

SEGURO DE PESSOAS

**OMINT RESGATÁVEL |
SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL**

CONDIÇÕES GERAIS E
ESPECIAIS DE PRODUTO

OMINT | VIDA INDIVIDUAL
SEGUROS

ÍNDICE

1. OBJETIVO DO SEGURO	4
2. DEFINIÇÕES – TERMOS TÉCNICOS	4
3. COBERTURAS.....	12
4. RISCOS EXCLUÍDOS	14
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS	16
6. ACEITAÇÃO DO SEGURO.....	16
7. VIGÊNCIA DO SEGURO	17
8. CARÊNCIAS	18
9. PAGAMENTO DE PRÊMIOS	18
10. PERÍODO DE TOLERÂNCIA	20
11. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO - COBERTURAS BÁSICAS	21
12. MODIFICAÇÃO PARA SEGURO COM VALOR SALDADO - COBERTURAS BÁSICAS.....	22
13. MODIFICAÇÃO PARA BENEFÍCIO PROLONGADO - COBERTURAS BÁSICAS	22
14. VALOR DE RESGATE	23
15. CAPITAL SEGURADO	25
16. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO	25
17. EXTRATO DOS VALORES DO SEGURO	26
18. OCORRÊNCIA DE SINISTROS	26
19. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	28
20. JUNTA MÉDICA	29
21. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S).....	30
22. CANCELAMENTO DO SEGURO	30
23. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO	31

24. PERÍODO DE NÃO CONTESTAÇÃO	33
25. DISPOSIÇÕES GERAIS	33
26. FORO CONTRATUAL	33
COBERTURA BÁSICA DE MORTE.....	34
COBERTURA BÁSICA DE FUNERAL INDIVIDUAL	37
COBERTURA BÁSICA DE FUNERAL FAMILIAR	40
COBERTURA ADICIONAL DE DISPENSA DE PRÊMIO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE OU DOENÇA.....	43
COBERTURA ADICIONAL DE ANTECIPAÇÃO PARCIAL DA COBERTURA DE MORTE EM CASO DE DOENÇA TERMINAL.....	52
COBERTURA ADICIONAL DE MORTE – COBERTURA TEMPORÁRIA.....	57
COBERTURA ADICIONAL DE MORTE ACIDENTAL.....	60
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE	63
COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES.....	72
COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES AMPLIADA	78
COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	86
COBERTURA ADICIONAL DE JAZIGO	91

I - CONDIÇÕES GERAIS

A OMINT Seguros S.A. institui o Seguro de Pessoas – VIDA INDIVIDUAL, descrito nestas Condições Gerais e nas Condições Especiais.

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O presente seguro tem por objetivo garantir ao Segurado ou seu(s) Beneficiário(s), o pagamento de Indenização ou reembolso de despesas, limitado ao valor do Capital Segurado contratado, no caso da ocorrência de Evento Coberto e observada(s) a(s) Cobertura(s) contratada(s) que constam na Apólice de Seguro, respeitado o disposto nestas Condições Gerais, nas Condições Especiais e nas disposições legais aplicáveis.

1.2. Estas Condições Gerais estabelecem os direitos e as obrigações da OMINT, dos Segurados e de seu(s) Beneficiário(s).

2. DEFINIÇÕES – TERMOS TÉCNICOS

Ficam a seguir definidos os termos técnicos utilizados neste contrato:

Acidente Pessoal: evento com data caracterizada, ocorrido durante a vigência do Seguro, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente total ou parcial do Segurado ou que torne necessário tratamento médico, incluindo ainda neste conceito:

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

Não se incluem no conceito de Acidente Pessoal:

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

Agravamento de Risco: toda e qualquer ação ou omissão praticada pelo Segurado, com ou sem intenção de prejuízo à Seguradora, que aumentem a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do sinistro.

Ato Doloso: ato intencional praticado no intuito de prejudicar a outrem.

Ato Ilícito: toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

Aviso de Sinistro: comunicação da ocorrência de um sinistro feita pelo Segurado à OMINT Seguros, assim que dele tenha conhecimento.

Beneficiário(s): são a(s) pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) designada(s) pelo Segurado para receber o valor do Capital Segurado na hipótese de ocorrência de sua morte.

Boa-fé: conduta honesta em que devem se pautar o Segurado e a OMINT Seguros, agindo ambos com total transparência, isentos de vícios e convictos de que atuam em conformidade com a lei.

Cancelamento: resolução antecipada do contrato de seguro.

Capital Segurado: importância máxima estabelecida para cada cobertura, a ser paga pela OMINT Seguros em caso de ocorrência de evento coberto por este Seguro. O valor do Capital Segurado de cada uma das coberturas contratadas constará na Apólice de Seguro.

Carência: período, contado a partir do início da vigência do seguro ou do aumento do Capital Segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, no caso de ocorrência do evento coberto, o Segurado ou o(s) beneficiário(s) não terá(ão) direito ao recebimento do(s) capital(is) segurado(s) contratado(s). O limite máximo que um plano de seguro pode estabelecer como prazo de carência é de 2 (dois) anos. Entretanto, o prazo de carência, não poderá exceder metade do prazo de vigência.

Coberturas: diversas garantias passíveis de contratação oferecidas pela OMINT Seguros, definidas nas Condições Especiais. Dividem-se em Básicas e Adicionais. As Coberturas contratadas e suas particularidades constarão expressamente na Apólice de Seguro.

Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes na Proposta de Contratação, nas Condições Gerais, na Apólice e na Declaração Pessoal de Saúde e Atividade.

Condições Especiais: conjunto das disposições específicas relativas às coberturas adicionais, que, eventualmente, alteram e prevalecem sobre as Condições Gerais.

Condições Gerais: conjunto das cláusulas que regem um mesmo Plano de Seguro, estabelecendo obrigações e direitos da sociedade seguradora, dos segurados e dos beneficiários.

Contrato de Seguro: instrumento jurídico firmado entre o Segurado e a OMINT Seguros, que estabelece as peculiaridades da contratação de seguro e fixa os direitos e obrigações da Seguradora, do Segurado e do(s) Beneficiário(s).

