nascimento, certidão de casamento ou outros documentos oficiais de identificação que possuam validade no território nacional.

4. FORMA DE CONTRATAÇÃO, DIREITO DE ARREPENDIMENTO E COBERTURAS

- 4.1. A contratação deste plano de microsseguro será feita mediante preenchimento de proposta de contratação assinada pelo ESTIPULANTE e da apólice coletiva.
- 4.2. A adesão à apólice coletiva deverá ser realizada mediante proposta de adesão datada e assinada pelo proponente ou seu representante legal, na qual declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais e especiais, e com a emissão do respectivo certificado individual.
- a) A proposta de adesão poderá ser formalizada por meio de login e senha ou certificado digital, necessariamente pré-cadastrados pelo proponente / representante legal
 - b) A tecnologia de identificação biométrica equivale à utilização de login e senha pelo usuário.
 - c) A contratação deverá implicar no fornecimento de login e senha individualizados para o corretor e para o proponente / representante legal.
- 4.3. Na contratação por meios remotos ou representantes de seguros, o proponente / contratante poderá desistir (arrepender-se) do contrato no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da data do pagamento do prêmio, mediante requerimento físico entregue junto à sociedade, ou ainda por meios remotos ou de seus representantes

de seguros.

- 4.4.** O contrato de microsseguro prova-se com a exibição do certificado individual, e, na falta dele, por documento comprobatório do pagamento do respectivo prêmio ou por confirmação de quitação do prêmio de microsseguro enviada pela seguradora ou seu representante com a utilização de meios remotos.

5. RISCOS COBERTOS

- 5.1.** Para fins deste seguro, consideram-se Riscos Cobertos aqueles expressamente convencionados nas Condições Especiais das coberturas abaixo, que poderão ser oferecidas de forma isolada e que tenham sido efetivamente contratadas pelo Estipulante e ratificadas no Certificado individual de Microsseguro emitido para cada Segurado, com a indicação dos respectivos Capitais Segurados:

- a)** Morte (M)
- b)** Morte Acidental (MA)
- c)** Reembolso de Despesas com Funeral (RF)
- d)** Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)
- e)** Despesas Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas decorrentes de acidente pessoal (DMHO)
- f)** Diárias por Internação Hospitalar (DIH)
- g)** Diárias por Incapacidade Temporária (DIT)
- h)** Desemprego (D)
- i)** Doenças Graves (DG)

- 5.1.1.** As Condições Especiais da Cobertura de Reembolso de Despesas com Funeral (RF) preveem possibilidade de substituição do reembolso pela prestação de serviços.

- 5.2.** Desde que ratificadas no certificado individual de microsseguro emitido, poderá ser contratada a Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge e/ou Dependentes.

- 5.3.** Desde que ratificadas no Certificado Individual de microsseguro, poderão ser contratadas as seguintes cláusulas, cujas definições estão expressas em suas Condições Especiais:

- a)** Cláusula de Cobertura Prestamista; ou
- b)** Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge e Dependentes.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

- 6.1.** Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste seguro os eventos ocorridos, direta ou indiretamente, em consequência de:

- a)** Atos ilícitos dolosos praticados pelo estipulante, por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelo segurado principal ou dependente, pelo beneficiário ou pelo representante legal de qualquer deles;
- b)** Doenças ou lesões que, apesar de indagado pela sociedade seguradora e serem de conhecimento do segurado principal, cônjuge ou dependente, não foram declaradas quando da contratação/adesão do microsseguro;
- c)** Suicídio ou sequelas decorrentes da sua tentativa, caso ocorram nos dois primeiros anos de vigência da cobertura;
- d)** Epidemia ou pandemia declarada por órgão competente;
- e)** Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- f)** Danos e perdas causados por atos terroristas; e

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

7. CARÊNCIA

- 7.1. A existência de carência está previsto nas Condições Especiais das coberturas, bem como seu prazo máximo, já o período de carência adotado em cada apólice coletiva será conforme opção escolhida pelo **ESTIPULANTE** na proposta de contratação, que originará a apólice coletiva e o Contrato de Seguro por Estipulação, e constará no Certificado individual de Microseguro.
- 7.2. O período de carência será contado a partir do início de vigência do certificado individual.
- 7.3. O prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder à metade do prazo de vigência da cobertura.
- 7.3.1. Somente no caso de suicídio ou sua tentativa, o prazo será fixo, correspondendo a 2 anos ininterruptos, contados da data de adesão ao microseguro, ou de sua recondução depois de suspenso.
- 7.4. Não haverá carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais em quaisquer das coberturas contratadas, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o período de carência corresponderá a dois anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência do certificado individual.**
- 7.5. Quando da contratação sucessiva de cobertura de microseguro cobrindo o mesmo segurado, só será válido o período de carência estabelecido para a primeira contratação da sequência.
- 7.5.1. Considera-se contratação sucessiva aquela realizada com a mesma seguradora em período não superior a 30 (trinta) dias ou, ao equivalente ao prazo de carência definido no plano, o que for maior, contado após o fim de vigência do microseguro anterior.
- 7.6. Em caso de renovação do microseguro, não será iniciado novo prazo de carência.

8. FRANQUIA

- 8.1. A existência de franquia será prevista nas Condições Especiais das coberturas de Diárias por Incapacidade Temporária (DIT) e Diárias por Internação Hospitalar (DIH), bem como seu prazo máximo, já o período de franquia adotado em cada apólice coletiva será conforme opção escolhida pelo **ESTIPULANTE** na proposta de contratação, que originará a apólice coletiva e o Contrato de Seguro por Estipulação, e constará no Certificado individual de Microseguro.

9. CAPITAL SEGURADO

- 9.1. O Capital Segurado de cada cobertura contratada é o valor máximo a ser pago ou reembolsado pela Seguradora para a respectiva cobertura, no caso de ocorrência de sinistro coberto. Os valores de limite máximo de capital segurado para as coberturas oferecidas deverão observar os limites máximos individuais estabelecidos na regulamentação em vigor.
- 9.2. Nos planos coletivos, para cada grupo pode haver uma ou mais classes de capitais segurados, devendo a respectiva escala ser fixada em função de fatores objetivos.
- 9.3. Em caso de contratação da Cláusula de Cobertura Prestamista, o Capital Segurado seguirá as definições estabelecidas nas Condições Especiais da referida cláusula.

10. DA VIGÊNCIA

- 10.1.** O início e término da vigência constará na apólice coletiva e no certificado individual.
- 10.2.** O prazo mínimo de vigência das coberturas oferecidas neste plano será de 1 (um) mês.

11. DO CUSTEIO DO SEGURO

- 11.1.** O custeio do seguro será contributivo ou não contributivo, conforme opção escolhida pelo **ESTIPULANTE** na proposta de contratação, que originará a apólice coletiva e o Contrato de Seguro por Estipulação, e constará no Certificado individual de Microseguro.
- 11.2.** Sempre que o segurado participar no custeio do seguro, ou seja, quando o custeio do seguro for contributivo, a ausência do repasse à **SEGURADORA** dos prêmios recolhidos pelo **ESTIPULANTE** não causará qualquer prejuízo aos segurados ou beneficiários no que se refere às coberturas e demais direitos contemplados pelo plano.
- 11.2.1.** O estipulante deverá recolher o valor correspondente a participação dos segurados no custeio do seguro, por meio das opções abaixo, que constam para sua escolha na proposta de contratação:
- a) procedimento de cobrança regularmente utilizado pelo **ESTIPULANTE** em sua atividade principal, como contas de consumo, carnês, boletos, faturas de cartões de crédito ou descontos em folha de pagamento do segurado, desde que devidamente previsto no Contrato de Seguro por Estipulação, e o valor destinado ao prêmio esteja perfeitamente identificado, assim como a data e a forma da correspondente quitação.
 - b) boletos bancários pagáveis no território nacional;
 - c) cartão de crédito;
 - d) débito em conta corrente.
- 11.2.2.** Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidirem com dia em que não haja expediente nos meios utilizados pelo Segurado, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente em tal meios (correspondentes de microsseguros ou bancos).

