

Sumário

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO EXMED EXCELSIOR – PESSOAS INDIVIDUAL.....	2
CLÁUSULA 1 - INFORMAÇÕES PRELIMINARES	2
CLÁUSULA 2 – OBJETIVO DO SEGURO	2
CLÁUSULA 3 - DEFINIÇÕES	2
CLÁUSULA 4 - ÂMBITO GEOGRÁFICO	5
CLÁUSULA 5 – COBERTURAS	5
CLÁUSULA 6 – RISCOS EXCLUÍDOS.....	6
CLÁUSULA 7 – CONTRATAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO	7
CLÁUSULA 8 – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	8
CLÁUSULA 9 – PAGAMENTO DO PRÊMIO	8
CLÁUSULA 10 – PERÍODO DE TOLERÂNCIA	9
CLÁUSULA 11 – BENEFICIÁRIOS	9
CLÁUSULA 12 – CAPITAL SEGURADO.....	10
CLÁUSULA 14 – REAJUSTE DO PRÊMIO POR IDADE.....	11
CLÁUSULA 15 – CARÊNCIA.....	11
CLÁUSULA 16 – FRANQUIA.....	11
CLÁUSULA 17 – INDENIZAÇÃO	11
CLÁUSULA 18 - LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS	12
CLÁUSULA 19 - RESCISÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO	13
CLÁUSULA 20 - PERDA DE DIREITO	13
CLÁUSULA 21 - PRESCRIÇÃO	14
CLÁUSULA 22 – FORO.....	14
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)	15
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)	17
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO INTERNAÇÃO (AI)	22
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL (AF)	26

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO EXMED EXCELSIOR – PESSOAS INDIVIDUAL

CLÁUSULA 1 - INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- 1.1. Estas são as Condições Gerais do Plano EXMED EXCELSIOR – PESSOAS INDIVIDUAL, nome fantasia, do Ramo Principal - 1381 – Acidentes Pessoais, este Plano é regido pelas disposições contidas nestas Condições.
- 1.2. Este plano destina-se à cobertura de segurados individuais.
- 1.3. A aceitação da proposta de seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.
- 1.4. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP.
- 1.5. O Segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.
- 1.6. Todos os valores constantes dos documentos relativos a este plano de seguro serão expressos em moeda corrente nacional.
- 1.7. Este plano está estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto, não permite a concessão de resgate, saldamento ou devolução e de prêmios ao Segurado ou ao Beneficiário, uma vez que cada Prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações no período da Cobertura.
- 1.8. Serão consideradas em cada caso, somente as condições correspondentes às coberturas expressamente previstas e discriminadas nestas Condições Gerais e ratificadas na apólice do seguro, desprezando-se quaisquer outras, mesmo que existentes em produto similar.

CLÁUSULA 2 – OBJETIVO DO SEGURO

- 2.1. Garantir o pagamento de indenização ao Segurado ou ao beneficiário pela ocorrência dos riscos especificados como cobertos, de acordo com as coberturas e limites dos Capitais Segurados contratados e especificados na apólice, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e das demais Condições Contratuais.**

CLÁUSULA 3 - DEFINIÇÕES

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

- 3.2. **APÓLICE** – Documento emitido pela sociedade seguradora que formaliza a aceitação das coberturas solicitadas pelo proponente, nos planos individuais (apólice individual), ou pelo estipulante, nos planos coletivos (apólice coletiva).
- 3.3. **AVISO DE SINISTRO** – Obrigação do Segurado ou do Beneficiário, visando acautelar seus interesses, de comunicar a ocorrência de sinistro garantido pela apólice, à Seguradora, para que esta inicie seu processo de regulação.
- 3.4. **ATIVIDADE LABORATIVA** – Qualquer ação ou trabalho por meio do qual o Segurado obtenha renda.
- 3.5. **ATO MÉDICO** – Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
- 3.6. **ATO ILÍCITO** – Toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.
- 3.7. **BENEFICIÁRIO** – Pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.
- 3.8. **CAPITAL SEGURADO** – Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago ou reembolsado pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.
- 3.9. **CARÊNCIA** – Período de tempo ininterrupto, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.
- 3.10. **COBERTURA** - Proteção contra determinado risco, contratada pelo Segurado, de acordo com as condições da Apólice.
- 3.11. **CONDIÇÕES CONTRATUAIS** – Conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais.
- 3.12. **CONDIÇÕES ESPECIAIS** - É o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.
- 3.13. **CONDIÇÕES GERAIS** – Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.
- 3.14. **DATA DE EXIGIBILIDADE** – Data a partir da qual incide atualização de valores a serem pagos como indenização, reembolso de despesas cobertas e recebimento ou devolução de prêmios, conforme previsto nestas condições.
- 3.15. **DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE** – Documento formal integrante da Proposta de Contratação em que o proponente ou Segurado presta informações sobre as suas condições de saúde na data de contratação do seguro.
- 3.16. **DOCUMENTOS CONTRATUAIS**– A proposta, a apólice, o certificado individual (nas apólices coletivas) e o endosso.