Corretor de Seguros: pessoa física ou jurídica legalmente autorizada a angariar e promover contratos de seguro entre as Seguradoras e o Segurado. É um profissional autônomo escolhido pelo Segurado e/ou pelo seu representante legal junto à Seguradora.

Dano Estético: qualquer dano físico / corporal causado à pessoa que, embora não acarrete sequelas que interfiram no funcionamento do organismo, implique em redução ou eliminação dos padrões de beleza ou de estética.

Data de Exigibilidade: data de caracterização do sinistro, definida de acordo com as Condições Especiais de cada uma das coberturas contratadas.

Declaração Médica: documento elaborado na forma de relatório ou similar, no qual o médico-assistente ou algum outro médico escolhido pelo Segurado ou pelos Beneficiários emite sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

Declaração Pessoal de Saúde e Atividade: documento integrante da Proposta de Contratação em que o Proponente/Segurado presta informações sobre suas condições de saúde e atividades na data da assinatura dos referidos documentos, assinando-o e responsabilizando-se pela veracidade e integralidade das informações prestadas.

Doenças ou Lesões Preexistentes: são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de qualquer alteração evidente do seu estado de saúde que era de seu prévio conhecimento na data da contratação do seguro e que poderá ser identificada pela OMINT Seguros por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive em prontuários médico-hospitalares, consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais ou quaisquer outros meios.

Endosso: documento expedido pela OMINT Seguros, a pedido do Segurado, durante a vigência da Apólice, pelo qual a Seguradora aceita a alteração de dados, modificação de condições, coberturas ou Beneficiários.

Evento Coberto: acontecimento futuro e incerto, previsto nas Coberturas do seguro, ocorrido durante a sua vigência, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seu(s) Beneficiário(s).

Formulário de Aviso de Sinistro: é o documento obrigatório para que seja feita a comunicação formal da ocorrência do sinistro. Ao Formulário de Aviso de Sinistro devem ser anexados os documentos básicos solicitados nas Condições Gerais e Especiais, de acordo com a cobertura pleiteada.

Franquia: período, em dias, contado a partir da data do Evento Coberto, durante o qual o Segurado não terá direito ao recebimento da indenização.

Indenização: pagamento efetuado pela OMINT Seguros ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), quando da ocorrência do evento coberto, durante o período de vigência do contrato de seguro.

Médico 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, não cabendo nesses casos nenhuma indenização por parte da OMINT Seguros.

Período de Cobertura: período durante o qual o Segurado ou Beneficiário(s), quando for o caso, fará(ão) jus ao capital contratado.

Período de Não Contestação: período durante o qual a Seguradora não poderá alegar Doença ou Lesão Preexistente para contestar o pagamento da Indenização.

Período de Suspensão: período de até 3 (três) anos, contados a partir do dia imediatamente posterior ao fim do Período de Tolerância, na falta de pagamento de Prêmio, durante o qual o Segurado não fará jus a qualquer das coberturas constantes destas Condições Gerais durante o qual o mesmo poderá optar por reabilitar ou cancelar a Apólice. Não haverá cobrança de prêmios durante tal período.

Período de Tolerância: período de 60 (sessenta) dias ininterruptos, contados a partir do dia imediatamente posterior à data de vencimento do pagamento do Prêmio vencido e não pago, durante o qual o Segurado ainda fará jus às coberturas contratadas, com a consequente cobrança do prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento da Indenização paga ao(s) Beneficiário(s).

Prêmio: valor pago à OMINT Seguros em contraprestação às coberturas contratadas. Cada cobertura determinará a cobrança de um Prêmio correspondente.

Processo SUSEP: procedimento pelo qual o Produto é registrado na SUSEP, não implicando, porém, em incentivo ou recomendação à sua comercialização por parte da autarquia.

Proponente: pessoa física ou jurídica interessada em contratar a(s) cobertura(s) do seguro, preenchendo e assinando a Proposta de Contratação.

Proposta de Contratação: documento com a declaração os elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

Provisão Matemática de Benefícios a Conceder (PMBaC): provisão atuarialmente constituída, calculada mensalmente para as Apólices em vigor, considerando a idade e o sexo do Segurado, o Capital Segurado e a periodicidade de pagamento dos Prêmios para fazer face aos compromissos da Seguradora com seus Segurados antes do pagamento do benefício.

Regime Financeiro de Capitalização: estrutura técnica em que os Prêmios são determinados de modo a gerar receitas capazes de, capitalizadas durante o período de cobertura, produzir montantes equivalentes aos valores atuais dos capitais segurados a serem pagos no respectivo período.

Regime Financeiro de Repartição Simples: estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse período.

Regulação de Sinistro: conjunto de procedimentos realizados após a ocorrência de um sinistro e respectivo aviso para apuração de suas causas e demais circunstâncias envolvidas, com a finalidade de verificar caracterização de evento e seu enquadramento no seguro.

Reintegração do Capital Segurado: recomposição do Capital Segurado após ocorrência de sinistro coberto.

Renovação: recondução do contrato de seguro por novo período, nas mesmas condições que vigoravam anteriormente, ou sob novas condições, neste último caso sempre que tenha havido alterações no objeto do seguro, no interesse segurado ou nas bases tarifárias do seguro.

Risco: evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, que ocorre independentemente da vontade do Segurado.

Riscos Excluídos: são aqueles riscos não cobertos pelo seguro, previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais.

Seguradora: sociedade legalmente autorizada que, mediante recebimento do Prêmio, assume os riscos e garante o pagamento da indenização em caso de ocorrência de sinistro coberto. É a OMINT Seguros S.A.

Segurado: pessoa física incluída no Seguro em relação à qual se estabelecerá o Contrato de Seguro.

Seguro com Benefício Prolongado: interrupção definitiva do pagamento do Prêmio, mantendo-se, de forma temporária, o direito às Coberturas Básicas de Morte e Funeral Individual ou Funeral Familiar, caso alguma delas tenha sido contratada, no valor do Capital Segurado em vigor na data de solicitação da modificação.