12. PAGAMENTO DE PRÊMIO

- 12.1.** O pagamento do prêmio até a data de seu vencimento manterá o seguro em vigor até o último dia do período de cobertura que o pagamento se refere.
- 12.2.** O prêmio do microseguro poderá ser pago sob a forma de prêmio único ou mensal, conforme opção escolhida pelo **ESTIPULANTE** na proposta de contratação, que originará a apólice coletiva e o Contrato de Seguro por Estipulação, e constará no Certificado individual de Microseguro.
- 12.3.** O prêmio do microseguro em relação à data início do período de sua competência poderá ser pago de forma antecipada, dentro do período de competência, ou postecipada, conforme opção escolhida pelo **ESTIPULANTE** na proposta de contratação, que originará a apólice coletiva e o Contrato de Seguro por Estipulação, e constará no Certificado individual de Microseguro.
- 12.4.** Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidirem com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado pelo **ESTIPULANTE** no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

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

13. DO ATRASO NO PAGAMENTO DE PRÊMIO

- 13.1. Sempre que ocorrer atraso no pagamento dos prêmios o seguro estará em prazo de tolerância ou em período de suspensão de coberturas, conforme opção escolhida pelo **ESTIPULANTE** na proposta de contratação, que originará a apólice coletiva e o Contrato de Seguro por Estipulação, e constará no Certificado individual de Microseguro.

14. DO PRAZO DE TOLERÂNCIA

- 14.1. Caso a opção do Estipulante for por adotar prazo de tolerância, **a ocorrência de evento coberto durante o prazo de tolerância implicará no pagamento da indenização deduzido o valor da parcela atrasada.**

15. DO PERÍODO DE SUSPENSÃO E DA REABILITAÇÃO

- 15.1. Caso a opção do Estipulante for por adotar período de suspensão, **a ocorrência de evento coberto durante o período de suspensão implicará que em decorrência da inadimplência o beneficiário não terá direito à indenização.**
- 15.1.1. A retomada dos pagamentos dos prêmios de microseguro dentro do período de suspensão implicará na imediata reabilitação das coberturas contratadas a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que ocorrer o pagamento do prêmio, respondendo a seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então.
- 15.1.2. Durante o período de suspensão o valor do prêmio em atraso será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), ou o índice que vier a substituí-lo, apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, acrescido de juros moratórios, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo, equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional.
- 15.1.3. **No caso de seguros com cobrança de prêmio postecipada, a reabilitação se dá com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura, na forma estabelecida nas condições gerais.**

16. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIOS

- 16.1. Quando a vigência do microseguro for superior a 1 (um) ano, os capitais segurados e prêmios serão atualizados anualmente, na data do aniversário da apólice coletiva, pela variação do IPCA-IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Será considerada a variação positiva acumulada do índice no período de 12 (doze) meses contados a partir do 2º mês anterior ao da atualização.
- 16.2. Em caso de extinção do IPCA/IBGE, será considerado para efeito desta cláusula o IPC/FGV - Índice Geral de Preços ao Consumidor / Fundação Getúlio Vargas.
- 16.3. Quando houver pagamento de prêmio único, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados até a data de ocorrência do evento coberto.

17. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 17.1.** As coberturas previstas nestas Condições Gerais aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, exceto no que se refere à cobertura de desemprego, restrita ao território brasileiro.
- 17.2.** O pagamento da indenização de qualquer cobertura se dará apenas no território nacional e em moeda nacional.

18. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 18.1.1.** Em caso de ocorrência de sinistro, o Estipulante, o Segurado ou o beneficiário, conforme o caso, deverá comunicar à Seguradora e enviar os documentos mínimos discriminados nas Condições Especiais de cada cobertura. A seguradora fornecerá ao Estipulante, segurado, seu(s) beneficiário(s) ou seu representante legal, protocolo que ateste o efetivo recebimento da documentação comprobatória do evento coberto, com indicação de data e hora. O protocolo poderá ser fornecido com a utilização de meios remotos desde que seja possível validar a confirmação do recebimento pelo Estipulante, segurado, seu(s) beneficiário(s) ou seu representante legal.
- 18.2.** Para efeitos de pagamento de indenização, serão aceitos como prova de identificação do segurado e beneficiários a cédula de identidade (RG), a carteira de trabalho, a certidão de nascimento, a certidão de casamento ou outros documentos oficiais de identificação que possuam validade no território nacional.
- 18.3.** O prazo máximo para o pagamento da indenização é de 10 (dez) dias corridos contados a partir da data de protocolo de entrega da documentação comprobatória, requerida nos documentos contratuais, junto à Seguradora ou seu representante.
- 18.3.1.** A contagem do prazo para pagamento poderá ser interrompida uma única vez para solicitação de documentação complementar e voltará a correr na data do seu recebimento pela seguradora.
- 18.4.** A solicitação de qualquer documento comprobatório adicional por parte da Seguradora, além daqueles definidos nas Condições Especiais de cada cobertura, deverá estar acompanhada de justificativa fundamentada e ocorrer dentro do prazo máximo para pagamento da indenização.
- 18.4.1.** A solicitação não fundamentada de documentação adicional comprobatória do sinistro, ou fora do prazo máximo previsto no item 18.3 desta cláusula, será ignorada para todos os efeitos na contagem de prazo para pagamento da indenização.
- 18.5.** Equipara-se a representante da Seguradora o correspondente de microsseguro autorizado a prover esse tipo de serviço.
- 18.6.** Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 10 (dez) dias corridos, o valor da indenização será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), ou o índice que vier a substituí-lo, apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, acrescido de juros moratórios, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo, equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional.
- 18.7.** Todas as despesas efetuadas com a comprovação ou apuração do sinistro e com os documentos de habilitação necessários correrão por conta do segurado ou de seus beneficiários, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora. Eventuais encargos de tradução de documentos necessários à liquidação de sinistro e que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão a cargo da Seguradora.
- 18.8.** As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do

sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

- 18.9.** O pagamento da indenização se dará apenas no território brasileiro e em moeda nacional.
- 18.10.** Uma vez paga a indenização, os Capitais Segurados serão reintegrados caso previsto nas respectivas Condições Especiais.

19. PERDA DE DIREITOS E CANCELAMENTO DO SEGURO

- 19.1.** A apólice coletiva será cancelada qualquer tempo, mediante acordo entre as partes, respeitado o período de vigência correspondente ao prêmio pago, e com anuência prévia e expressa de segurados que representem no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado. O cancelamento somente será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação.
- 19.2.** Sem prejuízo do que consta nas demais condições deste seguro e do que em lei esteja previsto:
- a) O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.
 - b) O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba e por escrito, qualquer fato suscetível de agravar os riscos cobertos no certificado individual, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.
 - c) A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso da agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível. Neste caso o cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída pelo Segurador a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.
- 19.3.** A apólice coletiva será cancelada automaticamente e o seguro não produzirá mais efeitos, direitos ou obrigações, a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura a que se referir a cobrança não cabendo quaisquer restituições de prêmios anteriormente pagos, independente de interpelação e/ou notificação judicial ou extrajudicial caso ocorra qualquer dos seguintes eventos:
- a) Quando a opção do Estipulante for adotar “Prazo de Tolerância”: O não pagamento do prêmio em até 30 (trinta) dias após a data de vencimento, acarretará o cancelamento automático da apólice coletiva.
 - b) Quando a opção do Estipulante for adotar “Período de Suspensão”: O não pagamento de duas faturas seguidas ou alternadas até a data de vencimento, acarretará o cancelamento automático da apólice coletiva.
- 19.4.** A apólice coletiva será cancelada automaticamente e o seguro não produzirá mais efeitos, direitos ou obrigações quando o ESTIPULANTE, seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, ou o Segurado, seus representantes legais ou seus beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação, na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização, sem direito a restituição de prêmios, ficando a sociedade SEGURADORA isenta de qualquer responsabilidade;
- 19.5.** A apólice coletiva será cancelada automaticamente e o seguro não produzirá mais efeitos, direitos ou obrigações em caso de:
- a) decretação de falência, concordata, intervenção e/ou liquidação judicial ou

