

CONDIÇÕES GERAIS

MICROSSEGUROS DE PESSOAS
PROCESSO SUSEP
15414.901694/2017-66 Ramo 1601

MICROSSEGURO DE PESSOAS

Condições Gerais

Versão 11_2023

Razão Social: HDI Seguros do Brasil S.A. (nova denominação social da Sompo Consumer Seguradora S.A., em fase de homologação pela SUSEP)

Endereço: Avenida das Nações Unidas, nº 14.261, Conj. 2301A, Ala A, Cond. WT Morumbi, Vila Gertrudes, CEP 04794-000

CNPJ: 49.786.401/0001-08

www.sompoauto.com.br

A Ouvidoria poderá ser acionada para atuar na defesa dos direitos dos consumidores, para prevenir, esclarecer e solucionar conflitos não atendidos pelos canais de atendimento habituais.

Canais de Atendimento

Grande São Paulo: 3156-2990 – **Demais Localidades:** 0800 77 19 119 – **SAC:** 0800 77 19 719

Ouvidoria: 0800 77 32 527 - **Disque Denúncia:** 0800 015 31 56

Deficientes Auditivos ou de Fala: formulário disponível em www.sompoauto.com.br/atendimento/sac

Índice

1.	DISPOSIÇÕES PRELIMINARES	3
2.	OBJETIVO DO SEGURO	3
3.	PÚBLICO-ALVO E CANAIS DE DISTRIBUIÇÃO	3
4.	DEFINIÇÕES	3
5.	COBERTURAS	6
6.	RISCOS EXCLUÍDOS	7
7.	CARÊNCIAS E FRANQUIAS	7
8.	FORMA DE CONTRATAÇÃO	7
9.	CAPITAL SEGURADO POR COBERTURA	8
10.	CONTRATAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO	8
11.	VIGÊNCIA DO SEGURO	8
12.	PAGAMENTO DE PRÊMIO	9
13.	SUSPENSÃO, REABILITAÇÃO E CANCELAMENTO DO BILHETE DE SEGURO	9
14.	OCORRÊNCIA DE SINISTROS	10
15.	PERDA DE DIREITOS	11
16.	RESCISÃO E CANCELAMENTO DO BILHETE	12
17.	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS	13
18.	PRESCRIÇÃO	14
19.	ÂMBITO GEOGRÁFICO DO SEGURO	14
20.	FORO	14

1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

- 1.1. A aceitação do seguro, por parte da Seguradora, estará sujeita à análise do risco segundo metodologia e critérios definidos pela Seguradora.
- 1.2. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP.
- 1.3. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros e da sociedade Seguradora, no “site” www.susep.gov.br.
- 1.4. As Condições Contratuais deste produto protocolizadas pela Seguradora junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante do Bilhete.
- 1.5. Não é válida a presunção de que a Seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem nas Condições Contratuais e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas Condições Gerais.
- 1.6. O Segurado deve comunicar mudança de endereço de correspondência à Seguradora, inclusive endereço eletrônico (remoto), quando aplicável, de modo que esta possa manter o cadastro do Segurado permanentemente atualizado. O descumprimento desta obrigação isentará a Seguradora quanto à efetiva ciência do Segurado em relação às comunicações e documentos do seguro.
- 1.7. Este plano está estruturado em regime financeiro de repartição, não havendo, portanto, devolução ou resgate de prêmios ao Segurado ou ao Beneficiário.

2. OBJETIVO DO SEGURO

- 2.1. O presente seguro tem por objetivo garantir ao Segurado identificado no Bilhete contratado, ou ao seu Beneficiário, o pagamento de indenização em caso de ocorrência de sinistro coberto nos termos destas Condições Gerais e das Condições Especiais das coberturas contratadas, até o limite do Capital Segurado fixado por cobertura contratada.

3. PÚBLICO-ALVO E CANAIS DE DISTRIBUIÇÃO

- 3.1. Este plano de microsseguro destina-se especialmente ao público consumidor das redes varejistas populares com as quais a Seguradora venha a firmar contrato de representação para distribuição de produtos de seguro, podendo abranger pessoas que apresentem o mesmo perfil destes consumidores e que façam parte de grupos unidos por afinidade e/ou relacionamento com outras instituições que venham a se estabelecer como Representantes de Seguro nos termos das normas em vigor.
- 3.2. As coberturas deste seguro somente poderão ser oferecidas às pessoas que atendam as condições de contratação do mesmo, mediante manifestação de interesse individual.

4. DEFINIÇÕES

Ficam a seguir definidos os termos técnicos utilizados neste seguro:

- 4.1. **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.
- 4.2. **Agravação do Risco:** circunstâncias que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora, independente ou não da vontade do Segurado.
- 4.3. **Ato Doloso:** ato intencional praticado no intuito de prejudicar a outrem.
- 4.4. **Ato Ilícito:** toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.
- 4.5. **Aviso de Sinistro:** comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento.
- 4.6. **Beneficiário:** pessoa natural ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.
- 4.7. **Bilhete:** documento emitido pela Seguradora, ou com autorização da mesma, que formaliza a aceitação da cobertura solicitada pelo Segurado, substitui a apólice individual e dispensa o preenchimento de proposta, nos termos da legislação específica.
- 4.8. **Cancelamento:** dissolução antecipada do Bilhete de seguro.
- 4.9. **Capital Segurado:** valor máximo estabelecido para cada cobertura contratada, a ser pago pela Seguradora em caso de ocorrência de evento coberto por este Seguro, vigente na data do evento.
- 4.10. **Carência:** período durante o qual a Sompo Auto está isenta de qualquer responsabilidade indenizatória, ainda que se verifique a existência de Sinistro passível de cobertura.
- 4.11. **Cobertura:** designação genérica dos riscos assumidos pela Seguradora. As Coberturas contratadas e suas particularidades constarão expressamente no Bilhete.
- 4.12. **Coberturas de risco:** coberturas de seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada.
- 4.13. **Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas Condições Gerais e Condições Especiais. .
- 4.14. **Condições Especiais:** conjunto das disposições específicas relativas a cada modalidade e/ou cobertura do seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.
- 4.15. **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.
- 4.16. **Corretor de Seguros:** pessoa natural ou jurídica legalmente autorizada a angariar e promover contratos de seguro entre as Seguradoras do Mercado e o Segurado. É um profissional autônomo escolhido pelo Segurado e/ou seu representante legal junto à Seguradora.
- 4.17. **Dano Moral:** lesão, praticada por outrem, ao patrimônio psíquico ou à dignidade da pessoa, ou, mais amplamente, aos direitos da personalidade, causando sofrimento psíquico, constrangimento ou

qualquer tipo de desconforto, independente da ocorrência simultânea de danos materiais ou corporais.
O Dano Moral é risco excluído deste seguro.