- 3.17. **DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES** – são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, de conhecimento do proponente e não declaradas na Proposta de Contratação do seguro. São Riscos Excluídos de todas as Coberturas deste seguro.
- 3.18. **DOWNLOAD** – Ato de transferir (baixar) um ou mais arquivos de um servidor remoto para um computador local. É um procedimento muito comum e necessário.
- 3.19. **EMOLUMENTOS** - Conjunto de despesas adicionais que a Seguradora cobra do Segurado, correspondente às parcelas de impostos e outros encargos a que está sujeito o seguro.
- 3.20. **ENDOSSO** – Documento, emitido pela sociedade seguradora, por meio do qual são formalizadas alterações do seguro contratado, de comum acordo entre as partes envolvidas.
- 3.21. **FRANQUIA** - Período contínuo de tempo, determinado na apólice, contado a partir da data do sinistro, durante o qual a Seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.
- 3.22. **INDENIZAÇÃO** – Valor a ser pago pela Seguradora no caso de ocorrência de sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura contratada.
- 3.23. **INÍCIO DE VIGÊNCIA** - Data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.
- 3.24. **JURO DE MORA** – Encargo financeiro por atraso no pagamento ou recebimento de algum valor, após a aplicação do índice de atualização de valores monetários.
- 3.25. **LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO** – Ato final do processo de regulação do sinistro que consiste no pagamento ou não pagamento de indenização ao Beneficiário.
- 3.26. **MÉDICO 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, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.
- 3.27. **PRÊMIO** – é o valor pago à Seguradora, nos termos previamente ajustados, como contraprestação ao custeio da(s) cobertura(s) contratada(s) e constantes da Apólice de Seguro.
- 3.28. **PRÊMIO LÍQUIDO** – Valor do Prêmio sem os emolumentos.
- 3.29. **PRESCRIÇÃO** – Perda do direito da pretensão de todo e qualquer pedido reclamando um interesse, em razão do transcurso do prazo fixado em lei.
- 3.30. **PROPONENTE** - Interessado em contratar a cobertura (ou coberturas).
- 3.31. **PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO** – Documento preenchido pelo proponente contendo a sua declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, por meio da qual o mesmo expressa a intenção de contratar o seguro e as coberturas escolhidas, manifestando pleno conhecimento das disposições contratuais que regem este seguro. Integra a Proposta de Contratação um questionário por meio do qual o

proponente deve prestar à Seguradora as informações sobre seu estado de saúde de seu conhecimento e hábitos de vida, de forma verdadeira e completa, sob pena de, em caso de inexatidão ou omissão, perder o direito à garantia, mesmo após o sinistro, nos termos do art. 766 do Código Civil.

- 3.32. **"PRO RATA TEMPORIS"** – Cálculo cujo resultado é proporcional ao tempo decorrido. Nos contratos de seguro, diz-se do prêmio quando é calculado proporcionalmente aos dias já decorridos do contrato.
- 3.33. **REGULAÇÃO DE SINISTRO** – Procedimento técnico-administrativo promovido pela Seguradora que se inicia com o aviso de sinistro e que tem o objetivo de constatar o evento reclamado, apurar a cobertura em relação à apólice contratada, avaliar a extensão do prejuízo decorrente e que se conclui com a definição acerca do pagamento ou não da indenização.
- 3.34. **RISCO EXCLUÍDOS** – São aqueles riscos previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais da(s) Cobertura(s) contratadas, que não serão cobertos por este seguro.
- 3.35. **SEGURADO** – Pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 3.36. **SEGURADORA** – Companhia Excelsior de Seguros, Seguradora autorizada pela SUSEP a funcionar no Brasil.
- 3.37. **SINISTRO** – Ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do seguro.
- 3.38. **SUSEP** – Superintendência de Seguros Privados – Autarquia com poderes de normatização, controle e fiscalização do mercado de seguros no Brasil.
- 3.39. **VIGÊNCIA** – Intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o contrato de seguro, podendo ser fixada em anos, meses, dias, horas, minutos, jornada, viagem ou trecho, ou outros critérios, conforme estabelecido no plano de seguro. A cobertura individual, é o período de validade das coberturas contratadas, para cada Segurado.

CLÁUSULA 4 - ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 4.1. As disposições deste seguro aplicam-se aos sinistros ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.
- 4.2. As eventuais indenizações serão pagas sempre no Brasil e em moeda corrente nacional.

CLÁUSULA 5 – COBERTURAS

- 5.1. As coberturas a seguir listadas são passíveis de contratação, respeitando-se as conjugações de planos disponibilizadas pela Seguradora. As respectivas definições, riscos excluídos e demais características estão previstas nas Condições Especiais de cada cobertura:
 - a) Morte por Acidente (MA);
 - b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
 - c) Auxílio Internação (AI);
 - d) Assistência Funeral (AF).

- 5.2. As coberturas do seguro são aquelas discriminadas na Proposta de Contratação e, quando contratadas, estarão expressas e ratificadas na Apólice.
- 5.3. As coberturas deste plano poderão ser contratadas isoladamente, exceto a cobertura de Assistência Funeral (AF).

CLÁUSULA 6 – RISCOS EXCLUÍDOS

6.1 Estão expressamente excluídos de todas as garantias e cobertura deste seguro os eventos e sinistros ocorridos decorrentes, direta ou indiretamente, de:

- a) Doenças ou lesões pré-existentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado no momento da contratação e não declaradas na Proposta de Contratação;
- b) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e tratamentos medicamentosos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- c) Suicídio ou sua tentativa, quando ocorrido nos dois primeiros anos de vigência do risco individual ou nos dois primeiros anos da data do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento;
- d) Epidemias, Endemias e pandemias declaradas por órgão competente;
- e) Ato reconhecidamente perigoso, ressalvado quando for por ato de humanidade em auxílio de outrem, utilização de meio de transporte mais arriscado, prestação de serviço militar e prática de esporte;
- f) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;
- g) Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- h) Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, ressalvados quando se tratar de Segurado militar e em exercício de suas funções e atos de humanidade em auxílio de outrem;
- i) Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- j) Ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente; e
- k) Do Segurado dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeiram aptidão, sem que possua habilitação legal e apropriada.

6.2 Além dos riscos excluídos acima, referente as Condições Gerais do seguro, há também os Riscos Excluídos específicos para cada cobertura nas Condições Especiais.