- extrajudicial de quaisquer das partes;
- b) inexistência ou omissão nas declarações da Proposta de Contratação que possa influir ou ter influenciado na aceitação ou taxação do seguro.
- 19.6. O certificado individual deste seguro será cancelado automaticamente e o seguro não produzirá mais efeitos, direitos ou obrigações nos seguintes casos:
- a) Com a Morte do segurado principal ou com a indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente ou Doenças Graves, pela ocorrência de sinistro com o segurado principal;
 - b) com o término de vínculo entre o SEGURADO e o ESTIPULANTE;
 - c) com o cancelamento ou final de vigência sem renovação da apólice coletiva mantida entre ESTIPULANTE e a SEGURADORA;
 - d) por solicitação de exclusão do seguro feita pelo Segurado;
 - e) utilização de declarações falsas, simulação de acidente ou agravamento das suas consequências para obter ou aumentar a indenização;
 - f) fraude ou tentativa de fraude em laudos médicos que venham justificar falsas moléstias ou falsas datas de início de moléstias;
 - g) tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da SEGURADORA na elucidação do evento coberto.
- 19.7. O ESTIPULANTE e a SEGURADORA reconhecem que os direitos dos Segurados existentes até a data de rescisão do seguro não serão prejudicados em função da ocorrência de quaisquer das hipóteses acima elencadas.

20. BENEFICIÁRIOS

- 20.1. Os Beneficiários das coberturas contratadas neste plano serão definidos conforme nas respectivas Condições Especiais.

21. ALTERAÇÃO

- 21.1. Qualquer alteração na apólice coletiva ou nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo com a concordância expressa do estipulante, do corretor e da seguradora.
- 21.2. Caso a alteração implique em ônus ou dever adicional para os segurados ou a redução de seus direitos, a emissão do aditivo dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

22. RENOVAÇÃO

- 22.1. A apólice coletiva poderá ser renovada automaticamente por igual período, uma única vez, salvo se a SEGURADORA ou o ESTIPULANTE, mediante aviso prévio com no mínimo 60 (sessenta) dias da data de final de vigência, comunicar por escrito o desinteresse pela renovação.
- 22.2. As demais renovações somente ocorrerão se, expressamente acordado entre a SEGURADORA e o ESTIPULANTE por meio de aditivo de renovação da apólice coletiva e posterior emissão de nova apólice coletiva.
- 22.3. Caso para renovação for necessário implementar alteração que implique em ônus ou dever adicional para os segurados ou a redução de seus direitos, a emissão do aditivo de renovação dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo 3/4 (três quartos), do grupo segurado.

23. PRESCRIÇÃO

- 23.1. Os prazos prescricionais, isto é, os prazos para o segurado, seus beneficiários ou seus representantes reclamarem o valor do seguro são aqueles determinados em lei – Artigo 206 do Código Civil Brasileiro.**

24. FORO

- 24.1.** Eventuais questões judiciais serão processadas e julgadas no foro do domicílio do ESTIPULANTE, ou do Segurado, ou do Beneficiário, conforme o caso.
- 24.2.** Fica eleita a Comarca do domicílio do ESTIPULANTE, ou do Segurado, ou do Beneficiário, conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas que possam surgir do presente Contrato, renunciando as partes, a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

25. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 25.1.** Estabelece-se para fins de atualização monetária de valores deste seguro, quando aplicável, o IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- 25.1.1.** Em caso de extinção do IPCA/IBGE, ou caso o Conselho Monetário Nacional deixe de considerar o IPCA/IBGE como índice de preços relacionados às metas de inflação, será considerado para efeito desta cláusula o IPC/FGV - Índice Geral de Preços ao Consumidor / Fundação Getúlio Vargas.
- 25.2.** Este plano foi estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, cuja natureza técnica, em vista da ausência de constituição de provisões matemáticas passíveis de serem resgatadas, não possibilita devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou aos Beneficiários.
- 25.3.** A propaganda e a promoção do seguro por parte do **ESTIPULANTE** e/ou **CORRETOR** somente poderão ser feitas com a autorização expressa e a supervisão da **SEGURADORA**, respeitadas as Condições Gerais e demais condições contratuais, ficando a **SEGURADORA** responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.
- 25.4.** Este plano está estruturado no regime financeiro de repartição, portanto não haverá devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante.
- 25.5.** **O registro destas Condições Gerais na SUSEP – Superintendência de Seguros Privados não implica, por parte da referida autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização e contratação.**
- 25.6.** **A aceitação desse seguro estará sujeita à análise do risco.**
- 25.7.** **O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo e CNPJ ou CPF, conforme o caso.**
- 25.8.** Este seguro é por prazo determinado tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.
- 25.9.** Em caso de cessação, voluntária ou compulsória, das operações da **SEGURADORA**, durante a vigência da apólice, serão observadas as disposições legais que regem a liquidação das sociedades seguradoras, ficando preservados e garantidos todos os direitos do Segurado e de seu(s) Representante(s) Legal(is), que têm privilégio especial sobre as reservas técnicas ou provisões garantidoras das operações de seguro.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE MORTE (M)

1. DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

- 1.1. A apólice coletiva poderá ser renovada automaticamente por igual período, uma única vez, salvo se a **SEGURADORA** ou o **ESTIPULANTE**, mediante aviso prévio com no mínimo 60 (sessenta) dias da data de final de vigência, comunicar por escrito o desinteresse pela renovação.

2. DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

- 2.1. Esta cobertura consiste no pagamento do capital segurado ao beneficiário indicado no certificado individual, de uma única vez, em caso de falecimento do segurado, por causas naturais ou acidentais, durante o período de vigência do microsseguro.
- 2.2. **A cobertura de Morte, nos seguros de menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas havidas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com o funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição, aluguel e manutenção de terrenos, jazigos ou carneiros.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. **Ratificam-se os termos da cláusula 6. RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro.**

4. CARÊNCIA

- 4.1. Poderá ser estabelecida a carência máxima de 180 (cento e oitenta) dias para eventos decorrentes de causas naturais ou doença.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no certificado individual de microsseguro e vigente na data do evento coberto.
- 5.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data de falecimento do segurado, comprovada mediante Certidão de Óbito.
- 5.3. A indenização por Morte, e, se contratada, pela cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, não se acumulam. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente, ocorrer a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do capital segurado por morte.
- 5.4. Com o pagamento de indenização por sinistro com o segurado principal, o certificado individual de seguro será automaticamente cancelado.

6. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 6.1. Em complemento à cláusula 18 **LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS** das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias autenticadas:**

- a) Formulário de Aviso de Sinistro fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo representante legal do Segurado;
- b) Certidão de Óbito do Segurado;
- c) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- d) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado; e
- e) Documento de identificação do(s) beneficiário(s).

7. BENEFICIÁRIOS

- 7.1. Salvo o caso de contratação da Cláusula de Cobertura Prestamista**, a qualificação do(s) beneficiário(s) desta cobertura rege-se pelas seguintes condições:
- 7.2.** Os beneficiários deste seguro poderão ser indicados ou substituídos pelo Segurado, no momento da adesão ou a qualquer tempo, através de solicitação formal contendo no mínimo: o nome, grau de parentesco e percentual de participação, devidamente preenchida, datada e assinada de próprio punho, e protocolada na SEGURADORA previamente ao sinistro, não se admitindo a utilização de meios remotos neste procedimento
- 7.3.** Os beneficiários deste seguro serão designados pelo Segurado no ato da contratação, com a indicação, no mínimo, do nome e grau de parentesco para identificação do(s) mesmo(s).
- 7.4.** A qualquer tempo, o Segurado poderá alterar o(s) beneficiário(s) indicado(s), por meio de solicitação formal, datada, assinada e protocolada junto à Seguradora, não se admitindo a utilização de meios remotos neste procedimento;
- 7.5.** Para fins de identificação do(s) beneficiário(s), será sempre considerada a última alteração de beneficiário(s) recebida pela Seguradora, antes da ocorrência do sinistro;
- 7.6.** Na falta de indicação de beneficiário, ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que foi feita, a indenização será paga aos herdeiros legais na ordem estabelecida pelo Art. 792 e 1.829 do Código Civil. Na falta das pessoas indicadas neste item, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.
- 7.7.** É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.
- 7.8.** Em sendo os beneficiários menores de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.