- 4.18. **Doenças ou Lesões Preexistentes:** são as doenças, lesões ou sequelas, inclusive as congênitas, que o Segurado ou seu responsável sabia ser portador ou sofredor na data da contratação do Bilhete e que não foram declaradas no mesmo, caracterizando-se pela existência de qualquer alteração evidente do seu estado de saúde e que poderá ser identificada pela Seguradora por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive em prontuários médico-hospitalares, consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais.
- 4.19. **Emolumentos:** conjunto de despesas adicionais correspondentes a impostos incidentes sobre o prêmio de seguro.
- 4.20. **Franquia:** período contínuo de tempo, em horas ou dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o Segurado não terá direito ao recebimento da indenização. A franquia é aplicada em cada sinistro coberto.
- 4.21. **Indenização:** valor que a Seguradora deve pagar ao Segurado ou Beneficiário em caso de sinistro coberto pelo Bilhete, não podendo ultrapassar, em hipótese alguma, o Capital Segurado da respectiva Cobertura contratada.
- 4.22. **Liquidação de Sinistro:** processo para pagamento de indenização ao Segurado, com base no Relatório de Regulação de Sinistro.
- 4.23. **Médico Responsável ou Assistente:** profissional legalmente licenciado para a prática da medicina e que seja o responsável pelo tratamento de uma pessoa ou que esteja emitindo documentos médicos (relatórios, atestados, declarações, etc.) para quem interessar, sob autorização do paciente. **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.**
- 4.24. **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 rede mundial de computadores, telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras.
- 4.25. **Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro (preço do seguro).
- 4.26. **Prescrição:** perda do prazo, tanto pelo Segurado quanto pela Seguradora, para acionar na justiça, em razão do transcurso dos prazos fixados em lei.
- 4.27. **Proponente:** pessoa natural interessada em contratar a(s) cobertura(s) do seguro ou aderir ao contrato.
- 4.28. **Regulação de Sinistro:** conjunto de procedimentos realizados na ocorrência de um sinistro para apuração de suas causas e circunstâncias, com vistas à caracterização do risco ocorrido e seu enquadramento no seguro.
- 4.29. **Reintegração do Capital Segurado:** recomposição do Capital Segurado de uma cobertura no mesmo montante em que foi reduzida após ocorrência de sinistro coberto.

- 4.30. **Risco ou Evento Coberto:** acontecimento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do Segurado, cuja ocorrência obriga a Seguradora a pagar a indenização devida, desde que não se classifique como risco excluído, respeitadas as Condições Contratuais.
- 4.31. **Riscos Excluídos:** são aqueles riscos não cobertos pelo seguro, previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais.
- 4.32. **Segurado:** pessoa natural sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro, sendo o **Segurado Principal** aquele que presta as informações necessárias e decide pela contratação e os **Segurados Dependentes** aqueles incluídos através de Condições Especiais próprias, por opção do Segurado Principal.
- 4.33. **Seguradora:** empresa autorizada pela SUSEP a funcionar no Brasil e que, mediante recebimento do prêmio, assume os riscos e garante o pagamento da indenização em caso de ocorrência de sinistro coberto.
- 4.34. **Sinistro:** ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do Bilhete.
- 4.35. **Vigência:** período de tempo que determina a data de início e de término do Contrato de Seguro.

5. COBERTURAS

- 5.1. Para fins deste seguro consideram-se Riscos Cobertos **aqueles expressamente convencionados nas Condições Especiais das coberturas efetivamente contratadas pelo Segurado**, dentre as abaixo, que poderão ser contratadas de forma isolada uma da outra **mediante indicação dos respectivos Capitais Segurados no Bilhete:**
- 5.1.1. Morte (M);
 - 5.1.2. Morte Acidental (MA);
 - 5.1.3. Reembolso de Despesas com Funeral (RF);
 - 5.1.4. Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
 - 5.1.5. Despesas Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas decorrentes de acidente pessoal (DMHO);
 - 5.1.6. Diárias por Internação Hospitalar (DIH);
 - 5.1.7. Diárias por Incapacidade Temporária (DIT);
 - 5.1.8. Desemprego;
 - 5.1.9. Doenças Graves (DG): AVC, Câncer, Infarto do Miocárdio, Insuficiência Renal Crônica e Transplante de Órgãos (coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea);

Este seguro prevê, ainda, a contratação da Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge e/ou Filhos e das Condições Especiais Prestamista.

Para os menores de 14 (quatorze) anos é permitida, exclusivamente, a oferta e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

- 6.1. **Estão expressamente excluídos das Coberturas deste seguro os eventos ocorridos em consequência, direta ou indiretamente, de:**
- a) **Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado principal ou dependente, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de qualquer deles;**
 - b) **Doenças ou lesões que, apesar de indagado pela Seguradora e serem de conhecimento do Segurado principal ou dependente, não foram declaradas quando da contratação 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. CARÊNCIAS E FRANQUIAS

- 7.1. **A existência e o prazo de carências e franquias serão estabelecidos no Bilhete e nas Condições Especiais das coberturas contratadas.**
- 7.2. O prazo de Carência será contado a partir do início de vigência do Bilhete, não poderá exceder metade do prazo de vigência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, e estará limitado a 2 (dois) anos.
- 7.3. Não haverá Carência para os Sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, que, na forma da legislação vigente, é de 2 (dois) anos.
- 7.4. Quando da contratação sucessiva de plano de microsseguro de pessoas junto a Sompo Auto., com as mesmas coberturas, só será válido o período de carência estabelecido para a primeira contratação da sequência.
- 7.4.1. Considera-se contratação sucessiva aquela realizada junto a Sompo Auto 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 microsseguro anterior.

8. FORMA DE CONTRATAÇÃO

- 8.1. Este seguro é contratado através da emissão de Bilhete.

9. CAPITAL SEGURADO POR COBERTURA

- 9.1. O Capital Segurado para cada cobertura contratada pelo Segurado será definido no Bilhete, observados os limites máximos individuais permitidos pelas normas vigentes, e representa o valor máximo a ser pago pela Seguradora em decorrência de um sinistro garantido por aquela cobertura.
- 9.2. Os Capitais Segurados fixados são específicos de cada cobertura, não sendo admissível, durante todo o prazo de vigência deste seguro, a transferência de valores de uma cobertura para outra.

10. CONTRATAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO

- 10.1. A contratação ou alteração do seguro será feita:
 - 10.1.1. Mediante solicitação verbal do interessado, seu representante legal ou por Corretor de Seguros habilitado, desde que realizada de modo inequívoco, cuja comprovação caberá à Seguradora, seguida da emissão do Bilhete.
 - 10.1.2. Por meios remotos, sendo que:
 - a) O Bilhete poderá ser contratado por meio de login e senha ou certificado digital, necessariamente pré-cadastrados pelo Proponente/Representante Legal em ambiente seguro, ou, ainda, por identificação biométrica ou por outro meio remoto seguro aceito pelas partes como válido, desde que seja autenticável e passível de comprovação de autoria e integridade.
 - b) Quando intermediada por Corretor, a contratação implicará no fornecimento de login e senhas individualizadas para o Corretor e para o Proponente.
 - c) É responsabilidade da Seguradora enviar e garantir que cheguem ao Proponente/Representante Legal, pelo meio remoto utilizado ou outro autorizado, os protocolos obrigatórios e instruções detalhadas para acesso seguro aos documentos contratuais dos produtos contratados.
- 10.2. No caso de contratação por meio remoto, o Segurado poderá imprimir o Bilhete ou solicitar, a qualquer tempo, sua versão física verbalmente ou por meio remoto à Seguradora.

11. VIGÊNCIA DO SEGURO

- 11.1. **O início de vigência das coberturas contratadas será sempre a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de pagamento do prêmio.**
- 11.2. O Bilhete terá seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim nele indicadas.
- 11.3. Ao término de vigência do seguro, um novo Bilhete poderá ser contratado, não havendo a renovação do mesmo.

12. PAGAMENTO DE PRÊMIO

- 12.1. O pagamento do prêmio poderá ser feito à vista, mensalmente, bimestralmente, trimestralmente, quadrimestralmente, semestralmente ou anualmente, conforme estabelecido no Bilhete, durante o período de vigência do mesmo e cada pagamento irá corresponder, proporcionalmente, ao período de cobertura.
- 12.2. Na contratação, a Seguradora ou seu representante estabelecerá o meio a ser utilizado pelo Segurado para pagamento do(s) prêmio(s), dentre as seguintes opções:
- a) Através do representante de seguros junto ao qual o microsseguro foi adquirido, ou de correspondente de microsseguro, por meio de procedimento de cobrança regularmente utilizado pelo mesmo em sua atividade principal, como contas de consumo, carnês, boletos, faturas de cartões de crédito ou descontos em folha de pagamento, desde que o valor destinado ao prêmio esteja perfeitamente identificado, assim como a data e a forma da correspondente quitação;
 - b) Através de boletos bancários pagáveis no território nacional;
 - c) Através de cartão de crédito; ou
 - d) Através de débito em conta corrente.
- 12.3. A ausência do repasse à Seguradora dos prêmios recolhidos pelo representante de seguros ou empresa responsável por esse serviço não causará qualquer prejuízo ao Segurado ou beneficiário no que se refere às coberturas e demais direitos contemplados por este plano.
- 12.4. A Seguradora enviará as informações relativas ao seguro pelo mesmo meio utilizado na contratação ou outro escolhido pelo Segurado. A confirmação de quitação do pagamento à vista ou da primeira parcela enviada pela Seguradora com a utilização de meios remotos servirá, também, como prova da efetiva contratação do plano.
- 12.5. O pagamento do prêmio deverá ser efetuado nas datas previstas no documento de cobrança.
- 12.6. O(s) prêmio(s) do seguro pago(s) em atraso, além da atualização monetária, terá(ão) seu(s) valor(es) acrescidos de multa de 2% (dois por cento) e juros moratórios de 1% ao mês, calculados pró-rata-die.
- 12.7. Na hipótese de o Segurado pagar indevidamente qualquer valor relativo a prêmio, o mesmo será devolvido pela Seguradora no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos.
- 12.8. Em caso de atraso pela Seguradora, caracterizado pelo não pagamento da devolução devida no prazo acima, sobre o valor já atualizado da devolução incidirão multa de 2% (dois por cento), além de juros moratórios equivalentes a 1% (um por cento) ao mês a partir do recebimento do valor pela seguradora.

13. SUSPENSÃO, REABILITAÇÃO E CANCELAMENTO DO BILHETE DE SEGURO

- 13.1. Caso o prêmio de seguro seja parcelado e qualquer parcela posterior à primeira não seja paga até a data de vencimento, a cobertura do seguro será suspensa a partir das 24 (vinte e quatro) horas desta data, sendo que, em caso de sinistro, o Segurado e seus Beneficiários perderão o direito às garantias do seguro.

- 13.1.1. Havendo a suspensão prevista no item anterior, caso o Segurado volte a pagar as parcelas dentro de até 90 (noventa) dias contados da data do vencimento da primeira parcela não paga, a cobertura poderá ser reabilitada a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o Segurado retomar o pagamento do prêmio.
- 13.1.2. Os prêmios vencidos no período de suspensão por falta de pagamento não serão cobrados por referirem-se a períodos em que não houve cobertura. Caso haja recolhimento indevido, os prêmios serão devolvidos ao Segurado.
- 13.1.3. Nos seguros cuja cobrança do prêmio seja posterior ao período da cobertura, a reabilitação ocorrerá com o pagamento das parcelas referentes ao período em que houve cobertura, antes que se iniciasse a suspensão.
- 13.2. **Decorrido o prazo de 90 (noventa) dias da data de vencimento sem que o pagamento do prêmio tenha sido efetuado, o seguro estará automaticamente e de pleno direito cancelado e a cobertura não poderá ser reabilitada.**

14. OCORRÊNCIA DE SINISTROS

Procedimentos em Caso de Sinistros

- 14.1. O Segurado ou seu Beneficiário deverá comunicar o sinistro à Seguradora ou ao seu Representante, por escrito e imediatamente após sua ocorrência, indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas, tais como data, hora, local e causa do sinistro.
- 14.2. O Segurado ou seu Beneficiário prestará à Seguradora todas as informações necessárias à regulação e liquidação dos sinistros ou a outro fato relacionado com este seguro, bem como **fornecerá todos os documentos relacionados nas Condições Especiais das coberturas contratadas.**
- 14.3. A Seguradora fornecerá ao 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.
 - 14.3.1. O protocolo de que trata este item poderá ser fornecido com a utilização de meios remotos desde que seja possível validar a confirmação do recebimento pelo Segurado, seu(s) beneficiário(s) ou seu representante legal.