CLÁUSULA 7 – CONTRATAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO

- 7.1. A contratação ou alteração do seguro, bem como a renovação não automática, será feita mediante Proposta de Contratação assinada pelo proponente, por seu representante ou por corretor de seguros habilitado, e entregue, sob protocolo, à Seguradora. Cabe à Seguradora fornecer ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora do seu recebimento.
- 7.2. A Proposta de Contratação também poderá ser formalizada por meio de login e senha, necessariamente pré-cadastrados pelo proponente/representante legal em ambiente seguro.
- 7.3. **A aceitação do proponente estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.**
- 7.4. **A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias, contados da data de recepção da proposta, para aceitá-la ou não, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.**
- 7.5. **A solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta poderá ocorrer apenas uma vez, desde que a Seguradora fundamente o pedido, hipótese em que o prazo de 15 (quinze) dias mencionado no item anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que a Seguradora receber os documentos.**
- 7.6. A Seguradora comunicará ao proponente, por escrito, a aceitação ou não da Proposta de Seguro, especificando o motivo da recusa, quando for o caso. A emissão e o envio da apólice, dentro do prazo acima, substituem a manifestação expressa de aceitação da proposta pela seguradora.
- 7.7. **A ausência de manifestação, por escrito, da Seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.**
- 7.8. A critério da Seguradora, poderá ser exigida a Declaração Pessoal de Saúde (DPS) do proponente, quando da contratação ou da adesão ao seguro.
- 7.9. A data de aceitação da proposta será aquela que ocorrer primeiro entre, devendo constar na proposta o critério de aceitação:
 - I. – a data da manifestação expressa pela sociedade seguradora;
 - II. – a data de emissão da apólice com consequente envio e/ou disponibilização do documento contratual; ou
 - III. – a data de término do prazo previsto no item 7.4. acima, quando caracterizada a aceitação tácita da proposta, conforme especificado no item 7.7 desta cláusula.
- 7.10. A cobrança total ou parcial de prêmio antes da aceitação da proposta somente será admitida em caso de oferecimento de cobertura provisória ao proponente, para sinistros ocorridos no período de análise da proposta, e desde que expressamente prevista nas condições contratuais e solicitada pelo proponente na proposta.
- 7.11. No caso de aceitação da proposta, a seguradora poderá considerar o período de cobertura provisória como de efetiva vigência, desde que haja tal previsão nos documentos contratuais.

- 7.12. Em caso de recusa do risco, em que tenha havido cobertura provisória, a restituição será realizada no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, a contar da data de formalização da recusa da proposta, deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.
- 7.12.1. Se a restituição for feita posteriormente ao prazo máximo estabelecido no item 7.12 acima, a restituição estará sujeita à atualização e juros de mora, serão atualizados com base na variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), na hipótese de extinção do índice definido nesta cláusula, será adotado o IGPM/FGV (Índice Geral de Preços para o Mercado/Fundação Getúlio Vargas).

CLÁUSULA 8 – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

- 8.1. O prazo de vigência do seguro será de 1 ano, podendo ser renovado nos termos da Legislação e desta Condição geral.
- 8.2. **O seguro poderá ser cancelado de acordo com a CLÁUSULA 19 - RESCISÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO.**
- 8.3. A apólice e os endossos terão seu início e término de vigência às 24h (vinte e quatro horas) das datas para tal fim neles indicadas.
- 8.4. A Seguradora emitirá e enviará a Apólice no início e a cada renovação do seguro. Em caso de utilização de meios remotos na emissão de documentos contratuais, será garantido a possibilidade de impressão ou download do documento pelo cliente.
- 8.5. A renovação poderá ocorrer de forma automática uma única vez, nos termos da Lei, salvo se a Seguradora ou o Segurado, manifestar-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.
- 8.6. A partir da segunda, as renovações do seguro deverão ser feitas de forma expressa, servindo-se a Seguradora ou o Segurado de meio que demonstre sua vontade em renovar o Seguro.
- 8.7. A manifestação se tornará sem efeito, caso a Seguradora se manifeste com antecedência mínima de 30 (trinta) dias em relação ao término de vigência da apólice, informando a não aceitação da renovação do seguro.
- 8.8. Qualquer alteração nas Condições Contratuais deste seguro será realizada por endosso à apólice, com a concordância expressa e escrita do Segurado ou de seu representante.

CLÁUSULA 9 – PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 9.1. O pagamento dos prêmios é de responsabilidade do Segurado.
- 9.2. Os prêmios serão calculados com base nas taxas e critérios constantes da Proposta de Contratação, Apólice e Condições Especiais.
- 9.3. O pagamento do prêmio será efetuado de forma mensal.

- 9.4. **Para garantir seu direito à cobertura, o Segurado deverá efetuar o pagamento dos prêmios à Seguradora até a data acordada.**
- 9.5. Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente em que houver expediente bancário.
- 9.6. **A falta de pagamento da primeira fatura, implicará no cancelamento da apólice, sendo este previamente comunicado ao segurado.**
- 9.7. Iniciada a vigência da cobertura, se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio sem que este tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado, podendo, quando for o caso, haver o abatimento do prêmio na indenização.

CLÁUSULA 10 – PERÍODO DE TOLERÂNCIA

- 10.1. Não havendo a quitação da segunda fatura ou qualquer fatura subsequente, até a data do vencimento, haverá tolerância de até 30 (trinta) dias do vencimento, para regularização dos prêmios em atraso, sem suspensão das coberturas.
- 10.2. **Decorridos 30 (trinta) dias contados da data de vencimento sem que o prêmio tenha sido quitado, a apólice será automaticamente e de pleno direito cancelada, mediante comunicado prévio, a partir do 31º dia de vencimento da fatura em atraso, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba qualquer restituição de prêmio anterior, ficando o Segurado obrigado ao pagamento dos prêmios vencidos relativos ao período de cobertura.**

CLÁUSULA 11 – BENEFICIÁRIOS

- 11.1. No caso das coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e Auxílio Internação, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado principal.
- 11.2. No caso da cobertura de Assistência Funeral (AF) será a pessoa física ou jurídica que, mediante apresentação de comprovantes originais, tiver realizado o pagamento das despesas com o funeral, observado o Capital Segurado.
- 11.3. Para a cobertura de Morte por Acidente, os beneficiários do seguro serão designados livremente pelo Segurado, ressalvadas as restrições legais, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada.
- 11.4. Para fins de identificação do(s) Beneficiário(s), será sempre considerada a última alteração de beneficiários recebida pela Seguradora, antes da ocorrência do sinistro.
- 11.5. Quando for designado mais de um Beneficiário, o Segurado deverá indicar o percentual da Indenização destinado a cada um deles. Na ausência de distribuição, o pagamento da Indenização será realizado de forma proporcional ao número de Beneficiários.