8. CONDIÇÕES GERAIS

- 8.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste microsseguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.**

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

1. DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

- 1.1. Esta cobertura consiste no pagamento do capital segurado ao beneficiário indicado no certificado individual, de uma única vez, em caso de falecimento do segurado em decorrência de acidente pessoal coberto ocorrido durante o período de vigência do microsseguro.
- 1.2. **A cobertura de Morte, nos seguros de menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas havidas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com o funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição, aluguel e manutenção de terrenos, jazigos ou carneiros.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. **Além das exclusões descritas na cláusula 6. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos os eventos ocorridos em consequência de:**
 - a) **intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;**
 - b) **acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
 - c) **acidentes sofridos antes da contratação do seguro, ainda que suas sequelas tenham se manifestado durante sua vigência; e**
 - d) **cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto.**

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no certificado individual de microsseguro e vigente na data do evento coberto.
- 3.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data do acidente que deu origem ao sinistro.
- 3.3. A indenização por Morte, e, se contratada, pela cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, não se acumulam. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente, ocorrer a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do capital segurado por morte.
- 3.4. Com o pagamento de indenização por sinistro com o segurado principal, o certificado individual de seguro será automaticamente cancelado.

4. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 4.1. Em complemento à cláusula 18 **LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS** das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo

listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias autenticadas:**

- a) Formulário de Aviso de Sinistro fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo representante legal do Segurado;
- b) Certidão de Óbito do Segurado;
- c) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- d) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado; e
- e) Documento de identificação do(s) beneficiário(s).

5. BENEFICIÁRIOS

5.1. Salvo o caso de contratação da Cláusula de Cobertura Prestamista, a qualificação do(s) beneficiário(s) desta cobertura rege-se pelas seguintes condições:

- 5.1.1 Os beneficiários deste seguro poderão ser indicados ou substituídos pelo Segurado, no momento da adesão ou a qualquer tempo, através de solicitação formal contendo no mínimo: o nome, grau de parentesco e percentual de participação, devidamente preenchida, datada e assinada de próprio punho, e protocolada na SEGURADORA previamente ao sinistro, não se admitindo a utilização de meios remotos neste procedimento;
- 5.1.2 A qualquer tempo, o Segurado poderá alterar o(s) beneficiário(s) indicado(s), por meio de solicitação formal, datada, assinada e protocolada junto à Seguradora, não se admitindo a utilização de meios remotos neste procedimento;
- 5.1.3 Para fins de identificação do(s) beneficiário(s), será sempre considerada a última alteração de beneficiários recebida pela Seguradora, antes da ocorrência do sinistro;
- 5.1.4 Na falta de indicação de beneficiário, ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que foi feita, a indenização será paga aos herdeiros legais na ordem estabelecida pelo Art. 792 e 1.829 do Código Civil. Na falta das pessoas indicadas neste item, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.
- 5.1.5 É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.
- 5.1.6 Em sendo os beneficiários menores de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.

6. CONDIÇÕES GERAIS

6.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste microsseguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS
COBERTURA DE REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL (RF)

1. DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

- 1.1. Esta cobertura consiste no reembolso das despesas com o funeral do segurado, limitado ao valor do capital segurado.
- 1.2. Serão reembolsadas as despesas relacionadas diretamente ao sepultamento devidamente comprovadas, mediante apresentação de notas fiscais originais contendo a discriminação dos itens ou serviços adquiridos, até o limite do capital segurado contratado, podendo, mediante acordo entre as partes, substituir o reembolso pela prestação de serviços, ficando garantido os benefícios previstos no item 4 dessas condições especiais.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. **Não estão cobertas as despesas relacionadas à aquisição, locação e manutenção de jazigo. Ratificam-se os termos da cláusula 6. RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro.**

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no certificado individual de microsseguro e vigente na data do evento coberto.
- 3.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data de falecimento do segurado, comprovada mediante Certidão de Óbito.
- 3.3. Com o pagamento de indenização por sinistro com o segurado principal, o certificado individual de seguro será automaticamente cancelado.

4. PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

- 4.1. **Em substituição ao reembolso das despesas garantidas por esta cobertura e por opção do Beneficiário,** a Seguradora oferecerá, através de empresa terceirizada e especializada, a prestação dos serviços de assistência funeral do Segurado, mediante solicitação à Seguradora ou à empresa prestadora dos serviços por ela indicada. O número do telefone gratuito de contato da central de atendimento para orientação à família do segurado por meio do qual serão solicitadas as informações iniciais, com o fornecimento de número de protocolo, constará no certificado individual de microsseguro.
- 4.2. Quando a cobertura de reembolso das despesas com funeral for substituída pela prestação de serviços de assistência funeral, os benefícios previstos nestas Condições Especiais estarão à disposição da família do segurado no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas a partir do horário de protocolo de comunicação da ocorrência da morte do segurado à central de atendimento telefônico da Seguradora.
- 4.3. No caso da opção pela prestação dos serviços, estes estarão disponíveis 24 horas por dia, durante 365 dias do ano, **também limitados ao capital segurado contratado**, oferecendo-se os seguintes benefícios:
 - a) Carro funerário: à disposição da família para o transporte do corpo do Segurado desde o local em que estiver até o local do velório e, depois, se for o caso, ao local do sepultamento, desde que dentro do mesmo município;

- b) Coroa de flores: à disposição da família, confeccionada com flores da época, incluindo uma faixa de dizeres redigida pela própria família;
 - c) Ornamentação de urna: à disposição da família, flores da época para o interior da urna;
 - d) Paramentos: de responsabilidade do serviço de assistência funeral, os castiçais e velas que acompanham a urna bem como os aparelhos de ozona;
 - e) Registro de óbito: de responsabilidade do serviço de assistência funeral, o registro do óbito em cartório, sendo que, se necessário, será solicitado o acompanhamento de um membro da família;
 - f) sepultamento: de responsabilidade do serviço de assistência funeral, incluindo o pagamento das respectivas taxas relacionadas ao sepultamento nas modalidades municipal ou particular;
 - g) caixão: de responsabilidade do serviço de assistência funeral, o pagamento das despesas relacionadas à aquisição da urna funerária;
 - h) representante da prestadora de serviços: pessoa designada pela prestadora de serviço, responsável por providenciar todos os documentos necessários ao encaminhamento do sepultamento junto à funerária, tomando todas as medidas necessárias à realização do funeral, podendo solicitar o acompanhamento de membro da família, caso necessário.
- 4.4. A prestação dos serviços não implica, por parte da Seguradora, no reconhecimento de que passam a ser devidas indenizações por outras coberturas indicadas no certificado individual de microsseguro.**

5. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 5.1.** Em complemento à cláusula 18 **LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS** das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias autenticadas**:
- a) Formulário de Aviso de Sinistro fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo representante legal do Segurado;
 - b) Certidão de Óbito do Segurado;
 - c) Notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas com o funeral do segurado; e
 - d) Documento de identificação daquele(s) que realizar(em) as despesas.

6. BENEFICIÁRIO

- 6.1.** O beneficiário desta cobertura será o responsável pelo pagamento das despesas funerárias cobertas.