Crítérios para regulação de Sinistros

- 14.4. **Todas as despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.**
- 14.5. **Os atos ou providências que a Seguradora praticar, após o sinistro, não importam, por si, no reconhecimento da obrigação de pagar a indenização reclamada.**
- 14.6. Eventuais encargos de tradução referentes ao reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

Prazos para Pagamentos das Indenizações

- 14.7. A indenização devida será paga no prazo de até 10 (dez) dias corridos, contados a partir da data do protocolo de entrega da documentação comprobatória citada no item 14.2 para o pagamento da indenização devida.
- 14.8. O prazo de 10 (dez) dias previsto no item 14.7 acima será suspenso quando a Seguradora verificar que a documentação é insuficiente para a regulação do sinistro, podendo, em caso de justificativa fundamentada, solicitar ao Segurado a apresentação de novas informações e documentos complementares. A contagem do prazo para pagamento será interrompida uma única vez nos termos deste item e voltará a correr na data da entrega dos documentos complementares à Seguradora.
- 14.9. Não respeitado o prazo previsto no item 14.7 desta Cláusula os valores das obrigações pecuniárias devidas serão acrescidos de juros moratórios e atualização monetária, conforme definido nos itens 14.10 e 14.11 desta Cláusula.
- 14.10. A título de juros de mora será utilizado o percentual de 1% (um por cento) ao mês, calculado pro rata die a partir do 1º dia posterior ao término do prazo de 10 dias, até a data do efetivo pagamento.
- 14.11. As indenizações estarão sujeitas à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no item 17 destas Condições Gerais, a partir da data do evento.
- 14.12. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios será feito independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com o valor da obrigação pecuniária principal.
- 14.13. O reembolso de despesas efetuadas no exterior deve ser realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de capital segurado estabelecido.

15. PERDA DE DIREITOS

- 15.1. **Se o Segurado, seu representante ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que pudessem influir na aceitação do Bilhete ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.**

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, podendo reter, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
 - b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.
- II. **Na hipótese de ocorrência do sinistro com pagamento parcial do capital segurado:**

- a) Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, podendo reter, 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, podendo cobrar a diferença do prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado ao Segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.
- III. **Na hipótese de ocorrência do sinistro com pagamento integral do capital segurado:** cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, podendo deduzir do valor a ser indenizado a diferença de prêmio cabível.

15.2. **O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.**

15.3. **O Segurado é obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.**

15.3.1. Recebido o aviso de agravação do risco, a Seguradora, no prazo de 15 (quinze) dias a contar daquele aviso, poderá rescindir o contrato, dando ciência de sua decisão, por escrito, ao Segurado, ou mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada.

15.3.2. A rescisão só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação e a diferença do prêmio será restituída pela Seguradora, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

15.3.3. Na hipótese de aceitação da continuidade do seguro, mesmo com agravação do risco, a Seguradora poderá propor a continuidade do contrato e cobrar a diferença do prêmio.

16. RESCISÃO E CANCELAMENTO DO BILHETE

16.1. **O Bilhete deste seguro será cancelado:**

- a) Por inadimplemento do Segurado previsto no item 13 desta Condições Gerais;
- b) Por perda de direito do Segurado, nos termos do item 15;
- c) Em caso de indenização integral do Capital Segurado para o Segurado Principal, seus Beneficiários ou Dependente, de qualquer das coberturas contratadas em decorrência de evento coberto.

16.2. Este seguro poderá, ainda, ser cancelado ou rescindido:

16.2.1. **No prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da data de pagamento do prêmio, em caso de desistência do seguro contratado por parte do Segurado, sendo que:**

- a) O Segurado poderá exercer seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para a contratação, sem prejuízo de outros meios que possam ser disponibilizados pela Seguradora;
- b) A Seguradora, ou seu representante de seguros, e o corretor de seguros habilitado, conforme for o caso, fornecerão ao Segurado confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento, sendo obstada, a partir desse momento, qualquer possibilidade de cobrança;
- c) Os valores eventualmente pagos, a qualquer título, durante o referido prazo de 7 (sete) dias, serão devolvidos, de imediato, pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do prêmio, sem prejuízo de outros meios ou formas disponibilizadas pela Seguradora, desde que expressamente aceito pelo Segurado.

- 16.2.2. A qualquer tempo, após os 7 (sete) dias da data de pagamento do prêmio prevista no item anterior, mediante concordância recíproca entre Segurado e Seguradora, sendo que a Seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido, na base pro rata dia, até a data do cancelamento, e devolverá a diferença ao Segurado.
- 16.3. Neste caso, o valor devido a título de devolução de prêmio será pago no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos e sujeita-se à atualização monetária conforme disposto nos itens 17.1, 17.5 e 17.6 destas Condições Gerais.
- 16.4. Em caso de atraso pela Seguradora, caracterizado pelo não pagamento da devolução devida no prazo acima, sobre o valor já atualizado da devolução incidirão multa de 2% (dois por cento) além de juros moratórios equivalentes a 1% (um por cento) ao mês a partir do recebimento do valor pela seguradora.

17. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS

- 17.1. Para fins de atualização monetária dos valores deste seguro, quando aplicável, fica estabelecido o IPCA/IBGE– Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- 17.2. Na falta, extinção ou proibição do uso do índice definido, a atualização monetária dos valores do seguro terá por base o índice que vier a substituí-lo.
- 17.3. Quando aplicável, os Capitais Segurados e os prêmios serão atualizados anualmente, na data de aniversário da contratação, com base na variação positiva do índice no correspondente período anual.
- 17.4. As contratações com vigência igual ou inferior a um ano não estão sujeitas à atualização monetária de prêmios e Capitais Segurados.
- 17.5. Para as coberturas de morte ou invalidez custeadas mediante pagamento único ou anual do prêmio, os capitais segurados deverão ser atualizados desde a data da última atualização do prêmio até a data de ocorrência do respectivo evento gerador.
- 17.6. A atualização dos demais valores deste seguro será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.
- 17.7. Os valores devidos a título de devolução de prêmios no caso de cancelamento do seguro serão pagos no prazo máximo de 10 (dez) dias e sujeitam-se à atualização monetária conforme disposto no item 17 dessas Condições Gerais, a partir:

a) da data de recebimento da solicitação de cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa do Segurado;

b) da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Sompo Auto.

- 17.8. Caso não ocorra o pagamento da devolução devida no prazo definido no item 17.7, além da atualização monetária, incidirão multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, a partir do primeiro dia imediatamente posterior aos 10 dias descritos no item acima.

18. PRESCRIÇÃO

18.1. Os prazos prescricionais são aqueles estipulados em lei.

19. ÂMBITO GEOGRÁFICO DO SEGURO

19.1. Salvo disposição em contrário nas Condições Especiais das coberturas contratadas, as disposições deste seguro aplicam-se a todo o globo terrestre.