- 11.6. Caso um ou mais beneficiários venham a falecer antes do Segurado, o Capital Segurado será redistribuído entre os remanescentes em partes proporcionais, observando o percentual indicado de participação de cada um.
- 11.7. Não pode ser instituído Beneficiário pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do Segurado.
- 11.8. 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.
- 11.9. **Na falta de indicação de beneficiário, ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que foi feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.**
- 11.10. Na falta das pessoas indicadas neste item, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.
- 11.11. Em sendo os beneficiários menores de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.

CLÁUSULA 12 – CAPITAL SEGURADO

- 12.1. O Capital Segurado, por cobertura, será indicado na Apólice e representa o limite máximo de responsabilidade da Seguradora em caso de sinistro coberto.
- 12.2. A data do evento a ser considerada para determinação do Capital Segurado vigente na data do sinistro está estabelecida nas Condições Especiais das respectivas coberturas contratadas.

CLÁUSULA 13 – ATUALIZAÇÃO DE VALORES E JUROS DE MORA

- 13.1 Fica pactuado o Índice IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) para atualização, quando couber, de todos os valores contratados e de eventuais importâncias a serem pagas, devolvidas ou complementadas, observadas as disposições específicas de cada item deste seguro.
- 13.2 Na hipótese de extinção do índice definido nesta cláusula, será adotado o Índice Geral de Preços para o Mercado/Fundação Getúlio Vargas – IGPM/FGV.
- 13.3 As contratações com vigência igual ou inferior a um ano não estão sujeitas à atualização monetária de prêmios e capitais segurados.
- 13.4 Quando aplicável, e especificado na apólice, os capitais segurados e prêmios serão atualizados anualmente ou na data de aniversário da nova vigência, se renovada, com base na variação positiva do índice no correspondente período anual.
- 13.5 A atualização será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

- 13.6 O pagamento dos valores relativos à atualização monetária e juro de mora far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do Contrato.
- 13.7 Os valores devidos a título de devolução de prêmio sujeitam-se à atualização monetária a partir da data em que se tornarem exigíveis, sendo:
- a) no caso de cancelamento do contrato, por iniciativa do segurado: a data do recebimento da solicitação de cancelamento;
 - b) no caso de cancelamento do contrato por iniciativa da Seguradora: a data do efetivo cancelamento;
 - c) no caso de recebimento indevido de prêmio: a data de recebimento do prêmio; ou,
 - d) no caso de recusa de proposta com prêmio recebido antecipadamente: a data de formalização da recusa, se ultrapassado o prazo de 10 (dez) dias.
- 13.8 Se o pagamento da indenização não for efetuado no prazo de 30 (trinta) dias da entrega de toda a documentação necessária, conforme estabelecido nas Condições Especiais de cada cobertura contratada, o valor da mesma será atualizado monetariamente, sendo que a atualização monetária se dará pela variação positiva do índice, apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, acrescido dos juros de mora a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para pagamento da indenização.
- 13.9 O juro de mora previsto nestas Condições Gerais será equivalente à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional.

CLÁUSULA 14 – REAJUSTE DO PRÊMIO POR IDADE

- 14.1. O Prêmio mensal estipulado na data de início de vigência do seguro será aquele estabelecido na Proposta de Contratação, e fixado até o término da vigência.

CLÁUSULA 15 – CARÊNCIA

- 15.1. A existência de carência está estabelecida nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.
- 15.2. Não há carência para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoal.

CLÁUSULA 16 – FRANQUIA

- 16.1. A existência de franquia está estabelecida nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

CLÁUSULA 17 – INDENIZAÇÃO

- 17.1. As indenizações deste seguro serão pagas no Brasil e em moeda nacional.

17.2. Caracterizado o sinistro, a Seguradora efetuará a indenização em parcela única, até o limite do Capital Segurado contratado, obedecendo à demais Condições Contratuais.

CLÁUSULA 18 - LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

- 18.1. Ocorrido o sinistro, cabe ao Segurado, ao seu Representante ou ao seu Beneficiário:
- a) dar imediato aviso à Seguradora, por qualquer meio disponível, e comprovar satisfatoriamente a ocorrência do sinistro, bem como relatar-lhe todas as circunstâncias relacionadas ao evento;
 - b) prestar assistência à Seguradora, sempre que esta queira adotar medidas tendentes à elucidação de circunstâncias ou fatos ligados ao sinistro; e
 - c) entregar à Seguradora os documentos necessários à liquidação do sinistro, conforme descritos nas Condições Especiais das coberturas contratadas. O não fornecimento da documentação solicitada acarreta a suspensão do prazo para pagamento da indenização
- 18.2. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou de seu Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.
- 18.3. Os atos ou providências que a Seguradora praticar após o sinistro, não importam, por si, no reconhecimento da obrigação de pagar a indenização reclamada.
- 18.4. Em caso de reembolso de despesas com sinistros cobertos, efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução de documentos ficarão totalmente a cargo da Seguradora.
- 18.5. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo beneficiário, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos destas Condições Gerais, quando aplicável.
- 18.6. A indenização devida por este seguro será paga no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de recebimento, pela Seguradora, de toda a documentação e informações ou esclarecimentos solicitados, que comprovem a ocorrência do sinistro.
- 18.7. Na hipótese de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar outros documentos e informações ou esclarecimentos complementares. Nesse caso, a contagem do prazo mencionado no item anterior ficará suspensa e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.
- 18.8. Se o pagamento do Capital Segurado ocorrer após o prazo de 30 (trinta) estipulado para a liquidação do Sinistro, será aplicada, desde a data do evento, correção monetária pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou, na falta deste, pelo IGPM/FGV (Índice Geral de Preços para o Mercado/Fundação Getúlio Vargas), considerando-se a variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado anteriormente à data de sua

efetiva liquidação, mais juros de mora conforme disposto no item 13.9 da Cláusula 13 – ATUALIZAÇÃO DE VALORES E JUROS DE MORA, destas Condições Gerais.