7. CONDIÇÕES GERAIS

- 7.1.** Ratificam-se as Condições Gerais deste microsseguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1. DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

- 1.1. Esta cobertura consiste no pagamento do capital segurado, de uma única vez, em caso da perda total ou impotência funcional definitiva dos membros ou órgãos definidos nestas Condições Especiais e no certificado individual, em decorrência de lesão física sofrida pelo segurado, provocada por acidente pessoal coberto.
- 1.2. Para efeito de indenização, consideram-se como Invalidez Permanente Total por Acidente os eventos relacionados abaixo, mediante comprovação por laudo médico conforme previsto no item 4, alínea e) dessas Condições Especiais, e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação:
- a) Perda total da visão de ambos os olhos;
 - b) Perda total do uso de ambos os braços;
 - c) Perda total do uso de ambas as pernas;
 - d) Perda total do uso de ambas as mãos;
 - e) Perda total do uso de um braço e uma perna;
 - f) Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
 - g) Perda total do uso de ambos os pés;
 - h) Alienação mental total incurável; e
 - i) Nefrectomia bilateral por acidente.
- 1.3. Não ficando abolidas por completo as funções dos membros ou órgãos lesados, a indenização por invalidez permanente total por acidente não será devida pela Seguradora, independente da percentagem de redução das funções.
- 1.4. Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez pré-existente será percentualmente deduzido para fins de indenização.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Além das exclusões descritas na cláusula 6. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos os danos físicos ocorridos em consequência de:
- a) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;
 - b) acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
 - c) acidentes sofridos antes da contratação do seguro, ainda que suas sequelas tenham se manifestado durante sua vigência; e
 - d) cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto.
- 2.2. Esta garantia não cobre situações de invalidez sofridas pelo segurado diferentes das discriminadas no item 1.2 destas Condições Especiais, qualquer que seja o grau e ainda que decorrente de acidente.

3. CAPITAL SEGUADO

- 3.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido certificado individual de microsseguro e vigente na data do evento coberto.
- 3.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data do acidente que deu origem ao sinistro.
- 3.3. A indenização por invalidez permanente total por acidente e, se contratada, pela cobertura de morte, não se acumulam. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente total, ocorrer a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do capital segurado por morte.
- 3.4. Com o pagamento de indenização por sinistro com o segurado principal, o certificado individual de seguro será automaticamente cancelado, não havendo reintegração do capital segurado.

4. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 4.1. Em complemento à cláusula 18 **LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS** das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias autenticadas**:
 - a) Formulário de Aviso de Sinistro fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou seu representante legal;
 - b) Documento de identificação do Segurado;
 - c) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
 - d) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado; e
 - e) Relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas, diagnósticos necessários e a data da invalidez.
- 4.2. **A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.**

5. BENEFICIÁRIO

- 5.1. **Salvo o caso de contratação da Cláusula de Cobertura Prestamista**, o beneficiário desta cobertura será o próprio segurado. Em caso de sinistro que cause alienação mental total incurável do Segurado, a indenização será paga ao responsável legal ou curador judicialmente nomeado, considerando que o Segurado passa a ser incapacitado para os atos da vida civil.

6. CONDIÇÕES GERAIS

- 6.1. **Ratificam-se as Condições Gerais deste microsseguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.**

CONDIÇÕES ESPECIAIS
COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E/OU
ODONTOLÓGICAS DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL (DMHO)

1. DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

- 1.1. Esta cobertura consiste no reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, realizado sob orientação médica e iniciado nos trinta primeiros dias contados da data de acidente pessoal coberto.
- 1.2. Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, **desde que legalmente habilitados.**
- 1.3. Desde que preservada a livre escolha, a Seguradora pode estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, para facilitar a prestação da assistência ao Segurado.
- 1.4. As despesas efetuadas no exterior serão ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado e respeitando-se o capital segurado.
- 1.5. Pelo mesmo acidente, somente serão pagas despesas médicas, hospitalares e odontológicas, até o limite do capital contratado.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Além das exclusões descritas na cláusula 6. **RISCOS EXCLUÍDOS** das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertas as despesas decorrentes de:
 - a) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;
 - b) acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
 - c) acidentes sofridos antes da contratação do seguro, ainda que suas sequelas tenham se manifestado durante sua vigência;
 - d) cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto; e
 - e) estados de convalescença, após a alta médica.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no certificado individual de microsseguro e vigente na data do evento coberto.
- 3.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data do acidente que deu origem ao sinistro.
- 3.3. A reintegração do capital segurado é automática após cada acidente, até o valor indenizado, não havendo a reintegração para danos causados em virtude do mesmo evento.

4. CONCORRÊNCIA DE APÓLICES E/OU CERTIFICADOS INDIVIDUAIS

- 4.1. **A indenização relativa a qualquer sinistro amparado por esta cobertura não**

poderá exceder o valor total das despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado em consequência do respectivo evento coberto.

- 4.2. Na ocorrência de sinistro contemplado por coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos, em apólices ou certificado individual distintos, a distribuição de responsabilidade entre as sociedades seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:
- I. será calculada a indenização individual de cada cobertura como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se o limite máximo de indenização da cobertura;
 - II. será definida a soma das indenizações individuais das coberturas concorrentes de diferentes apólices e/ou certificados individuais, relativas aos prejuízos comuns, de acordo com o inciso I dessa cláusula;
 - III. se a quantia a que se refere o inciso II desta cláusula for igual ou inferior ao prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada sociedade seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual, assumindo o segurado a responsabilidade pela diferença, se houver;
 - IV. se a quantia a que se refere o inciso II for maior que o prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada sociedade seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual e a soma a que se refere aquele inciso.

5. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 5.1. Em complemento à cláusula 18 **LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS** das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias autenticadas**:
- a) Formulário de Aviso de Sinistro fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
 - b) Documento de identificação do Segurado;
 - c) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
 - d) Notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas pelo Segurado;
 - e) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado; e
 - f) Relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas e diagnósticos necessários.

6. BENEFICIÁRIO

- 6.1. O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado.

7. CONDIÇÕES GERAIS

- 7.1. **Ratificam-se as Condições Gerais deste microsseguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.**

CONDIÇÕES ESPECIAIS
COBERTURA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR (DIH)

1. DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

- 1.1. Esta cobertura consiste no pagamento de indenização proporcional ao período de internação hospitalar do segurado, limitado ao número máximo de diárias contratado e observadas a franquia e/ou carência, quando previstas no certificado individual de microsseguro.
- 1.1.1 **Internação Hospitalar** é a permanência em hospital em regime de internação, indicada por profissional médico habilitado, caracterizada pela utilização de acomodação de que o estabelecimento disponha para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.
- 1.2. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada, respeitando o limite máximo de 365 diárias por evento.
- 1.3. A Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado esteve internado, a contar do primeiro dia após o período de franquia contratado, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias estabelecidos no certificado individual, o que ocorrer primeiro.
- 1.4. **Esta cobertura está restrita a pessoas com mais de 14 e menos de 65 anos de idade.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. **Ratificam-se os termos da cláusula 6. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro.**

3. CARÊNCIA

- 3.1. **A carência para Diárias por Internação Hospitalar será estabelecida no certificado individual, não podendo ser superior a 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do início de vigência do mesmo.**
- 3.2. **Não haverá cobertura para internações decorrentes de doenças iniciadas antes ou durante o período de carência. Não se aplica a carência para internações decorrentes de acidente pessoal coberto.**

4. FRANQUIA

- 4.1. **A franquia será estabelecida no certificado individual e terá prazo máximo de 15 (quinze) diárias de internação hospitalar por evento, sem prejuízo da carência mencionada na cláusula anterior.**

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, respeitado o valor por diária e o número de diárias contratadas, conforme estabelecido no certificado individual e vigente na data do evento coberto.
- 5.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data da internação que deu origem ao sinistro.
- 5.3. A indenização corresponderá ao pagamento de um valor diário fixo por dia de

hospitalização do Segurado em consequência de acidente pessoal ou doença coberta, após aplicação do período de franquia.

5.4. A reintegração do capital é automática após cada sinistro.

6. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 6.1. Em complemento à cláusula 18 **LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS** das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias autenticadas:**
- a) Formulário de Aviso de Sinistro fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
 - b) Documento de identificação do Segurado;
 - c) Relatório ou laudo preenchido e assinado pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas e diagnósticos necessários, comprovando o período de internação;
- 6.2. O segurado deve autorizar seu médico-assistente e o hospital a fornecer as informações clínicas solicitadas pelos peritos médicos da Seguradora, os quais se comprometem a zelar pela confidencialidade das mesmas, bem como autoriza submeter-se à realização de exame físico pericial por médico da Seguradora.

7. BENEFICIÁRIO

- 7.1. O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado.
- 7.2. Em sendo o beneficiário menor de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.