20. FORO

20.1. É competente para dirimir toda e qualquer controvérsia relativa a este seguro, o foro do domicílio do Segurado ou o Beneficiário, conforme o caso.

As Condições Especiais das coberturas a seguir mencionadas só serão aplicadas quando devidamente ratificadas no Bilhete de seguro.

Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados pelas Condições Especiais das coberturas contratadas.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE (M)

1. Esta cobertura consiste no pagamento do Capital Segurado ao beneficiário indicado no Bilhete, de uma única vez, em caso de falecimento do Segurado por causas naturais ou acidentais, ocorrido durante o período de vigência do microsseguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. **Ratificam-se as exclusões constantes da cláusula 6. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro.**

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Para determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do falecimento do Segurado.

3.2. As indenizações por morte e pela cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, se contratadas, não se acumulam.

3.2.1. Se, depois de paga indenização por Invalidez Permanente Total 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. Tendo sido paga indenização decorrente de morte ou invalidez permanente total por acidente do Segurado Principal ou Dependente, o Bilhete será automaticamente cancelado.

4. BENEFICIÁRIOS

4.1. Os beneficiários deste seguro serão designados pelo proponente ou seu representante legal no ato da contratação, com a indicação, no mínimo, do nome, grau de parentesco e documento de identificação dos mesmos.

4.2. 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.

4.3. Caso o Segurado não preencha o campo relativo ao beneficiário, a indenização será paga aos herdeiros legais na ordem estabelecida pelo Código Civil.

5. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Em complemento ao item 14.2 da CLÁUSULA 14. OCORRÊNCIA DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos:

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

1. Esta cobertura consiste no pagamento do Capital Segurado ao beneficiário indicado no Bilhete, de uma única vez, em caso de falecimento do Segurado em decorrência de acidente pessoal coberto, ocorrido durante o período de vigência do microsseguro.

2. **RISCOS EXCLUÍDOS**
 - 2.1. Além das exclusões constantes da cláusula 6. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, estão também expressamente excluídos desta cobertura:
 - 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 pessoal 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. Para determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente que provocou a morte do Segurado.
 - 3.2. As indenizações por morte e pela cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, se contratadas, não se acumulam.
 - 3.2.1. Se, depois de paga indenização por Invalidez Permanente Total 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. Tendo sido paga indenização decorrente de morte ou invalidez permanente total por acidente do Segurado Principal ou Dependente, o Bilhete será automaticamente cancelado.

4. **BENEFICIÁRIOS**
 - 4.1. Os beneficiários deste seguro serão designados pelo proponente ou seu representante legal no ato da contratação, com a indicação, no mínimo, do nome, grau de parentesco e documento de identificação dos mesmos.
 - 4.2. 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.
 - 4.3. Caso o Segurado não preencha o campo relativo ao beneficiário, a indenização será paga aos herdeiros legais na ordem estabelecida pelo Código Civil.

5. **DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO**

- 5.1. Em complemento ao item 14.2 da CLÁUSULA 14. OCORRÊNCIA DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos:
- a) Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado;
 - b) Certidão de Óbito do Segurado;
 - c) Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;
 - d) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado;
 - e) Documento de identificação do(s) beneficiário(s): 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.

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

1. Esta cobertura consiste no reembolso das despesas com o funeral do Segurado, limitado ao valor do Capital Segurado, em decorrência de falecimento por causas naturais ou acidentais, ocorrido durante o período de vigência do microsseguro.
 - 1.1. Mediante informação no Bilhete, de telefone gratuito de contato da central de atendimento, esta cobertura de reembolso de despesas com funeral poderá prever a possibilidade de substituição do reembolso pela prestação de serviços, sem prejuízo da livre escolha por parte do responsável pelo funeral do Segurado, garantindo, pelo menos, 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 popular ou padrão, com ou sem visor;
 - 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.
 - 1.2. Quando a cobertura de reembolso das despesas com funeral for substituída pela prestação de serviços de assistência funeral, os benefícios mínimos previstos nestas Condições Especiais deverão estar à disposição da família do Segurado no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas a partir do horário de protocolo de comunicação da ocorrência da morte do Segurado à central de atendimento telefônica da Seguradora.
 - 1.3. O número do protocolo será fornecido no momento do contato inicial.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Ratificam-se as exclusões constantes da cláusula 6. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. Para determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do falecimento do Segurado.
- 3.2. Tendo sido paga indenização decorrente de morte do Segurado Principal ou Dependente, o Bilhete será automaticamente cancelado.

4. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

4.1. Em complemento ao item 14.2 da CLÁUSULA 14. OCORRÊNCIA DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos:

- a)** Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado;
- b)** Certidão de Óbito do Segurado;
- c)** Notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas com o funeral do segurado, exceto quando o beneficiário optar pela prestação de serviços descrita no item 1.1 desta cobertura;
- d)** Documento de identificação daquele(s) que realizou/realizaram as despesas ou solicitou a prestação de serviços: 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.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

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, em decorrência de lesão física sofrida pelo Segurado, provocada por acidente pessoal coberto.
 - 1.1. Para efeito de indenização, consideram-se como Invalidez Permanente Total por Acidente os eventos relacionados abaixo, mediante comprovação por laudo médico, 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 membros superiores;
 - c) Perda total do uso de ambos os membros inferiores;
 - d) Perda total do uso de ambas as mãos;
 - e) Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior;
 - f) Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
 - g) Perda total do uso de ambos os pés; e
 - h) Alienação mental total incurável.
 - 1.2. **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente desta cobertura.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. **Além das exclusões constantes da cláusula 6. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, estão também expressamente excluídos desta cobertura:**
 - 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 pessoal 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. Para determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente que provocou a invalidez permanente coberta.

- 3.2. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará a indenização de acordo com os eventos descritos como INVALIDEZ TOTAL no item 1.1 desta cobertura, que determinam indenização de 100% do Capital Segurado.
- 3.3. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um dos conjuntos de membros ou órgãos descritos no item 1.1 desta cobertura, a indenização será única, ou seja, equivalente a 100% (cem por cento) do Capital Segurado.
- 3.4. As indenizações por morte e por esta cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, se contratadas, não se acumulam.
- 3.4.1. Se, depois de paga indenização por Invalidez Permanente Total 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.
- 3.5. Tendo sido paga indenização decorrente de morte ou invalidez permanente total por acidente do Segurado Principal ou Dependente, o Bilhete será automaticamente cancelado.

4. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

- 4.1. Em complemento ao item 14.2 da CLÁUSULA 14. OCORRÊNCIA DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:
 - a) Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou seu representante legal;
 - b) Documento de identificação do Segurado: 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;
 - c) Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;
 - d) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado;
 - e) Relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas, diagnósticos necessários e a data da invalidez.
- 4.2. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, o mesmo concorda a se submeter a exame físico pericial por médico indicado pela Seguradora, para fins de constatação.

5. BENEFICIÁRIO

- 5.1. O beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.
- 5.2. 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.

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

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.
 - 1.1. Cabe ao Segurado ou ao seu responsável legal a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, **desde que legalmente habilitados**.
 - 1.2. 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.
 - 1.3. 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.
 - 1.4. 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 constantes da cláusula 6. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, estão, também, expressamente excluídos desta cobertura 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 pessoal 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. Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado, será considerada data do evento a data do acidente que deu origem ao sinistro.
- 3.2. No caso de indenização parcial, que não atinja o Capital Segurado, haverá reintegração automática do valor indenizado, salvo para despesas decorrentes do mesmo acidente.
- 3.3. No caso de indenização que atinja o Capital Segurado para o Segurado Principal ou Dependente, o Bilhete será automaticamente cancelado.

4. CONCORRÊNCIA DE APÓLICES E/OU BILHETES

- 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 bilhetes distintos, a distribuição de responsabilidade entre as sociedades seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:
- a) 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;
 - b) será definida a soma das indenizações individuais das coberturas concorrentes de diferentes apólices e/ou bilhetes, relativas aos prejuízos comuns, de acordo com o inciso I dessa cláusula;
 - c) 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;
 - d) 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 REGULAÇÃO DE SINISTRO

- 5.1. Em complemento ao item 14.2 da CLÁUSULA 14. OCORRÊNCIA DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:
- a) Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
 - b) Documento de identificação do Segurado: 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;
 - c) Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;
 - 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;
 - f) Relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas e diagnósticos necessários.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR (DIH)

1. Esta cobertura consiste no pagamento de indenização proporcional ao período de internação hospitalar do Segurado, limitado ao número máximo de diárias estabelecido nestas Condições Especiais, observadas a carência e franquia.
 - 1.1. **Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a 90 (noventa) diárias.**
 - 1.2. **Esta cobertura não garante a internação ou vaga em Hospital, que devem ser procuradas pelo Segurado, seu médico ou por quem os represente.**
 - 1.3. Caso o Segurado seja submetido a mais de uma internação que tenham por origem ou causa o mesmo acidente ou a mesma doença, tais internações serão consideradas como um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre as internações for superior a 6 (seis) meses.
2. **RISCOS EXCLUÍDOS**
 - 2.1. **Ratificam-se as exclusões constantes da cláusula 6. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro.**
3. **CARÊNCIA**
 - 3.1. **A carência desta cobertura será de 15 (quinze) dias, contados a partir da data de início de vigência do Bilhete, não havendo cobertura para internações decorrentes de doenças iniciadas antes ou durante o referido período. Não se aplica a carência para internações decorrente de acidente pessoal coberto.**
4. **FRANQUIA**
 - 4.1. **A franquia desta cobertura será de 24 (vinte e quatro) horas, contadas a partir do dia e hora de internação do Segurado, constante do relatório médico, sem prejuízo da carência mencionada na cláusula anterior.**
5. **CAPITAL SEGURADO**
 - 5.1. O Capital Segurado por diária coberta será definido no Bilhete, respeitado o limite máximo de 90 (noventa) diárias, que representa o limite máximo de indenização pelo mesmo evento.
 - 5.2. Para determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data da internação hospitalar coberta.
 - 5.3. Comprovada a cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado estiver internado mensalmente, com base em relatório médico atualizado, a contar do primeiro dia após a franquia, até a alta médica ou a utilização do limite de 90 (noventa) diárias, o que ocorrer primeiro. Nos casos em que o período de internação não superar 30 (trinta) dias, a Seguradora providenciará um único pagamento em até 10 (dez) dias corridos, conforme cláusula 14 das Condições Gerais deste seguro.
 - 5.4. No caso de indenização parcial, que não atinja o limite máximo de 90 (noventa) diárias para o Segurado Principal ou Dependente, haverá reintegração automática do valor indenizado uma única vez, exceto para internações decorrentes do mesmo evento.

- 5.5.** No caso de sinistro coberto que atinja o limite máximo de 90 (noventa) diárias ou da soma de mais de um sinistro que atinja ou ultrapasse o limite máximo de 90 (noventa) diárias após a reintegração prevista, para o Segurado Principal ou Dependente, o Bilhete será automaticamente cancelado.

6. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

- 6.1.** Em complemento ao item 14.2 da CLÁUSULA 14. OCORRÊNCIA DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:
- a) Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
 - b) Documento de identificação do Segurado: 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;
 - c) Relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas e diagnósticos necessários.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (DIT)

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 estabelecido nestas Condições Especiais, e a carência e franquia.
 - 1.1. Poderão contratar esta cobertura os profissionais liberais ou autônomos sujeitos ao afastamento de suas atividades remuneradas por sinistro coberto, bem como donas(os) de casa que trabalhem exclusivamente para a própria família e que não exerçam atividade remunerada.
 - 1.2. **Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a 90 (noventa) diárias.**
 - 1.3. Caso o Segurado tenha que retornar à situação de incapacidade temporária em consequência de evento para o qual já havia recebido alta médica, cuja origem ou causa tenha sido o mesmo acidente ou doença coberta, tais períodos de incapacidade serão considerados como um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre os mesmos for superior a 6 (seis) meses.
2. **RISCOS EXCLUÍDOS**
 - 2.1. **Ratificam-se as exclusões constantes da cláusula 6. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro.**
3. **CARÊNCIA**
 - 3.1. **A carência desta cobertura será de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de início de vigência do Bilhete, não havendo cobertura para doenças iniciadas antes ou durante o referido período. Não se aplica a carência para incapacidade decorrente de acidente pessoal coberto.**
4. **FRANQUIA**
 - 4.1. **A franquia desta cobertura será de 15 (quinze) dias, contados a partir da data do afastamento do Segurado, constante do relatório médico, sem prejuízo da carência mencionada na cláusula anterior.**
5. **CAPITAL SEGURADO**
 - 5.1. O Capital Segurado por diária coberta será definido no Bilhete, respeitado o limite máximo de 90 (noventa) diárias, que representa o limite máximo de indenização pelo mesmo evento.
 - 5.2. Para determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do diagnóstico da incapacidade temporária do Segurado.
 - 5.3. Comprovada a cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado estiver incapacitado mensalmente, com base em relatório médico atualizado, a contar do primeiro dia após a franquia, até a alta médica ou a utilização do limite de 90 (noventa) diárias, o que ocorrer primeiro. Nos casos em que o período de incapacidade não superar 30 (trinta) dias, a Seguradora providenciará um único pagamento em até 10 (dez) dias corridos, conforme cláusula 13 das Condições Gerais deste seguro.