Seguro com Valor Saldado: interrupção definitiva do pagamento do Prêmio, mantendo-se o direito à percepção das Coberturas Básicas de Morte e Funeral Individual ou Funeral Familiar, caso alguma delas tenha sido contratada, pelo mesmo período contratado originalmente, com o valor do Capital Segurado devidamente reduzido na data de solicitação da modificação.

Sinistro: ocorrência de risco coberto durante o período de vigência do Contrato de Seguro.

Valor de Resgate: valor da restituição ao Segurado, em moeda corrente nacional, do percentual do montante acumulado na Provisão Matemática de Benefícios a Conceder.

Vigência: período de tempo compreendido entre a data de início e de término do Contrato de Seguro.

2.1. DEFINIÇÕES - TERMOS TÉCNICOS DAS CONDIÇÕES ESPECIAIS

Agravo Mórbido: evolução com piora de uma doença.

Alienação Mental: distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais, tornando o Segurado total e permanentemente incapacitado para a vida civil.

Aparelho Locomotor: conjunto de estruturas neuro-músculo-esqueléticas destinadas ao deslocamento do corpo humano. Fornece a capacidade de mover-se pela marcha, deslocando-se de um lugar para outro por meio de diversos órgãos (músculo, articulações, ossos e nervos) comandados e coordenados pelo Sistema Nervoso.

Atividade Profissional: qualquer atividade ou trabalho por meio do qual o Segurado obtenha renda.

Auxílio: ajuda por meio de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

Ato Médico: procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina. É o conjunto das atividades de diagnóstico, tratamento, encaminhamento de um paciente e prevenção de agravos ao mesmo, além de atividades como perícia e direção de equipes médicas.

Cardiopatia Grave: doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.

Cognição: conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.

Conectividade com a Vida: capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

Consumpção: definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

Dados Antropométricos: conjunto de informações relativas às medidas do corpo humano e seus componentes internos e externos, através de técnicas utilizadas (medidas diretas e indiretas) para dimensionar o corpo humano ou suas partes.

Deambular: ato de andar livremente com o uso do aparelho locomotor.

Deficiência Visual: qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado clinicamente normal.

Disfunção imunológica: incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes considerados estranhos pelo organismo, externos ou internos, causadores de doença ou distúrbios graves.

Doença Crônica: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

Doença Crônica em Atividade: doença crônica que se mantém ativa apesar de tratamento (doença crônica agudizada ou agudização de doença cronicada).

Doença Crônica de Caráter Progressivo: doença crônica que se evolui em curso de piora, com ou sem do tratamento.

Doença em Estágio Terminal: aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade (sem horizonte terapêutico), sendo o Segurado considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente. Aquela para a qual o único tratamento institucionalizado é o paliativo para aliviar dores e desconfortos.

Doença Neoplásica Maligna Ativa: crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade, necessitando de laudos de exame Anatomopatológico para sua classificação definitiva.

Doença Profissional: aquela cuja causa determinante seja o exercício peculiar inerente a alguma atividade profissional. Também chamada de Doença Ocupacional.

Estados Conexos: representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.

Etiologia: causa de cada doença ou mecanismo de estabelecimento de um quadro patológico.

Fatores de Risco e Morbidade: fatores que favorecem ou facilitam o aparecimento ou a manutenção de uma doença ou que com ela interagem podendo, inclusive, levar a óbito.

Hígido: saudável.

Internação Hospitalar: período mínimo de 12 (doze) horas em regime de internação em Hospital/Clinica, caracterizado pela necessidade de tratamento médico que não possa ser realizado em regime ambulatorial.

Prognóstico: juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença. Expectativa de recuperação ou de sobrevida de um paciente, em função do diagnóstico e evolução da doença.

Quadro Clínico: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente e relatadas por um médico.

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

Refratariedade terapêutica: incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

Relações Existenciais: aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

Sentido de Orientação: faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca.

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

Transferência Corporal: capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3. COBERTURAS

3.1. As Coberturas passíveis de contratação para este seguro são as abaixo mencionadas, respeitadas as conjugações oferecidas pela OMINT Seguros, regulamentações vigentes na data da contratação e os riscos excluídos destas Condições Gerais e das respectivas Condições Especiais. As Coberturas deste seguro estão abaixo discriminadas:

3.1.1 **COBERTURAS BÁSICAS**

3.1.1.1 Morte

3.1.1.2 Funeral Individual

3.1.1.3 Funeral Familiar

3.1.1.2 **COBERTURAS ADICIONAIS**

3.1.2.1 Dispensa de Prêmio em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente ou Doença

3.1.2.2 Antecipação Parcial do Capital Segurado para a Cobertura de Morte em caso de Doença Terminal

3.1.2.3 Morte – Cobertura Temporária

3.1.2.4 Morte Acidental

3.1.2.5 Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

3.1.2.6 Doenças Graves

3.1.2.7 Doenças Graves Ampliada

3.1.2.8 Diária de Internação Hospitalar

3.1.2.9 Jazigo

3.2. As Coberturas Básicas do presente seguro estão estruturadas no Regime Financeiro de Capitalização, estrutura técnica em que os Prêmios são determinados de modo a gerar receitas capazes de, capitalizadas durante o período de cobertura, produzir montantes equivalentes aos valores atuais dos Capitais Segurados a serem pagos no respectivo período.

3.3. Por sua vez, as Coberturas Adicionais estão estruturadas no Regime Financeiro de Repartição Simples e, por este motivo, não está prevista a devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou ao Beneficiário, uma vez que cada Prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações no período de Cobertura.

3.4. A Cobertura Básica de Morte é de contratação obrigatória.

3.5. As Coberturas Básicas de Funeral Individual e Funeral Familiar poderão ser facultativamente contratadas pelo Segurado. Fica vedada, no entanto, a contratação conjunta de tais Coberturas.

3.6. Não será permitido o cancelamento da Cobertura Básica de Morte com a manutenção das demais coberturas.

3.7. A contratação das Coberturas Adicionais está condicionada à previa contratação da Cobertura Básica de Morte.

3.8. As Coberturas Adicionais de Doenças Graves e Doenças Graves Ampliada não poderão ser contratadas simultaneamente.

3.9. A Cobertura Adicional de Jazigo somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura Básica de Funeral Individual ou Funeral Familiar.