CLÁUSULA 19 - RESCISÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO

19.1. Este seguro será rescindido ou cancelado, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, por falta de pagamento do prêmio ou descumprimento de quaisquer outras obrigações previstas nas Condições Contratuais e/ou nos termos da CLÁUSULA 20 – PERDA DE DIREITO, destas Condições Gerais.

19.2. O segurado será cancelado ainda:

- a) Na ocorrência da morte do segurado;**
- b) Quando o Segurado solicitar o cancelamento.**

CLÁUSULA 20 - PERDA DE DIREITO

20.1. Ocorrerá a perda de direito à indenização por este seguro se:

20.1.1. o Segurado agravar intencionalmente o risco; e

20.1.2. o Segurado ou seu representante fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, estando o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

20.2. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

I – Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou**
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.**

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

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

III – Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

- 20.3 O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à(s) Cobertura(s) contratada(s), se ficar comprovado que ele silenciou de má-fé.
- 20.4 A Seguradora poderá, no prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso de agravamento do risco, dar ciência ao Segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura ou cobrar a diferença de prêmio cabível.
- 20.5 O cancelamento do seguro somente será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de Prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer. Tratando-se de seguro de pagamento mensal, não haverá qualquer restituição de Prêmio.

CLÁUSULA 21 - PRESCRIÇÃO

- 21.1. Decorridos os prazos determinados em lei, opera-se a prescrição para este Plano.

CLÁUSULA 22 – FORO

- 22.1. As questões judiciais entre o Segurado ou Beneficiário, e a Seguradora serão processadas no foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto nesta cláusula.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS

- 1.1. Se ratificada na Apólice, esta cobertura cobre a morte do Segurado decorrente exclusivamente de acidente pessoal, ocorrido durante a vigência do risco individual, respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.
- 1.2. Esta cobertura, nos seguros de menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas 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 funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os riscos excluídos da CLÁUSULA - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro.

CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao(s) Beneficiário(s) em caso de sinistro coberto.
- 3.2. As indenizações por morte acidental, e por invalidez permanente por acidente, não se acumulam.
Se, depois de pago a indenização por invalidez permanente por acidente verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do Capital Segurado por morte e a Seguradora indenizará a diferença, se houver.
- 3.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente que provocou a morte do Segurado.

CLÁUSULA 4 – BENEFICIÁRIOS

Observado os termos da CLÁUSULA – BENEFICIÁRIOS das Condições Gerais, os beneficiários do seguro para esta cobertura serão designados livremente pelo Segurado, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada pelo segurado.

CLÁUSULA 5 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA – LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, em vias originais ou cópias autenticadas, os seguintes documentos:

5.1. Documentos do Segurado sinistrado:

- a) Formulário Aviso de Sinistro, devidamente assinado pela pessoa que comunicou o sinistro com a validação das informações prestadas;
- b) Cópia do RG e CPF ou CNH (com o Nº de ambos os documentos)
- c) Comprovante atualizado de endereço nominal ao segurado;
- d) Certidão de Nascimento, ou de Casamento;
- e) Certidão de Óbito;
- f) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- g) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado, em caso de acidente com veículo que estivesse sendo dirigido pelo mesmo;
- h) Laudo de Necropsia, emitido pelo IML se houver; e
- i) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

5.2. Documentos de identificação de cada beneficiário:

- a) Carteira de identidade ou equivalente;
- b) CPF (ou outro documento que indique seu número);
- c) Certidão de Nascimento, ou de Casamento;
- d) Comprovante de união estável (em caso de companheiro beneficiário);
- e) Comprovante de residência (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias); e
- f) Número de telefone para contato.

CLÁUSULA 6 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

CLÁUSULA 1 - RISCOS COBERTOS

- 1.1. Se ratificada na Apólice, esta cobertura cobre a invalidez permanente do Segurado relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão em virtude de lesão física causada direta e exclusivamente por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do risco individual, respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.
- 1.2. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, tendo sido constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará a indenização, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela seguinte, sendo que eventual grau de invalidez (percentagem relativa à perda ou redução da função de um membro ou órgão) já existente antes de acidente coberto será deduzido do grau de invalidez definitivo, apurado em consequência desse acidente coberto.

INVALIDEZ TOTAL		INVALIDEZ PARCIAL DIVERSAS	
DISCRIMINAÇÃO DA INVALIDEZ	% sobre o Capital Segurado Individual	DISCRIMINAÇÃO DA INVALIDEZ	% sobre o Capital Segurado Individual
Perda total da visão de ambos os olhos	100	Perda total da visão de um olho	30
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Perda total do uso de ambas as mãos	100	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100	Mudez incurável	50
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Perda total do uso de ambos os pés	100	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Alienação mental total e incurável	100	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25