- 5.4.** No caso de indenização parcial, que não atinja o limite máximo de 90 (noventa) diárias para o Segurado Principal ou Dependente, haverá reintegração automática do valor indenizado uma única vez, exceto para incapacidades decorrentes do mesmo evento.
- 5.5.** No caso de sinistro coberto que atinja o limite máximo de 90 (noventa) diárias ou da soma de mais de um sinistro que atinja ou ultrapasse o limite máximo de 90 (noventa) diárias após a reintegração prevista, para o Segurado Principal ou Dependente, o Bilhete será automaticamente cancelado.

6. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

- 6.1.** Em complemento ao item 14.2 da CLÁUSULA 14. OCORRÊNCIA DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:
- a)** Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
 - b)** Documento de identificação do Segurado: 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;
 - c)** Exames realizados que comprovem a incapacidade temporária e atestado médico confirmando o afastamento profissional;
 - d)** Cópia da 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: última declaração do Imposto de Renda, ou Recibo de Pagamento de Autônomo, ou Carnê Leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada, ou Comprovante, dos últimos 3 (três) meses anteriores a data da ocorrência do sinistro, do pagamento do INSS, acrescido do documento que comprove a atividade.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESEMPREGO

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 estabelecido nestas Condições Especiais e observado o período de carência.
 - 1.1. **O número de rendas indenizadas pelo Bilhete contratado não pode superar 6 (seis) mensalidades.**
 - 1.2. **Só poderá contratar este seguro o proponente pessoa física que, na data da contratação:**
 - a) **possua contrato de trabalho vigente registrado em Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS há pelo menos 06 (seis) meses e que não seja contrato temporário ou por tempo determinado;**
 - b) **não tenha tido sua demissão anunciada; e**
 - c) **não esteja cumprindo aviso prévio.**
 - 1.3. A demissão deve ser involuntária e sem justa causa.
2. **RISCOS EXCLUÍDOS**
 - 2.1. **Além das exclusões constantes da cláusula 6. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, estão, também, expressamente excluídas desta cobertura demissões por justa causa.**
3. **CARÊNCIA**
 - 3.1. **A carência desta cobertura será de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de início de vigência do Bilhete.**
4. **CAPITAL SEGURADO**
 - 4.1. O Capital Segurado por mensalidade coberta será definido no Bilhete, respeitado o limite máximo de 6 (seis) mensalidades, que representa o limite máximo de indenização contratado.
 - 4.2. Para determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do desligamento do Segurado.
 - 4.3. A indenização será paga sob a forma de parcelas mensais, até o número máximo de mensalidades cobertas, e mediante a comprovação de que o Segurado permanece desempregado.
 - 4.4. Não há reintegração dos valores indenizados.
 - 4.5. No caso de sinistro coberto que atinja o limite máximo de 6 (seis) mensalidades ou da soma de mais de um sinistro que atinja o limite máximo de 6 (seis) mensalidades, para o Segurado Principal ou Dependente, o Bilhete será automaticamente cancelado.
5. **DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO**

5.1. Em complemento ao item 14.2 da CLÁUSULA 14. OCORRÊNCIA DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:

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

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DO SEGURO

6.1. As disposições desta cobertura aplicam-se apenas ao Território Brasileiro.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES (DG)

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.

1.1. **Doenças Graves cobertas e definições:**

a) **Acidente Vascular Cerebral (AVC)**

Isquemia cerebral (diminuição do fluxo sanguíneo em áreas do cérebro) e/ou hemorragia no cérebro (rompimento de vasos sanguíneos) que produz alteração da função motora e sensitiva dos membros, perceptiva e da linguagem.

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

Não estão incluídos no conceito de Acidente Vascular Cerebral, para fins desta cobertura:

- a.1) ataques isquêmicos transitórios;
- a.2) alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral isquêmico e/ou hemorrágico e lesão cerebral resultante de trauma;
- a.3) os derrames decorrentes de doenças preexistentes à contratação do seguro, ainda que o derrame ocorra dentro do período de vigência do Bilhete e os derrames anteriores à contratação do seguro.

b) **Câncer (Neoplasia)**

Doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno, caracterizada pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas e invasão de tecidos.

O termo câncer é sinônimo de “neoplasia maligna” e “tumor maligno”. Inclui as leucemias e doenças malignas do sistema linfático como a Enfermidade de Hodgkin

Não estão incluídos no conceito de câncer, para fins desta cobertura:

- b.1) Tumores histologicamente classificados como pré-malignos, não invasivos ou in situ (incluindo carcinoma ductal ou lobular in situ da mama, e neoplasia intraepitelial cervical – NIC-1, NIC-2 e NIC-3);
- b.2) Câncer de próstata com classificação histológica com escore de Gleason menor do que 7 (sete) ou estadiamento menos avançado que T2, N0, M0;
- b.3) Leucemia linfocítica (ou linfóide) crônica – LLC no estágio A de Binet;
- b.4) Carcinoma basocelular e carcinoma de células escamosas da pele, exceto se houver metástase; e melanoma maligno estágio IA (T1 a, N0, M0);
- b.5) Carcinoma papilífero da tireoide menor que 1cm de diâmetro e histologicamente classificado como T1, N0, M0;
- b.6) Microcarcinoma papilífero da bexiga histologicamente classificado como Ta;
- b.7) Policitemia rubra vera e trombocitemia essencial;

- b.8) **Gamopatia monoclonal de significado indeterminado;**
- b.9) **Linfoma MALT gástrico responsivo à terapêutica de erradicação do H. pylori;**
- b.10) **Tumor estromal gastrointestinal (GIST) estádios I e II, de acordo com o Manual do American Joint Committee on Cancer (AJCC), 7ª edição, 2010;**
- b.11) **Linfoma cutâneo, exceto se houve tratamento com quimioterapia ou radioterapia;**
- b.12) **Carcinoma microinvasivo da mama (classificado histologicamente como T1mic), exceto se foi realizada mastectomia, quimioterapia e radioterapia;**
- b.13) **Carcinoma microinvasivo do colo uterino (classificado histologicamente como estágio IA1), exceto se foi realizada histerectomia, quimioterapia ou radioterapia.**

c) Infarto Agudo do Miocárdio

Necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco em consequência de um fluxo sanguíneo inadequado, diagnosticado por cardiologista e comprovado por meio de exames complementares. O diagnóstico será baseado nos seguintes critérios: história de dor precordial típica, alterações eletrocardiográficas específicas de isquemia e aumento das enzimas cardíacas.