3.10. O pagamento da indenização das Coberturas Básicas de Morte, Funeral Individual e Funeral Familiar – na hipótese de falecimento do Segurado - e das Coberturas Adicionais de Morte - Cobertura Temporária, Morte Acidental e/ou Jazigo implica o cancelamento do seguro para toda e qualquer cobertura contratada.

3.11. Na hipótese de contratação simultânea e recolhimento de Prêmio da Cobertura Básica de Morte e das Coberturas Adicionais de Morte – Cobertura Temporária e Morte Acidental, ocorrendo Sinistro de morte por Acidente Pessoal coberto, serão pagos os Capitais Segurados das três coberturas.

3.12. Se, depois de paga a indenização pela cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, verificar-se a morte do Segurado dentro da vigência do seguro e em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida em caso de morte acidental, deduzida a importância já paga por invalidez, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença, caso a indenização já paga tenha ultrapassado a estipulada para a Cobertura Básica de Morte e para as Coberturas Adicionais de Morte - Cobertura Temporária e/ou Morte Acidental, de acordo com as Coberturas contratadas.

3.13. As Coberturas contratadas pelo Segurado constarão da Apólice.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Os eventos decorrentes das causas a seguir estão excluídos da cobertura deste seguro, ficando o(s) Beneficiário(s) ou o Segurado, conforme o caso, sem direito a qualquer pagamento e/ou devolução de valores, inclusive os relativos a Prêmios pagos ou a Valores de Resgate:

a) de doenças ou lesões preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Contratação, observado o que dispõem as Cláusulas 23 (Perda de Direito à Indenização) e 24 (Período de Não Contestação);

b) direta ou indireta, resultantes de, ou para os quais tenham contribuído radiações ionizantes de contaminação pela radioatividade de qualquer combustível nuclear, ou de resíduo nuclear, resultante de combustão de material nuclear, bem como os, direta ou indiretamente, causados por armas nucleares, ficando ainda entendido que, para fins desta exclusão a palavra combustão abrangerá qualquer processo auto sustentador de fusão nuclear;

c) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, rebelião, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública ou delas decorrentes, greves, tumultos, motins, "lock-out", exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio a outrem;

d) de eventos provocados por epidemia ou pandemia declaradas por órgão competente;

e) de lesão intencionalmente auto infligida, suicídio ou sua tentativa, independente da sanidade mental do segurado, ocorrido nos primeiros 2 (dois) anos contados a partir da data de início da vigência do seguro;

f) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto nos casos de utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

g) de danos sofridos em decorrência de fenômenos da natureza, de caráter extraordinário, tais como inundações, terremotos, erupções vulcânicas, tempestade ciclônica atípica, furacões, maremotos, quedas de corpos siderais, meteoritos ou quaisquer cataclismos decorrentes de catástrofes naturais ou calamidade pública;

h) de perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

i) de viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem;

- j) direta ou indiretamente de ato terrorista, cabendo à OMINT Seguros comprovar com toda documentação hábil, acompanhada de laudo que caracterize a natureza do atentado, independentemente do seu propósito, desde que tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade competente;
- k) de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo(s) Beneficiário(s) ou pelo representante legal, de um ou de outro;
- l) de acidentes ocorridos durante a participação do Segurado em apostas ou rachas;
- m) de acidentes em que o Segurado, na condição de condutor de veículos ou equipamentos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares, que requeiram aptidão, não possua habilitação legal para tanto;
- n) de qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto quando for diretamente decorrente de Acidente Pessoal;
- o) de choque anafilático e suas consequências, exceto quando for diretamente decorrente de Acidente Pessoal;
- p) de anomalias do nascimento, independentemente de quando se manifestem, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Contratação;
- q) de toda e qualquer consequência resultante de morte ou lesões causadas, direta ou indiretamente por atividades criminosas ou dolosas do Segurado, bem como aqueles provocados por atos, ação ou omissão do Segurado, causados por má fé;
- r) de cirurgias plásticas estéticas ou reparadoras, tratamentos estéticos ou rejuvenescedores;
- s) de danos sofridos em consequência da prática de desportos de competição, bem como nos treinos para competição e apostas.;
- t) de gastos com funeral, urna ou cerimônia fúnebre, exceto se contratada a Cobertura Básica de Funeral Individual ou Funeral Familiar; e
- u) de despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros, exceto se contratada a Cobertura Adicional de Jazigo.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS

5.1. As coberturas contratadas serão aplicáveis em âmbito geográfico mundial. Para as Coberturas de Funeral Individual e Funeral Familiar, o âmbito de cobertura será nacional nos casos em que haja a opção de prestação de serviço de Assistência Funeral.

6. ACEITAÇÃO DO SEGURO

6.1. A idade mínima para contratação do Seguro é de 18 (dezoito) anos e a idade máxima é de 65 (sessenta e cinco) anos.

6.1.1. Para a Cobertura Dispensa de Prêmio em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente ou Doença, a idade máxima de contratação é de 60 (sessenta) anos.

6.2. O presente seguro será contratado ou alterado mediante Proposta de Contratação, preenchida e assinada pelo Proponente, seu representante ou corretor de seguros habilitado, documento este que conterá os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco. A Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividade – DPSA – é parte integrante da Proposta de Contratação e deverá ser preenchida e assinada pelo Proponente, ficando a sua dispensa a critério da OMINT. No caso de reabilitação, o Segurado deverá preencher e assinar a Proposta de Reabilitação.

6.3. No caso de seguro sobre a vida de outros, o responsável pelo pagamento será obrigado a declarar o seu interesse pela preservação da vida do Segurado.

6.4. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a Proposta, seja para seguros novos ou reabilitações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco. Para análise e aceitação do risco ou da alteração da Proposta, a Seguradora poderá solicitar documentos complementares apenas uma vez, durante este prazo.