INVALIDEZ PARCIAL MEMBROS SUPERIORES		INVALIDEZ PARCIAL MEMBROS INFERIORES	
DISCRIMINAÇÃO DA INVALIDEZ	% sobre o Capital Segurado Individual	DISCRIMINAÇÃO DA INVALIDEZ	% sobre o Capital Segurado Individual
Perda total do uso de um dos membros superiores	70	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60	Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50	Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
Anquilose total de um dos ombros	25	Fratura não consolidada da rótula	20
Anquilose total de um dos cotovelos	25	Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos punhos	20	Anquilose total de um dos joelhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25	Anquilose total de um dos tornozelos	20
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18	Anquilose total de um quadril	20
Perda total do uso da falange distal do polegar	9	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15	Amputação do primeiro dedo	10
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12	Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9	Perda total do uso de uma falange do primeiro dedo, indenização equivalente a $\frac{1}{2}$ e dos demais dedos, equivalente a $\frac{1}{3}$ do respectivo dedo	-

INVALIDEZ PARCIAL MEMBROS SUPERIORES		INVALIDEZ PARCIAL MEMBROS INFERIORES	
	-	Encurtamento de um dos membros inferiores	
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo		* de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
		* de 4 (quatro) centímetros	10
		* de 3 (três) centímetros	6
		menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	-

13. Não ocorrendo a perda por completo das funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela acima para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%.
14. Nos casos não especificados na tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.
15. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do Capital contratado. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à indenização prevista para sua perda total.
16. 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.

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se todos os termos da CLÁUSULA - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro.

CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao Segurado em caso de sinistro coberto.
- 3.2. As indenizações por Invalidez Permanente por Acidente e, se contratada, pela cobertura de Morte Acidental, não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a

importância já paga por invalidez permanente será deduzida do Capital Segurado por morte acidental, e a Seguradora indenizará a diferença, se houver.

- 3.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente que provocou a invalidez permanente do Segurado.
- 3.4. A reintegração do Capital Segurado referente a esta cobertura, no caso de invalidez parcial, é automática após cada acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

CLÁUSULA 4 – JUNTA MÉDICA

- 4.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora proporá ao mesmo, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.
- 4.2. A junta médica de que trata esta cláusula será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempataador, escolhido pelos dois nomeados.
- 4.3. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.
- 4.4. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

CLÁUSULA 5 – BENEFICIÁRIO

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.

CLÁUSULA 6 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA – LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, em vias originais ou cópias autenticadas, os seguintes documentos:

- a) Formulário Aviso de Sinistro, devidamente assinado pela pessoa que comunicou o sinistro com a validação das informações prestadas;
- b) Cópia do RG e CPF ou CNH (com o Nº de ambos os documentos)
- c) Comprovante atualizado de endereço nominal ao segurado;
- d) Relatório do médico responsável, datado e assinado e com a indicação do CRM, atestando as características e grau da invalidez;
- e) Radiografias e exames médicos recentes que comprovem a invalidez, incluindo prontuário médico hospitalar, quando houver;
- f) Relatório de fisioterapia detalhando número de sessões; registro de comparecimento; relatório de evolução em cada sessão e parecer final do fisioterapeuta que acompanhou o

tratamento devidamente assinado e carimbado pelo profissional que acompanhou o tratamento.

- g) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- h) CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho (aberto pela empresa, se acidente de trabalho).
- i) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado, em caso de acidente com veículo que estivesse sendo dirigido pelo mesmo;e
- j) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

CLÁUSULA 7 - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO INTERNAÇÃO (AI)

CLÁUSULA 1 - RISCOS COBERTOS

- 1.1. Se ratificada na Apólice, esta cobertura visa auxiliar o segurado que incorrer em despesas com internação hospitalar durante a vigência do risco individual, determinada por indicação médica e devidamente comprovada por atestados médicos, motivada por acidente pessoal ou doença, mediante pagamento das diárias a que tiver direito, proporcional ao período de internação, observado o valor, a quantidade e a franquia contratada.
- 1.2. **Este seguro não se confunde e nem substitui o plano de saúde adquirido pelo segurado, quando for o caso. O objetivo deste seguro é auxiliar o segurado que incorrer com despesas de internação hospitalar, quando não for possível ou por qualquer motivo não estiver acessível sua internação no serviço público de saúde.**
- 1.3. A internação hospitalar é caracterizada pela utilização de acomodação de que o Hospital disponha para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.
- 1.4. Esta cobertura é devida após o período de carência, se houver, e a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro.
- 1.5. **Esta cobertura não garante a internação ou vaga em Hospital, que devem ser procuradas pelo Segurado, seu médico ou por quem os represente.**
- 1.6. **Esta cobertura não possui cláusula de reintegração.** O capital contratado corresponderá ao valor máximo garantido para todo o período de vigência da apólice.
- 1.7. Respeitado os limites do capital segurado, estão cobertas internações **decorrentes de intercorrências médicas** provenientes de:
 - (1) gravidez ou parto, extensivas ao neonato, limitadas ao 30º dia de vida;
 - (2) internações com finalidades estéticas, quando realizados por cirurgião membro da Sociedade Brasileira de Cirurgias Plástica -SBCP; e
 - (3) tratamentos de vesícula (colecistectomia), ou obesidade mórbida, desde que realizados por médico especialista dentro de unidade hospitalar devidamente autorizada a funcionar.

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões apresentadas no conceito de Acidente Pessoal da CLÁUSULA GLOSSÁRIO e as descritas na CLÁUSULA - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão abrangidos por esta cobertura:

- a) Gravidez, parto ou aborto, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto e item 1.6 dos riscos cobertos, acima mencionados;
- b) procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como suas consequências;