8. CONDIÇÕES GERAIS

- 8.1. **Ratificam-se as Condições Gerais deste microsseguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.**

CONDIÇÕES ESPECIAIS
COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (DIT)

1. DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

- 1.1. Esta cobertura consiste no pagamento de indenização proporcional ao período em que o segurado se encontrar sob tratamento médico que o impossibilite, de forma contínua e ininterrupta, a exercer sua profissão ou ocupação, observado o limite contratual máximo por evento e a franquia e/ou carência, quando previstas.
- 1.2. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada, respeitando o limite máximo de 365 diárias por evento.
- 1.3. A Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado esteve em tratamento médico, a contar do primeiro dia após o período de franquia contratado, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias estabelecidos no certificado individual, o que ocorrer primeiro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Ratificam-se os termos da cláusula 6. **RISCOS EXCLUÍDOS** das Condições Gerais deste seguro.

3. CARÊNCIA

- 3.1. A carência para Diárias por Incapacidade Temporária será estabelecida no certificado individual, não podendo ser superior a 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do início de vigência do mesmo.
- 3.2. Não haverá cobertura para incapacidade decorrente de doenças iniciadas antes ou durante o período de carência. Não se aplica a carência para incapacidade decorrente de acidente pessoal coberto.

4. FRANQUIA

- 4.1. A franquia será estabelecida no certificado individual e terá prazo máximo de 15 (quinze) dias por evento, a partir da data da incapacidade atestada pelo médico assistente do Segurado, sem prejuízo da carência mencionada na cláusula anterior.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, respeitado o valor por diária e número de diárias contratadas, conforme estabelecido no certificado individual e vigente na data do evento coberto.
- 5.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data do acidente pessoal ou do diagnóstico da doença que provocou a incapacidade física total e temporária do Segurado.
- 5.3. O pagamento da indenização será realizado mensalmente, enquanto permanecer a incapacidade física total e temporária do Segurado, limitado ao número de diárias cobertas.

6. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 6.1. Em complemento à cláusula 18 **LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS** das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo

listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias autenticadas:**

- a) Formulário de Aviso de Sinistro fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Documento de identificação do Segurado;
- c) Exames realizados que comprovem a incapacidade temporária e atestado médico confirmando o afastamento profissional;
- d) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado;
- e) Boletim de Ocorrência Policial se for o caso;
- f) Cópia autenticada do documento que comprove a atividade autônoma, podendo ser:
 - i. última declaração do Imposto de Renda, ou
 - ii. Recibo de Pagamento de Autônomo, ou
 - iii. Carnê Leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada, ou
 - iv. Comprovante, dos últimos 3 (três) meses anteriores a data da ocorrência do sinistro, do pagamento do INSS, acrescido do documento que comprove a atividade.

7. BENEFICIÁRIO

- 7.1. O beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.

8. CONDIÇÕES GERAIS

- 8.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste microsseguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE DESEMPREGO (D)

1. DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

- 1.1. Esta cobertura consiste no pagamento de indenização, em forma de renda mensal temporária, em decorrência da privação involuntária do segurado ao emprego formal remunerado, comprovado por carteira de trabalho, limitada ao prazo máximo contratado e observado o período de carência, quando previsto.
- 1.2. Para fins desta cobertura, entende-se como desemprego a perda involuntária de emprego decorrente da dispensa sem justa causa do Segurado com vínculo empregatício (carteira de trabalho assinada) conforme as disposições da C.L.T. (Consolidação das Leis do Trabalho). Somente deverá ser contratado essa cobertura por pessoas elegíveis, isto é, **desde que o mesmo comprove um período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais, na data do sinistro.**
- 1.3. **Pelo mesmo evento, o número de mensalidades indenizadas não pode superar a quantidade contratada, respeitando o limite máximo de 12 mensalidades por evento.**
- 1.4. A Seguradora efetuará o pagamento das mensalidades correspondentes ao período em que o Segurado esteve desempregado, desde que o desemprego tenha ocorrido após o período de carência e durante a vigência do certificado individual, até o limite de mensalidades estabelecidas no mesmo, o que ocorrer primeiro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. **Além das exclusões descritas na cláusula 6. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos os eventos decorrentes de Demissão por justa causa do trabalhador Segurado.**

3. CARÊNCIA

- 3.1. **A carência para Desemprego será estabelecida no certificado individual, não podendo ser superior a 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do início de vigência do mesmo.**
- 3.2. **Não haverá cobertura para as demissões ocorridas durante o período de carência.**

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, respeitado o número de mensalidades contratadas, conforme estabelecido no certificado individual e vigente na data do evento coberto.
- 4.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data da dispensa sem justa causa que deu origem ao sinistro.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 5.1. **Esta cobertura está restrita a eventos ocorridos no território brasileiro.**

6. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 6.1. Em complemento à cláusula 18 **LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS** das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo

listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias autenticadas**:

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

7. BENEFICIÁRIO

- 7.1. O beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.

8. CONDIÇÕES GERAIS

- 8.1. **Ratificam-se as Condições Gerais deste microsseguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.**

1. DEFINIÇÕES, RISCOS COBERTOS E RISCOS EXCLUÍDOS

- 1.1.** Esta cobertura consiste no pagamento do capital segurado, de uma única vez, em decorrência de diagnóstico de alguma das doenças devidamente especificadas nestas condições especiais, observada a carência, quando prevista.

2. DOENÇAS GRAVES COBERTAS:

2.1. CÂNCER (NEOPLASIA)

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

- 2.1.2** O termo câncer é sinônimo de “neoplasia maligna” e “tumor maligno”. Inclui as leucemias e doenças malignas do sistema linfático como a Doença de Hodgkin e todos os demais cânceres, conforme definição, com exceção dos abaixo especificados:

- a) Todos os cânceres não invasivos (in situ), lesões ou tumores pré-malignos, qualquer grau/estágio de neoplasia intraepitelial cervical (NIC: alterações nas células do colo uterino que são precursoras de câncer) – displasia do colúterino.
- b) Qualquer tipo de câncer de pele, tais como o carcinoma baso celular e o carcinoma de células escamosas, que não seja melanoma maligno com grau de invasão igual ou superior a 1,5mm, segundo a classificação de Breslow.
- c) Câncer de próstata abaixo do estágio T2 N0 M0 pela classificação TNM.
- d) Sarcoma de Kaposi ou qualquer outro tumor maligno diagnosticado em um portador do vírus da imunodeficiência humana (HIV).

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

- 2.1.4** Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de câncer e desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência do certificado individual, depois de cumprido o prazo de carência da cobertura.

2.2. INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

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

marcadores bioquímicos de necrose miocárdica.

2.2.2 Não estão compreendidos por esta cobertura os seguintes eventos:

- a) **Quadro de infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST (pedaço do traçado obtido no eletrocardiograma (ECG)).**
- b) **Quadro de infarto do miocárdio somente com elevação da troponina “I” ou “T” (proteínas que existem no músculo cardíaco que são usadas como marcadores de lesão celular (infarto)).**
- c) **Outras síndromes coronarianas agudas (conjunto de sinais e sintomas característicos, causados por doença ou distúrbio das artérias coronárias) como angina (dor no peito causada por baixo abastecimento de oxigênio para o músculo cardíaco) estável ou instável.**
- d) **Infarto do miocárdio antigo ou silencioso.**
 - ✓ **Infarto antigo:** infarto (morte de parte do músculo cardíaco) que ocorreu no passado.
 - ✓ **Infarto silencioso:** infarto que ocorre sem dor, sem percepção da vítima; geralmente constatado em um achado de exame feito ao acaso.

2.2.3 Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de infarto agudo do miocárdio e desde que a doença tenha sido diagnosticada no período de vigência do certificado individual, depois de cumprido o prazo de carência da cobertura.

2.3. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

2.3.1 Doença caracterizada por diminuição ou interrupção aguda do fluxo sanguíneo encefálico que resulte em morte do tecido encefálico e consequente sequela neurológica definitiva. O quadro deve ser causado pela ruptura de um vaso encefálico com extravasamento de sangue (hemorragia) ou pela obstrução de um vaso encefálico. Inclui-se na garantia o AVC provocado por embolização de vaso encefálico originada de fonte extracraniana.