6.4.1. Para avaliação do risco, além da Proposta de Contratação e Declaração Pessoal de Saúde e Atividade, a Seguradora poderá sugerir, opcionalmente, ao Proponente a realização de exames médicos ou paramédicos e/ou laboratoriais solicitados e/ou oferecidos, o que determinará os termos da aplicação da Cláusula 24 (Período de Contestação).

6.5. A contagem do prazo de 15 (quinze) dias acima referido será suspensa apenas uma vez nos casos em que seja necessária a requisição de outros documentos ou dados para análise do risco e voltará a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

6.6. Se, após o recebimento do resultado dos exames e informações solicitadas, a Seguradora manifestar-se pela aceitação da Proposta com ajuste da taxa do Prêmio, a aceitação integral da Proposta dependerá da concordância expressa do Proponente e do pagamento da diferença da antecipação do primeiro Prêmio pago em relação ao novo valor informado, no prazo estipulado pela Seguradora.

6.7. A Seguradora procederá, obrigatoriamente, à comunicação formal, no caso de não aceitação da Proposta, justificando a recusa. A ausência de manifestação por escrito da Seguradora, no prazo de 15 (quinze) dias, caracterizará a aceitação tácita da Proposta.

6.8. Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de Prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao Proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela *pro rata temporis* correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, atualizado monetariamente pela variação do indexador estabelecido no plano. Neste caso, o Proponente terá cobertura de seguro entre a data de recebimento da Proposta com adiantamento do Prêmio e a data de formalização da recusa.

7. VIGÊNCIA DO SEGURO

7.1. A Vigência das Coberturas Básicas é por toda a vida do Segurado, desde que sejam pagos os Prêmios referentes ao prazo de pagamento previamente escolhido pelo Segurado, observada a Cláusula 20 (Cancelamento) e as hipóteses de cancelamento de cada uma das Coberturas, conforme definido nas respectivas Condições Especiais.

7.2. A Vigência das Coberturas Adicionais é pelo prazo determinado de 5 (cinco) anos, sem possibilidade de Renovação tácita ou expressa.

7.3 O início de Vigência da Apólice será a data do recebimento, pela Seguradora, da Proposta de Contratação de Seguro de Vida devidamente preenchida e assinada, com o comprovante de pagamento da antecipação do primeiro Prêmio, respeitado o disposto na Cláusula 6 (Aceitação do Seguro) destas Condições Gerais.

7.3.1. Caso a Proposta de Contratação tenha sido recepcionada pela Seguradora sem o pagamento do Prêmio, o início de Vigência da cobertura individual será a data da aceitação da Proposta pela OMINT ou outra data acordada entre a OMINT e o Segurado.

7.3.2. A Proposta de Contratação recepcionada com adiantamento de valor para futuro pagamento total ou parcial do Prêmio terá seu início de vigência a partir da data de recepção da Proposta de Contratação pela Seguradora.

7.4. O início e término de Vigência de cada Cobertura Adicional contratada serão fixados na Apólice, conforme os critérios especificados nas respectivas Condições Especiais.

7.4.1. O término de Vigência das Coberturas adicionais não coincidirá com o final de Vigência das Coberturas Básicas.

7.5. A Apólice terá seu início e término de Vigência às 24h da data para tal fim nela indicada.

7.6. Este seguro, em relação às Coberturas Básicas, poderá ser alterado durante sua Vigência para Seguro com Valor Saldado ou Seguro com Benefício Prologando, por solicitação do Segurado, seu representante ou por corretor de seguros habilitado, mediante preenchimento de formulário específico, desde que respeitados os limites mínimos de Capital Segurado e prazo de Vigência do seguro, estabelecidos na Apólice, bem como atendidas as condições estabelecidas nas Cláusulas 12 e 13 abaixo previstas.

8. CARÊNCIAS

8.1. Não haverá prazo de carência para as Coberturas Básicas, tampouco para as Coberturas Adicionais de Dispensa de Prêmio em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente ou Doença, Antecipação Parcial do Capital Segurado para a Cobertura de Morte em caso de Doença Terminal, Morte - Cobertura Temporária, Morte Acidental, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Jazigo.

8.2. Para as Coberturas Adicionais de Doenças Graves e Doenças Graves Ampliada, haverá período de carência de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do início de vigência da Cobertura.

8.2.1. Na Cobertura Adicional de Doenças Graves Ampliada, especificamente para a doença “Esclerose Múltipla”, haverá carência de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, contados a partir do início de vigência da Cobertura.

8.3. Para a Cobertura Adicional de Diária de Internação Hospitalar, o prazo de carência será de 90 (noventa) dias, contados a partir do início de vigência da Cobertura.

8.4. Não haverá prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio, que, na forma do art. 798 do Código Civil é de 2 (dois) anos, contados a partir do início de vigência da Cobertura ou da recondução da Apólice, bem como sobre as parcelas aumentadas dos capitais solicitados após o início de vigência do seguro.

9. PAGAMENTO DE PRÊMIOS

9.1. O Prêmio do presente seguro será correspondente à somatória dos valores dos Prêmio de cada uma das Coberturas Básicas e Adicionais contratadas.

9.1.1. Os Prêmios serão pagos mensalmente ou anualmente, de acordo com o estabelecido na Proposta de Contratação e sempre antecipadamente ao período de Cobertura.

9.1.2. Para as Coberturas Básicas, o Segurado poderá optar pelos seguintes períodos de pagamento de prêmio:

- a) Vitalício;
- b) Por 10 anos de pagamento;
- c) Por 20 anos de pagamento;
- d) Por 30 anos de pagamento;
- e) Até 60 anos de idade;
- f) Até 65 anos de idade;
- g) Até 70 anos de idade;
- h) Até 75 anos de idade.

9.2. Os Prêmios deste seguro são pagos antecipadamente em relação ao período de Vigência, custeados pelo Segurado a crédito da Seguradora por meio da rede bancária, débito em conta corrente ou cartão de crédito, de acordo com as opções oferecidas pela Seguradora.

9.3. Se a data do vencimento do Prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

9.4. Servirão de comprovante de pagamento do Prêmio:

- a) o débito efetuado em conta corrente bancária;
- b) o débito efetuado no cartão de crédito;
- c) o recibo de pagamento bancário devidamente compensado; ou
- d) a comprovação do desconto em folha de pagamento.