- c) **Doenças mentais, psiquiátricas, estresse e depressão, incluindo as internações em departamentos psiquiátricos de hospitais gerais ou prontos-socorros para tratamento destas doenças e/ou aquelas que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;**
- d) **Internações domiciliares (home-care);**
- e) **Internações em clínicas ou instituições para acomodação ou tratamento de idosos, incluindo asilo e casas de repouso;**
- f) **Internação para tratamento, acomodação e/ou reabilitação de viciados em álcool, drogas e qualquer outra substância que cause dependência psicotrópica, exceto se a internação for decorrente de acidente pessoal coberto;**
- g) **Internações relacionadas a métodos de anticoncepção ou alterações físicas e orgânicas, cirurgias refrativas oculares; inseminação artificial e tratamentos ou procedimentos para cura de infertilidade; senilidade; rejuvenescimento; repouso; convalescença;**
- h) **Exames físicos de rotina ou de investigação diagnóstica (check-up);**
- i) **Anomalias congênitas;**
- j) **Tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;**
- k) **procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia**
- l) **Tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora, salvo nos casos previstos no item 1.6 dos Riscos Cobertos.**
- m) **Tratamento de dor crônica, incluindo drogas de infusão contínua, bloqueios centrais ou periféricos e eletrodos.**
- n) **Cirurgias de vesícula, rinoplastia, postectomia (fimose), halúx valgo (joanete) ou qualquer tipo de hérnia e suas consequências exceto quando decorrentes de acidentes pessoais.**
- o) **Tratamentos de quimioterapia, imunoterapia, terapias gênicas e imunobiológicos.**

CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO

- 3.1 O Capital Segurado (valor da diária) e a quantidade de diárias cobertas para esta cobertura serão definidos na Apólice, respeitado o limite máximo de 365 (trezentas e sessenta e cinco) diárias, e representam o limite máximo de indenização pelo mesmo evento.
- 3.2 Para determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data da internação hospitalar coberta.
- 3.3 O valor de cada diária, representa o valor máximo a ser pago pela Seguradora, por cada dia em que o segurado ficar internado, observada a cláusula 1.1. e 1.2. desta cobertura, o limite máximo de diárias contratados, carência e Franquia.

CLÁUSULA 4 –CARÊNCIA

Será estabelecida a carência de 60 (sessenta) dias para eventos decorrentes de doença nesta cobertura e de 180 dias para cirurgias eletivas quando cobertas.

CLÁUSULA 5 – FRANQUIA

A franquia será estabelecida contratualmente e quando estabelecida, esta será de R\$ 500,00 (quinhentos reais).

CLÁUSULA 6 – BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.

CLÁUSULA 7 - FORMA DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 7.1 O pagamento da indenização poderá ser feito diretamente ao prestador, para comodidade do segurado, quando o prestador tiver acordo firmado com a Seguradora e mediante expressa autorização do segurado.
- 7.2 O pagamento ao segurado, com base na comunicação, comprovantes do evento e estando devidamente caracterizada a internação do Segurado, nos termos desta Cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias obedecendo aos seguintes critérios:
- 7.2.1. Quando a internação superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados mensalmente pela Seguradora, tomando-se por base relatório médico atualizado.
- 7.2.2. De posse do relatório médico atualizado, 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 ou a contar do último pagamento efetuado pela Seguradora, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias estabelecido na Apólice.
- 7.2.3. Nos casos em que o período de internação não superar 30 (trinta) dias a Seguradora providenciará um único pagamento no valor correspondente às diárias em que o Segurado permaneceu internado, a contar do primeiro dia de internação e descontado o período de franquia, até a alta médica.
- 7.3 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.

CLÁUSULA 8 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA – LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, em vias originais ou cópias autenticadas, os seguintes documentos:

- a) Formulário Aviso de Sinistro, devidamente assinado pela pessoa que comunicou o sinistro com a validação das informações prestadas;
- b) Cópia do RG e CPF ou CNH (com o Nº de ambos os documentos)
- c) Comprovante atualizado de endereço nominal ao segurado;
- d) Relatório do Médico Responsável, datado e assinado e com a indicação do CRM, comprovando o período de internação, com o diagnóstico detalhado e descrição do tratamento;

- e) Declaração original do Hospital em papel timbrado, carimbada e assinada pelo Diretor Clínico, comprovando causa, data e hora da internação e da alta médica;
- f) Prontuário médico fornecido pelo Hospital;
- g) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- h) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- i) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando necessário;
- j) Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando obrigatório;

CLÁUSULA 9 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL (AF)

CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS

- 1.1 Desde contratada, esta cobertura garante a prestação de serviços de assistência funeral **ou** reembolso das despesas de funeral no caso da morte do Segurado, decorrente de causa natural ou de acidente pessoal, ocorridos durante a vigência do risco individual, **respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.**
- 1.2 **A prestação de serviços ou o pagamento de reembolso de despesas com funeral não caracteriza o direito à cobertura de Morte Acidental, quando contratada, como risco coberto pelo seguro. A indenização da cobertura de Morte Acidental, quando contratada, estará sujeita a análise da documentação e demais circunstâncias da ocorrência do sinistro, respeitadas as demais cláusulas Contratuais.**
- 1.3 Nas localidades onde não esteja disponível rede credenciada com o prestador de serviço de assistência, a indenização será na forma de reembolso.
- 1.4 No caso da opção pelo reembolso, serão reembolsadas as despesas relacionadas diretamente ao sepultamento ou cremação do Segurado, devidamente comprovadas, mediante apresentação de notas fiscais (cópias autenticadas) contendo a discriminação dos itens ou serviços adquiridos, **exceto as despesas relacionadas à aquisição, locação e manutenção de jazigo.**
- 1.5 **No caso da opção pela utilização da prestação de serviços de Assistência Funeral, não haverá qualquer direito a reembolso posterior.**
- 1.6 No caso da opção pela utilização da prestação de serviços de Assistência Funeral, os serviços a seguir especificados serão prestados exclusivamente mediante o acionamento da Central de Atendimento de serviços de assistências (número de telefone indicado na Proposta de Contratação e Apólice) pelos Familiares e/ou Beneficiários, que solicitará as seguintes informações:
 - Nome do Segurado
 - CPF
- 1.7 Confirmados os dados do Segurado e estando o seguro em vigor, serão prestados os serviços previstos neste plano.
- 1.8 **Para que ocorra a prestação do serviço de funeral, fica acordado que o familiar do segurado deverá obrigatoriamente entregar ao prestador as cópias das seguintes documentações:**
 - **Declaração de óbito (ou certidão de óbito)**
 - **RG e CPF do segurado titular**
- 1.9 O Serviço de Assistência Funeral garante, a prestação dos serviços de sepultamento ou cremação (onde existir esse serviço) que englobem os seguintes itens:

- **Urna:** de madeira com ou sem visor, padrão standard e ornamentação com flores da época e véu simples para cobrir o corpo.
- **Veículo:** carro fúnebre dentro do município de residência.
- **Véu:** véu simples para cobrir o corpo.
- **Capela:** locação em salas velatórias públicas. Caso seja realizado em salas particulares os valores deverão ser similares aos das salas públicas.
- **Cremação:** Serviço executado apenas nas cidades que possuem disponibilidade para a realização. A Assistência arcará com os custos equivalentes aos dos crematórios públicos, caso a família opte pelo serviço particular. As cinzas serão encaminhadas para a cidade domiciliar da família. As despesas com passagens e hospedagem para o acompanhamento da Cerimônia de Cremação correrão por conta da família.
- **Documentação:** registro em cartório com guia e certidão. Será fornecida uma cópia da certidão de óbito.
- **Flores:** 01 (uma) coroa de flores média e 1 arranjo de flores para decoração da sala de velório.
- **Preparação do Corpo:** banho, barba, vestimenta (ato de vestir), etc. (higienização básica mais preparação e tamponamento).
- **Presença:** livro ou folha para assinaturas.
- **Parâmetros:** jogo de paramentos, castiçais e velas que ficarão no local do velório, bem como os aparelhos de ozona.
- **Sepultamento:** em túmulo (ou jazigo) no jazigo da família com pagamento da taxa de sepultamento, desde que a mesma seja compatível com os custos da taxa dos cemitérios públicos.
- **Jazigo:** Caso o segurado não possua jazigo ou sepultura, a Seguradora garantirá a locação de cemitério e jazigo por um período máximo de 03 (três) anos, tempo necessário para exumação. Após este período a locação fica sob responsabilidade dos familiares. Não sendo possível sepultamento por motivos alheios a vontade da Seguradora na cidade indicada pela família, este será feito na cidade mais próxima.
- **Traslado:** transporte do corpo do local onde ocorreu o óbito para o velório e até o local de sepultamento no Brasil, por meio de transporte mais adequado, em urna mortuária apropriada. A Assistência determinará se o transporte será aéreo ou terrestre, dependendo da distância do traslado e logística de deslocamento do local. O traslado será fornecido apenas quando o óbito ocorrer fora do município de residência do cliente (a), constante na apólice; caso o óbito ocorra dentro do município de residência não será fornecido este serviço. As despesas com passagem e hospedagem correrão por conta da família.
- **Transmissão de Mensagens Urgentes:** A Assistência transmitirá mensagens de caráter urgente, relacionadas aos serviços que serão prestados, mediante solicitação da família do cliente (a).

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 Além das exclusões constantes na CLÁUSULA – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia os seguintes eventos:

- a) Aquisição de jazigo;
- b) A exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento.

CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO

- 3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.
- 3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.
- 3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, a data do falecimento.

CLÁUSULA 4 – BENEFICIÁRIO

Será a pessoa física ou jurídica que, mediante apresentação de comprovantes originais, tiver realizado o pagamento das despesas com o funeral, observado o Capital Segurado.

CLÁUSULA 5 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

5.1 Em complemento à **CLÁUSULA – LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS** das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura (**em caso de solicitação de reembolso**), deverão ser entregues à Seguradora, **em cópias autenticadas**, os seguintes documentos:

5.2 Documentos do Segurado / Sinistrado

- a) Cópia do RG e CPF ou CNH (com o Nº de ambos os documentos)
- b) Aviso de Sinistro devidamente assinado pela pessoa que comunicou o sinistro com a validação das informações prestadas;
- c) Certidão de Óbito;
- d) Comprovante atualizado do endereço nominal ao segurado;
- e) Cópia completa do prontuário médico hospitalar;
- f) Relatório Médico devidamente preenchido (documento anexo)
- g) Notas fiscais originais das despesas efetuadas com o funeral do Segurado, contendo a discriminação individual dos itens ou serviços adquiridos.

5.3 Documentos do Beneficiário (trata-se do tomador informado na nota fiscal de serviços, ou seja, quem realizou o pagamento das despesas do funeral):

- a) Cópia do RG e CPF ou CNH (com o Nº de ambos os documentos)
- b) Comprovante de endereço nominal ao beneficiário/tomador;
- c) Autorização de Pagamento devidamente preenchida com dados bancários nominais ao tomador / pagador das despesas gastas no funeral.
- d) Comprovante dos dados bancários informados onde demonstre a titularidade da conta bancária do tomador (extrato bancário ou cópia do cartão do banco)

CLÁUSULA 6 - CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

- 6.1 A indenização relativa a qualquer sinistro amparado por esta cobertura não poderá exceder o valor total das despesas com o funeral do Segurado.
- 6.2 Na ocorrência de sinistro contemplado por coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos, em apólices distintas, a distribuição de

responsabilidade entre as Seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:

- 6.2.1 Será calculada a indenização individual de cada cobertura como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do Segurado e limite máximo de indenização da cobertura;
- 6.2.2 Será definida a soma das indenizações individuais das coberturas concorrentes de diferentes apólices, relativas aos prejuízos comuns, de acordo com o item 6.2.1 desta cláusula;
- 6.2.3 Se a quantia a que se refere o item 6.2.2 desta cláusula for igual ou inferior ao prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada Seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual, assumindo o beneficiário a responsabilidade pela diferença, se houver;
- 6.2.4 Se a quantia estabelecida no item 7.2.2 for maior que o prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada Seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual e a soma a que se refere aquele item.

CLÁUSULA 7 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.