2.3.2 O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado, aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas e respaldado por quadro neurológico típico e exames de imagem como tomografia axial computadorizada, ressonância magnética e estudo de circulação cerebral.

2.3.3 As sequelas neurológicas devem ser consideradas definitivas e passíveis de verificação por meio de exames especializados para confirmação do diagnóstico.

- a) **Embolização de vaso encefálico:** processo em que um êmbolo (coágulo, gordura, etc.) é transportado pela corrente sanguínea e termina por obstruir um vaso do encéfalo de calibre menor.
- b) **Encéfalo:** conjunto formado pelo cérebro e tronco cerebral (bulbo, ponte e cerebelo).

2.3.4 Não estão compreendidos por esta cobertura os seguintes eventos:

- a) **AVC isquêmico transitório e síndromes correlatas (p.ex. isquemia cerebral transitória – ICT): situações em que o fluxo sanguíneo cerebral é diminuído, deixando de irrigar temporariamente uma parte do tecido cerebral, mas que são reversíveis; geralmente causadas por espasmos arteriais.**

- b) Traumatismos crânio encefálicos: danos cerebrais causados por traumas, como asfixia.
- c) Infartos cerebrais lacunares sem déficit neurológico: pequenas áreas correspondentes a infartos do tecido cerebral, visíveis nos exames de imagem, porém em territórios que não causam sequelas neurológicas, ou seja, não têm repercussão clínica.
- d) Enxaquecas com sintomas neurológicos.
- e) Sequela neurológica caracterizada exclusivamente por distúrbios cognitivos / psiquiátricos que não configurem incapacidade para vida cível (sem curatela definitiva). Distúrbios cognitivos: distúrbios relacionados às capacidades de memória, atenção, percepção, raciocínio, juízo, pensamento e linguagem.

2.3.5 Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de AVC, com sequelas neurológicas típicas da doença, desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência do certificado individual, depois de cumprido o prazo de carência, se houver.

2.4. INSUFICIÊNCIA RENAL TERMINAL

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

2.4.2 Não estão compreendidos por esta cobertura os quadros transitórios de insuficiência renal, mesmo que ainda realizado tratamento de diálise.

2.4.3 Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de insuficiência renal terminal, desde que a doença causadora do quadro tenha se manifestado no período de vigência do certificado individual, depois de cumprido o prazo de carência da cobertura.

2.5. TRANSPLANTE DE ÓRGÃO

2.5.1 Procedimento cirúrgico em que o segurado participa como receptor de algum dos seguintes órgãos: coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico cirurgião habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.

2.5.2 Não estão compreendidos por esta cobertura os seguintes eventos:

- a) Colocação de órgãos artificiais, como coração artificial.
- b) Transplantes de órgão de animais, não humanos.
- c) Autotransplante de medula óssea.
- d) Transplante de células-tronco (células embrionárias).
- e) Transplante de células beta do pâncreas.
- f) Transplante de órgãos não mencionados no primeiro parágrafo do item 2.5.1.

2.5.3 Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados cuja necessidade e realização da cirurgia para transplante de órgão tenha ocorrido no período de vigência do certificado individual, depois de cumprido o prazo de carência da cobertura.

2.6. DOENÇA DE ALZHEIMER

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

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

2.6.3 Outra maneira de caracterização desta cobertura é a Doença de Alzheimer deixar o segurado total e permanentemente incapacitado para realizar, de maneira independente, três ou mais atividades da vida diária, abaixo citadas:

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

2.6.4 O quadro de demência avançada deve ser comprovado com apresentação de Termo de curatela definitiva. As incapacidades para as atividades da vida diária devem ser simultâneas e clinicamente documentadas para diagnóstico definitivo da doença.

2.6.5 Não estão compreendidos por esta cobertura os seguintes eventos:

- a)** Outros quadros de demência que não sejam considerados como decorrentes da Doença de Alzheimer.
- b)** Diagnóstico isolado de Doença de Alzheimer, que não resulte em quadro de sequelas incapacitantes para a vida cível ou para as atividades da vida diária, conforme definição acima descrita.

2.6.6 Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de Doença de Alzheimer e manifestarem incapacidades para vida cível ou para atividades da vida diária, conforme definição, desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência do certificado individual, depois de cumprido o prazo de carência da cobertura.

2.7. DOENÇA (OU MAL) DE PARKINSON

2.7.1 Diagnóstico definitivo de Doença de Parkinson primária ou idiopática, antes dos 65 anos de idade, feito por médico neurologista e confirmado por achados típicos nos exames clínicos, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica

mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades científicas especializadas.

2.7.2 Para caracterização desta cobertura, a Doença de Parkinson deve resultar em sequelas motoras que restrinjam o segurado ao leito – incapacidade de se levantar sem ajuda externa – e que demandem supervisão e cuidados constantes de terceiros. Outra maneira de caracterização desta garantia é a Doença de Parkinson deixar o segurado total e permanentemente incapacitado para realizar, de maneira independente, três ou mais atividades da vida diária, abaixo citadas:

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

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

Doença de Parkinson primária ou idiopática: sem causa conhecida.

2.7.4 Não estão compreendidos por esta cobertura os seguintes eventos:

- a) Todas as outras formas de Parkinsonismo que não a Doença de Parkinson primária ou idiopática, como as decorrentes de uso de medicamentos e de trauma crânio encefálico.
- b) Diagnóstico isolado de Doença de Parkinson primária ou idiopática, que não resulte em quadro de sequelas motoras que restrinjam o segurado ao leito ou o incapacitem para as atividades da vida diária, conforme definição acima descrita.

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Ratificam-se os termos da cláusula 6. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro.

4. CARÊNCIA

- 4.1. A carência para Doenças Graves será estabelecida no certificado individual, não podendo ser superior a 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do início de vigência do mesmo.**
- 4.2. Não haverá cobertura para doenças de conhecimento do Segurado antes ou durante o período de carência. Não se aplica a carência para eventos decorrentes**

de acidente pessoal coberto.

5. CAPITAL SEGUADO

- 5.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no certificado individual e vigente na data do evento coberto.
- 5.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data do diagnóstico positivo da doença grave coberta.
- 5.3. Como pagamento de indenização por sinistro com o segurado principal, o certificado individual de seguro será automaticamente cancelado, não havendo reintegração do capital segurado.
- 5.4. A indenização por Doenças Graves e Morte, se contratada, não se acumulam. Se, depois de paga indenização por doença grave coberta, ocorrer a morte do Segurado em consequência da mesma doença, a importância já paga será deduzida do capital segurado por morte.

6. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 6.1. Em complemento à cláusula 18 **LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS** das CONDIÇÕES GERAIS deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à **Seguradora em vias originais ou cópias autenticadas**:
 - a) aviso de sinistro;
 - b) documento de identificação do Segurado;
 - c) exame laboratorial que diagnosticou a doença; e
 - d) relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas que possibilitem o enquadramento do diagnóstico e estágio da patologia de que o segurado é portador nos critérios de indenização previstos para a cobertura pleiteada.

7. BENEFICIÁRIO

- 7.1. O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado.