9.5. Caso o responsável pelo pagamento opte pelo débito em conta corrente ou cartão de crédito, em caso de cancelamento, por qualquer motivo, da conta corrente ou do cartão de crédito em que ocorria o débito, sem notificação prévia, automaticamente será estabelecida a cobrança por meio de boleto bancário.

9.5.1 A qualquer tempo, o Segurado poderá solicitar à Central de Atendimento a alteração do meio de cobrança.

9.6. A obrigação de pagamento dos Prêmios à OMINT cabe exclusivamente ao Segurado, que responderá pelos efeitos contratuais do inadimplemento, conforme estabelecido nestas Condições Gerais, salvo nos casos de Cancelamento da Apólice.

9.7. Os prêmios em atraso serão acrescidos de juros moratórios de 6% (seis por cento) ao ano e atualização monetária pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA/IBGE ou, na falta deste, pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor – INPC/IBGE.

9.8. Caso não seja efetuado o pagamento ou o repasse da primeira parcela do Prêmio, a contratação do seguro não será efetivada e a OMINT não estará obrigada a garantir o risco coberto.

10. PERÍODO DE TOLERÂNCIA

10.1. Para as Coberturas Básicas e também para as Coberturas Adicionais, será adotado o Período de Tolerância de 60 (sessenta) dias, período durante o qual a falta de pagamento do Prêmio não ensejará o imediato cancelamento do seguro.

10.2. No caso da ocorrência de sinistro durante o Período de Tolerância, a Indenização será paga deduzida dos Prêmios devidos e não pagos, sendo estes acrescidos de juros moratórios de 6% (seis por cento) ao ano e atualização monetária pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA/IBGE ou, na falta deste, pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor – INPC/IBGE.

10.3. A qualquer momento, antes do término do prazo de tolerância, o Segurado poderá efetuar o pagamento dos Prêmios em atraso, acrescidos de juros moratórios iguais a 6% (seis por cento) ao ano e atualização monetária pelo IPCA/IBGE ou, na falta deste, o INPC/IBGE.

10.4. Transcorrido o prazo de tolerância, caso não haja quitação dos Prêmios em aberto:

a) as Coberturas Adicionais serão automaticamente canceladas, sem que seja devido ao Segurado ou a seus Beneficiários a percepção proporcional de qualquer indenização ou devolução dos Prêmios pagos;

b) em relação às Coberturas Básicas, a Apólice será suspensa ou modificada automaticamente para Seguro com Valor Saldado, conforme previsto na Cláusula 11 abaixo.

10.5. A Provisão Matemática de Benefícios a Conceder (PMBaC) continuará sendo constituída normalmente durante o Período de Tolerância.

11. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO - COBERTURAS BÁSICAS

11.1. Se os Prêmios em atraso não forem quitados durante o Período de Tolerância e, caso haja Valor de Resgate suficiente, a Seguradora realizará, automaticamente, a mudança da Apólice para Seguro com Valor Saldado, para as Coberturas Básicas, conforme descrito na Cláusula 12 destas Condições Gerais. Nessa hipótese, o Valor de Resgate será utilizado para quitação dos Prêmios devidos e manutenção das Coberturas Básicas de Morte e Funeral Individual ou Funeral Familiar, caso alguma delas tenha sido contratada, pelo período de vigência original, com o Capital Segurado devidamente reduzido.

11.2. Caso não haja Valor de Resgate ou o Capital Segurado reduzido em função da mudança para Seguro com Valor Saldado não respeite o mínimo estipulado pela Seguradora, a Apólice ficará suspensa por até 3 (três) anos, a contar do dia imediatamente posterior ao último dia do Período de Tolerância. Este período de 3 (três) anos é chamado de Período de Suspensão.

11.2.1. Não haverá cobertura dos sinistros ocorridos e nem cobrança de Prêmios durante o Período de Suspensão.

11.3. Durante o Período de Suspensão, o Segurado poderá solicitar uma das seguintes alternativas:

- a) Reabilitação do seguro, mediante preenchimento de Proposta de Reabilitação, sujeitando-se a um novo processo de aceitação do risco, conforme Cláusula 6, e pagamento do valor necessário conforme item 11.4 destas Condições Gerais; ou
- b) Cancelamento do seguro com pagamento pela Seguradora do Valor de Resgate já constituído.

11.4. O valor devido para a reabilitação corresponderá ao montante necessário para recompor, na data da reabilitação da Apólice original, a Provisão Matemática de Benefícios a Conceder (PMBaC) referente às Coberturas Básicas, além das despesas de administração. Seu valor será calculado individualmente, em função do sexo e da idade do Segurado, do tempo de vigência da respectiva Apólice, do Período de Suspensão e do Capital Segurado em vigor na data da solicitação de reabilitação.

11.4.1. A reabilitação da Apólice se dará a partir das 24 horas da data do recebimento, pela Seguradora, da Proposta de Reabilitação devidamente preenchida e assinada, com o comprovante de pagamento do valor devido pela reabilitação da Apólice, respondendo a Seguradora, nesta hipótese, pelos sinistros ocorridos a partir de então.

11.5. A Apólice será cancelada se, findo o Período de Suspensão, o Segurado não tiver optado pela reabilitação. Nesse caso, a Provisão Matemática de Benefícios a Conceder (PMBaC) já constituída, atualizada monetariamente com base na variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde a data da última variação da provisão até o efetivo pagamento ficará disponível para Resgate.

11.6. Em caso de pedido de cancelamento do seguro durante o Período de Suspensão, o Valor de Resgate devido ao Segurado será aquele constituído na data de vencimento do primeiro Prêmio vencido e não pago, ou seja, anterior ao Período de Tolerância. Este valor será devidamente atualizado conforme a lei vigente, até a data de pagamento.