Não estão incluídos no conceito de Infarto Agudo do Miocárdio, para fins desta cobertura:

- c.1) Infartos do miocárdio anteriores a contratação do seguro, infarto que não produz elevação no segmento ST no Eletrocardiograma, bem como os infartos ocorridos dentro da vigência do Bilhete decorrentes de doenças preexistentes à contratação.**

d) Insuficiência Renal Crônica

Estágio final da doença renal, caracterizada pela perda funcional de ambos os rins, que necessita de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.

Estão excluídas a Insuficiência Renal Aguda e/ou Insuficiência Renal Crônica que não necessite de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.

e) Transplante de Órgãos

É a transferência de coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor). A indicação de transplante deve ser feita por médico especialista na doença em questão.

Não estão incluídos no conceito de Transplantes de Órgãos, para fins desta cobertura, qualquer autotransplante, demais órgãos ou células, exceto os cobertos citados acima.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Além das exclusões específicas citadas nas definições de cada doença desta cobertura, ratificam-se as exclusões constantes da cláusula 6. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro.
3. **CARÊNCIA**
- 3.1. A carência desta cobertura será de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data de início de vigência do Bilhete, não havendo cobertura para doenças iniciadas antes ou durante o referido período.
4. **CAPITAL SEGURADO**
- 4.1. Para determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do diagnóstico conclusivo da doença grave coberta.
- 4.2. Tendo sido paga indenização por Doença Grave do Segurado Principal ou Dependente, o Bilhete será automaticamente cancelado.
5. **DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO**
- 5.1. Em complemento ao item 14.2 da CLÁUSULA 14. OCORRÊNCIA DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:
- a) Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
 - b) Documento de identificação do Segurado: 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;
 - c) Exame laboratorial que diagnosticou a doença e relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas que possibilitem o enquadramento do diagnóstico e estágio da patologia de que o Segurado é portador.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE E/OU FILHOS

1. Esta cláusula consiste na inclusão, na(s) mesma(s) cobertura(s) do Segurado Principal, de seu cônjuge ou companheiro, seu(s) filho(s) e enteado(s) dependentes.
 - 1.1. 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.
 - 1.2. 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.
 - 1.3. Estarão cobertos os filhos ou enteados do Segurado Principal, nos termos estabelecidos no Bilhete, a partir do início de vigência do mesmo ou a partir do nascimento do filho, quando posterior à contratação do Bilhete.
 - 1.4. **O seguro não deverá ser contratado para os cônjuges ou dependentes que estejam aposentados por invalidez ou que estejam afastados ou impossibilitados de exercer atividades laborativas por motivo de doença.**
 - 1.5. O Segurado Principal é responsável pelas informações prestadas acerca de si, de seu cônjuge e/ou de seus dependentes.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. **Ratificam-se as exclusões constantes da cláusula 6. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, bem como as exclusões constantes nas coberturas contratadas.**

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. Os capitais segurados das coberturas contratadas para o cônjuge e/ou dependentes serão definidos no Bilhete 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 Bilhete, a indenização é devida:
 - 4.1.1. No caso de sinistro com o cônjuge ou companheira(o):
 - a) Por morte: ao Segurado Principal.
 - b) Por outras causas e coberturas contratadas para o cônjuge: ao próprio dependente segurado.
 - 4.1.2. No caso de sinistro com filho(s) ou enteado(s), as indenizações decorrentes desta cláusula serão pagas ao Segurado Principal.

5. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

- 5.1. Conforme descrito nas Condições Especiais da cobertura que ampara o sinistro reclamado para o cônjuge ou dependente.

CONDIÇÕES ESPECIAIS PRESTAMISTA

1. Esta cobertura consiste no pagamento de indenização ao credor em caso de ocorrência de evento coberto, conforme coberturas contratadas no Bilhete, equivalente ao saldo da dívida ou do compromisso assumido pelo Segurado junto ao credor.
 - 1.1. Para fins destas Condições Especiais, entende-se credor como sendo a pessoa jurídica a quem o segurado paga prestações periódicas em decorrência da dívida contraída ou do compromisso assumido.
 - 1.2. O Credor será identificado como Beneficiário no Bilhete contratado.
 - 1.3. Poderão ser contratadas nestas Condições Especiais as seguintes coberturas, dentre as descritas no item 5. COBERTURAS das Condições Gerais deste seguro:
 - 1.3.1. Morte (M);
 - 1.3.2. Morte Acidental (MA);
 - 1.3.3. Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
 - 1.3.4. Diárias por Internação Hospitalar (DIH);
 - 1.3.5. Diárias por Incapacidade Temporária (DIT);
 - 1.3.6. Desemprego;
 - 1.3.7. Doenças Graves (DG): AVC, Câncer, Infarto do Miocárdio, Insuficiência Renal Crônica e Transplante de Órgãos (coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula ósea).

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. **Os Riscos Excluídos são os constantes das Condições Gerais e das Condições Especiais das coberturas contratadas no Bilhete.**

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O Capital Segurado para cada uma das coberturas contratadas pelo prestamista segurado será definido no Bilhete e será equivalente ao valor do saldo devedor total ou parcial apurado na data da contratação.
- 3.2. Os Capitais Segurados se destinarão exclusivamente ao pagamento do saldo total ou parcial da dívida contraída pelo Segurado. Os prêmios serão calculados com base no Capital Segurado médio do período de cobertura e o credor da operação será o único beneficiário do seguro, não sendo considerados, portanto, Capital Segurado excedente à dívida ou recálculo do prêmio pela variação da dívida.
- 3.3. Os valores dos Capitais Segurados acompanharão a variação da dívida inicialmente segurada e, em caso de sinistro, serão recalculados com os mesmos critérios estabelecidos no contrato entre o Segurado e o credor da dívida, vigente na data da contratação deste seguro.
- 3.4. Não serão incluídas no recálculo do Capital Segurado em caso de sinistro parcelas da dívida em atraso ou aumento do saldo devedor em relação ao valor segurado decorrente de renegociações do Segurado junto ao credor.

4. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

- 4.1. Além da documentação prevista nas Condições Especiais da cobertura que ampara o sinistro reclamado, deverá ser fornecido o comprovante do saldo da dívida ou do compromisso.