8. CONDIÇÕES GERAIS

- 8.1. **Ratificam-se as Condições Gerais deste microsseguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.**

CONDIÇÕES ESPECIAIS
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE E DEPENDENTES

1. DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

- 1.1. Esta cláusula consiste na inclusão na(s) mesma(s) cobertura(s) do segurado principal, de seu cônjuge ou companheiro, seu(s) filho(s), enteado(s), pai, mãe e/ou outros dependentes.
- 1.2. Será considerada como Cônjuge, para fim de inclusão, a pessoa unida ao Segurado Principal pelo casamento civil, realizado em conformidade com a lei, assim como a(o) companheira(o) que por força de legislação tenha adquirido as prerrogativas de cônjuge.
- 1.3. Consideram-se como filhos para o efeito desta cláusula, os filhos, enteados e menores considerados dependentes do Segurado Principal, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda.
- 1.4. Estarão cobertos os filhos ou enteados do Segurado Principal, nos termos estabelecidos no certificado individual, a partir do início de vigência do mesmo ou a partir do nascimento do filho, quando posterior à contratação do certificado individual.
- 1.5. No caso de filhos menores de 14 (quatorze) anos, para o risco de morte, nos termos da legislação específica, o capital segurado destina-se exclusivamente ao reembolso das despesas havidas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios. Incluem-se entre as despesas havidas com o funeral as havidas com o traslado e não estão cobertas as despesas com a aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros. A cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas decorrentes de acidente pessoal (DMHO) também poderá ser contratada para os menores de 14 (quatorze) anos.
- 1.6. O seguro não deverá ser contratado caso os cônjuges ou dependentes que estejam aposentados por invalidez ou que estejam afastados ou impossibilitados de exercer atividades laborativas por motivo de doença.
- 1.7. O Segurado Principal é responsável pelas informações prestadas acerca de si, de seu cônjuge e/ou de seus dependentes.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. São os previstos para cada cobertura contratada.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. Os capitais segurados das coberturas contratadas para o cônjuge e/ou dependentes serão definidos no certificado individual de microsseguro e não poderão ser superiores a 100% (cem por cento) dos capitais segurados para o Segurado Principal.

4. BENEFICIÁRIOS

- 4.1. Salvo estipulação expressa em contrário no certificado individual, a indenização é devida:
- 4.2. No caso de sinistro com o cônjuge, companheira(o) ou outro dependente adulto segurado:
 - a) Por morte: ao segurado principal.

- b) Por outras causas e coberturas contratadas para o cônjuge: ao próprio dependente segurado.
- 4.3. No caso de sinistro com filho(s) ou enteado(s), a indenizações decorrentes desta cláusula serão pagas ao segurado principal.

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

- 5.1. Esta cobertura será obrigatoriamente cancelada se:
 - a) O certificado individual de microsseguro for cancelado.
 - b) Ocorrer a morte do Segurado principal.
- 5.2. A cobertura individual de cada segurado dependente será automaticamente cancelada se:
 - a) Ocorrer a morte do Segurado dependente.
 - b) Houver indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) ou Doenças Graves (DG) em decorrência de sinistro com o Segurado dependente.
 - c) Houver separação judicial ou de fato, no que se refere ao cônjuge dependente, nos termos da legislação civil vigente.
 - d) Cessar a condição de dependente prevista no Regulamento do Imposto de Renda, no que se refere aos demais dependentes.

6. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DESINISTRO

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

7. CONDIÇÕES GERAIS

- 7.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste microsseguro que não tenham sido alteradas expressamente por esta Cláusula Suplementar.

CONDIÇÕES ESPECIAIS
CLÁUSULA DE COBERTURA PRESTAMISTA

1. DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

- 1.1.** Esta cobertura consiste no pagamento de indenização ao credor em caso de ocorrência de evento coberto, equivalente ao saldo da dívida ou do compromisso assumido pelo segurado junto ao credor, devendo a diferença entre o Capital Segurado e a indenização efetivamente paga ao credor, quando verificada, ser paga ao segundo beneficiário, indicado pelo segurado, ao próprio segurado ou a seus herdeiros legais.
- 1.1.1.** Para fins desta Cobertura, entende-se credor como sendo a pessoa jurídica a quem o segurado paga prestações periódicas em decorrência da dívida contraída ou do compromisso assumido.
- 1.1.2.** Os eventos cobertos são: Morte, Invalidez Permanente Total por Acidente e Desemprego:

2. RISCOS COBERTOS, RISCOS EXCLUÍDOS, CARÊNCIA E ÂMBITO GEOGRÁFICO POR EVENTO COBERTO

2.1. Evento coberto Morte:

- 2.1.1.** Os mesmos previstos nas Condições Especiais da Cobertura de Morte.

2.2. Evento coberto Invalidez Permanente Total por Acidente:

- 2.2.1.** Os mesmos previstos nas Condições Especiais da Cobertura de Invalidez Permanente Total.

2.3. Evento coberto Desemprego:

- 2.3.1.** Os mesmos previstos nas Condições Especiais da Cobertura de Desemprego.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1.** O Capital Segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no certificado individual de microsseguro e vigente na data do evento coberto.
- 3.2.** O Capital Segurado será fixo durante a vigência do seguro, conforme estabelecido no certificado de microsseguro e vigente na data do evento coberto. Para os casos em que o Capital Segurado exceder o saldo da dívida existente, o valor da dívida será quitado junto ao credor e o excedente será pago ao segurado ou aos seus beneficiários.
- 3.3.** Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado, será considerada data do evento:
- 3.3.1. Evento coberto Morte:** a data de falecimento do segurado, comprovada mediante Certidão de Óbito.
- 3.3.2. Evento coberto Invalidez Permanente Total por Acidente:** a data do acidente que deu origem ao sinistro.
- 3.3.3. Evento coberto Desemprego:** a data da dispensa sem justa causa que deu origem ao sinistro.
- 3.4.** A indenização por Morte, e, se contratada, pela cobertura de Invalidez Permanente

Total por Acidente, não se acumulam. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente, ocorrer a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do Capital Segurado por morte.

- 3.5. Com o pagamento de indenização por sinistro com o segurado principal, o certificado individual de seguro será automaticamente cancelado, exceto no caso de sinistro pelo evento coberto Desemprego, porém não ocorrerá reintegração do Capital Segurado.

4. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIOS

- 4.1. Os capitais segurados e prêmios serão atualizados anualmente, na data do aniversário da apólice coletiva, conforme item 16 da Condição Geral.

5. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 5.1. Em complemento à cláusula 18 **LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS** das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias autenticadas**.
- 5.2. **Documentos que deverão ser apresentados em todos sinistros da cobertura prestamista:**
- 5.2.1. **Contrato entre segurado e credor, contendo descrição das prestações periódicas decorrentes da dívida contraída ou do compromisso assumido pelo segurado junto ao credor;**
- 5.2.2. **Extrato ou resumo fornecido pelo credor contendo valor presente das parcelas vincendas que corresponderá ao saldo da dívida ou do compromisso na data do sinistro;**
- 5.3. **Documentos que deverão ser apresentados conforme o evento coberto:**
- 5.3.1. **Morte: Os documentos previstos nas Condições Especiais da Cobertura de Morte.**
- 5.3.2. **Invalidez Permanente Total por Acidente: Os documentos previstos nas Condições Especiais da Cobertura de Invalidez Permanente Total.**
- 5.3.3. **Desemprego: Os documentos previstos nas Condições Especiais da Cobertura de Desemprego.**

6. BENEFICIÁRIOS

- 6.1. A qualificação do(s) beneficiário(s) desta cobertura rege-se pelas seguintes condições:
- 6.2. O primeiro beneficiário será o credor até o valor do Capital Segurado limitado ao saldo da dívida ou do compromisso assumido pelo segurado junto ao credor, devendo a diferença entre o Capital Segurado e a indenização efetivamente paga ao credor, quando verificada, ser paga ao segundo beneficiário, indicado pelo segurado, ao próprio segurado ou a seus herdeiros legais.
- 6.3. O segundo beneficiário deste seguro poderá ser indicado ou substituído pelo Segurado, no momento da adesão ou a qualquer tempo, através de solicitação formal contendo no mínimo: o nome, grau de parentesco e percentual de participação, devidamente preenchida, datada e assinada de próprio punho, e protocolada na **SEGURADORA** previamente ao sinistro, não se admitindo a

utilização de meios remotos neste procedimento

- 6.4. Para fins de identificação do segundo beneficiário, será sempre considerada a última alteração de beneficiário recebida pela Seguradora, antes da ocorrência do sinistro;
- 6.5. Na falta de indicação do segundo beneficiário, ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que foi feita, a indenização será paga aos herdeiros legais na ordem estabelecida pelo Art. 792 e 1.829 do Código Civil. Na falta das pessoas indicadas neste item, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.
- 6.6. É válida a instituição do companheiro como segundo beneficiário, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.
- 6.7. Em sendo o segundo beneficiário menor de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.

7. CONDIÇÕES GERAIS

- 7.1. **Ratificam-se as Condições Gerais deste microsseguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.**