12. MODIFICAÇÃO PARA SEGURO COM VALOR SALDADO - COBERTURAS BÁSICAS

12.1. O Segurado poderá, a partir do 25º (vigésimo quinto) mês da emissão da Apólice, desde que o seguro esteja com os Prêmios pagos em dia e durante o período de pagamento dos Prêmios, solicitar a mudança do seguro original para Seguro com Valor Saldado, para a(s) Cobertura(s) Básica(s), interrompendo o pagamento dos Prêmios a vencer e mantendo-se o direito à percepção das Coberturas de Morte e de Funeral Individual ou Familiar, caso alguma delas tenha sido contratada, pelo período de vigência original, com o valor do Capital Segurado de cada Cobertura devidamente reduzido na data de solicitação da modificação, respeitado o Capital Segurado mínimo estipulado pela Seguradora e observado o disposto na Cláusula 12.4. A solicitação de modificação para Seguro com Valor Saldado deve ser feita em formulário apropriado.

12.1.1. Em caso de mudança para Seguro com Valor Saldado por solicitação do Segurado, não será possível retornar ao valor original de Capital Segurado.

12.2. O Valor de Resgate das Coberturas Básicas disponível na data da solicitação será utilizado para a manutenção do seguro pelo tempo originalmente contratado e, portanto, o Capital Segurado será reduzido em função do Prêmio único utilizado para sua quitação, sendo mantido o período de cobertura original. Neste caso, as demais características das Coberturas Básicas originalmente contratadas não sofrerão alterações, sendo mantido o seu período de cobertura original e todas as suas garantias, inclusive a constituição de Valor de Resgate.

12.3. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para analisar a solicitação de modificação para Seguro com Valor Saldado, a partir da data do seu recebimento. Caso a mudança para Seguro com Valor Saldado não seja possível, a Seguradora comunicará ao Segurado, por meio de correspondência, mantendo as coberturas e regras dispostas nestas Condições Gerais.

12.4. Caso a mudança seja efetivada, a Seguradora emitirá Endosso da Apólice com as informações pertinentes à mudança para Seguro com Valor Saldado.

12.5 As Coberturas Adicionais, estruturadas no Regime Financeiro de Repartição Simples, não poderão ser alteradas para Seguro com Valor Saldado, ocorrendo assim seu cancelamento no momento da modificação da Apólice.

13. MODIFICAÇÃO PARA BENEFÍCIO PROLONGADO - COBERTURAS BÁSICAS

13.1. O Segurado poderá, a partir do 25º (vigésimo quinto) mês da emissão da Apólice, desde que o seguro esteja com os Prêmios pagos em dia e durante o período de pagamento dos Prêmios, solicitar a mudança do seguro original para Seguro com Benefício Prolongado, para a Cobertura(s) Básica(s), interrompendo o pagamento dos Prêmios a vencer, mantendo-se, de forma temporária, somente o direito às Coberturas Básicas de Morte e de Funeral Individual ou Familiar, caso alguma delas tenha sido contratada, no valor do Capital Segurado em vigor na data de solicitação da modificação, desde que seja respeitado o Período de Vigência mínimo estipulado pela Seguradora e observado o disposto na Cláusula 13.5. A solicitação de modificação para Seguro com Valor Saldado deve ser feita em formulário apropriado.

13.2. O Valor de Resgate das Coberturas Básicas disponível na data da solicitação será utilizado para a manutenção do seguro e, portanto, o período de vigência da(s) Cobertura(s) Básica(s) será reduzido em função do Prêmio único utilizado para sua quitação. O Capital Segurado será mantido, assim como as características de atualização monetária até que finde o novo período de vigência da(s) Cobertura(s) Básica(s) estipulado.

13.3. Ao optar pela modificação para Seguro com Benefício Prolongado, o seguro deixará de ser vitalício e passará a ser um seguro temporário, sem possibilidade de renovação. Não haverá constituição de Provisão Matemática de Benefícios a Conceder (PMBaC) e nem possibilidade de solicitação de Valor de Resgate.

13.4. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para analisar a solicitação de modificação para Seguro com Benefício Prolongado, a partir da data do seu recebimento. Caso a mudança para Seguro com Benefício Prolongado não seja possível, a Seguradora comunicará ao Segurado, por meio de correspondência, mantendo as coberturas e regras dispostas nestas Condições Gerais.

13.5. Caso a mudança seja efetivada, a Seguradora emitirá Endosso com as informações pertinentes à mudança para Seguro com Benefício Prolongado.

13.6. As Coberturas Adicionais, estruturadas no Regime Financeiro de Repartição Simples, não poderão ser alteradas para Benefício Prolongado, ocorrendo, assim, seu cancelamento no momento da modificação da Apólice.

14. VALOR DE RESGATE

14.1. Para as Coberturas Básicas, estruturadas no Regime Financeiro de Capitalização, será facultado ao Segurado a solicitação de recebimento do correspondente Valor de Resgate, a partir do 25º (vigésimo quinto) mês de vigência da Apólice, desde que o seguro esteja com os Prêmios pagos em dia. A partir deste mês, o Segurado poderá solicitar expressamente o pagamento de seu Valor de Resgate, com o conseqüente cancelamento do seguro.

14.2. Para se habilitar ao recebimento do resgate, o segurado deverá enviar a seguinte documentação:

- a) Pedido expresso do Segurado solicitando o pagamento do Valor de Resgate;
- b) cópia da carteira de identidade e CPF; e
- c) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo etc.) com data do mês de solicitação do resgate.

14.3. O Valor de Resgate das Coberturas Básicas será correspondente aos seguintes percentuais da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder (PMBaC), considerado o período decorrido desde a emissão da Apólice:

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

Período decorrido de vigência da Apólice	% PMBaC
1º ao 12º mês	0%
13º ao 24º mês	0%
25º ao 36º mês	25%
37º ao 48º mês	35%
49º ao 60º mês	45%
61º ao 72º mês	55%
73º ao 84º mês	65%
85º ao 96º mês	75%
97º ao 108º mês	85%
109º em diante	100%

14.4. Recebida a solicitação pela Seguradora para o pagamento do Valor de Resgate e confirmado o preenchimento dos requisitos, este será liberado por crédito na conta bancária indicada de titularidade do Segurado, pagável no domicílio ou na praça por ele indicada, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data do seu recebimento e desde que a documentação esteja completa.

14.5. O Valor de Resgate, quando solicitado, será atualizado monetariamente tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde a data da solicitação, caso a Apólice esteja vigente, ou da data do cancelamento até a data do efetivo pagamento.

14.5.1. Caso o pagamento do Valor de Resgate seja feito após o decurso do prazo descrito na Cláusula 14.4 acima, o valor ficará acrescido de atualização monetária pelo IPCA/IBGE acumulada desde a data da solicitação, caso a Apólice esteja vigente, ou da data do cancelamento até a data do efetivo pagamento acrescida de juros de 1% a.m. (um por cento ao mês), em base *pro rata temporis*.

14.6. Com a solicitação do pagamento do Valor de Resgate e preenchimento dos requisitos acima previstos, a Apólice de Seguro será cancelada, extinguindo-se o direito do Segurado às Coberturas Básicas e também às Coberturas Adicionais.

14.7. Se a Apólice for cancelada em razão do pagamento do Capital Segurado, cessará o direito ao Valor de Resgate.

14.8. O Segurado que receber a Antecipação Parcial do Capital Segurado para Cobertura de Morte deverá continuar pagando Prêmios correspondentes ao Capital Segurado reduzido, fazendo jus ao Valor de Resgate, conforme descrito nesta cláusula.

15. CAPITAL SEGURADO

15.1. Para fins deste seguro, o Capital Segurado estabelecido na Apólice é a importância máxima a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento, caracterizado de acordo com as Condições Especiais de cada cobertura.

15.2. O Capital Segurado para cada Cobertura contratada neste seguro estará estabelecido na Apólice em moeda corrente nacional, respeitados os limites mínimos e máximos previamente estabelecidos pela OMINT.

15.3. O Segurado poderá solicitar a alteração do valor do Capital Segurado a qualquer momento, desde que o seguro esteja vigente e com os Prêmios pagos em dia.

15.3.1. A alteração do valor do Capital Segurado deverá ser solicitada por meio de formulário apropriado, que será submetido à Seguradora.

15.3.2. A aceitação da alteração de Capital Segurado estará sujeita à análise de risco, conforme previsto na Cláusula 6 destas Condições Gerais. A alteração somente produzirá efeito a partir da formalização da aceitação da referida solicitação.

15.3.3. Para manter o seguro em vigor, deverão ser respeitados os limites mínimos e máximos de Capital Segurado e de Prêmio previamente estabelecidos e informados pela Seguradora.

15.3.4. Após a alteração do Capital Segurado, para manter as coberturas contratadas em vigor, o Segurado deverá continuar pagando os Prêmios das coberturas contratadas. Os valores dos Prêmios serão alterados com base no Capital Segurado.

16. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO

16.1. O Capital Segurado contratado pelo Segurado e, por consequência, o respectivo Prêmio serão atualizados monetariamente a cada aniversário da Apólice com base na variação acumulada do índice indicado no item 16.3 destas Condições Gerais, durante o período de 12 (doze) meses anteriores, contados desde a última atualização anual.

16.2. Quando houver pagamento de prêmio em periodicidade anual, os Capitais Segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo índice previsto no item 16.3 desde a data da última atualização até a data de ocorrência do respectivo Evento coberto, sendo que, nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

16.3. Para efeito de atualização monetária, será utilizado o Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IPCA/IBGE.

16.3.1. Na falta, extinção ou proibição do uso do índice definido, a atualização monetária terá por base o Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo - IPC/FIPE.

16.4. O saldo da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder (PMBaC) e o Valor de Resgate serão atualizados mensal e monetariamente com base na variação mensal do IPCA/IBGE referente ao 3º (terceiro) mês anterior ao mês da atualização, bem como sujeitos à capitalização atuarial com base na taxa de juros de 2,75% a.a. (dois vírgula setenta e cinco por cento ao ano), enquanto a apólice estiver em vigor.

16.4.1. A capitalização atuarial mencionada no item anterior considera os seguintes fatores:

- a) probabilidade de morte;
- b) idade;
- c) sexo;
- d) ano de vigência da Apólice;
- e) coberturas contratadas; e
- f) Capital Segurado.

16.5. As Coberturas Básicas e Adicionais previstas no presente seguro possuem Prêmios fixos, estabelecidos por Cobertura e aplicáveis durante o respectivo período de Vigência de cada Cobertura, sem previsão de reajustes de Prêmios por reenquadramento etário.

17. EXTRATO DOS VALORES DO SEGURO

17.1. Anualmente e sempre que solicitado pelo Segurado, a Seguradora providenciará o envio de extrato contendo os valores atuais do Seguro: Prêmio, Capital Segurado para cada Cobertura e Valor de Resgate.

18. OCORRÊNCIA DE SINISTROS

18.1. O Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) deverá(ão), diante da ocorrência de sinistro, proceder à comunicação imediata, por meio do Aviso de Sinistro, Carta Registrada ou outro meio de comunicação oferecido pela OMINT Seguros, indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas.

18.1.1. A comunicação feita por qualquer meio não exonera a obrigação da apresentação do formulário de Aviso de Sinistro original à OMINT Seguros.

18.2. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para finalização da regulação do sinistro e pagamento do Capital Segurado eventualmente devido, contados a partir do recebimento pela Seguradora de toda documentação básica constante da Cláusula 18 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro), além daqueles indicados nas Condições Especiais de cada cobertura contratada, bem como de todos os demais que se fizerem necessários e pertinentes à liquidação do sinistro.

18.3. Em caso de dúvida fundada e justificável, a OMINT Seguros poderá solicitar ao(s) Beneficiários(s) ou Segurado outros documentos, além daqueles estabelecidos na Cláusula 19 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) e seus subitens, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 18.2 desta cláusula será suspenso, voltando a correr a partir do primeiro dia útil subsequente ao recebimento pela OMINT Seguros dos documentos e informações complementares.

18.3.1. Não respeitado o prazo previsto no subitem 18.2 desta cláusula, os valores das obrigações pecuniárias devidas serão acrescidos de juros moratórios e atualização monetária, conforme definido nos subitens 18.4 e 18.5 desta cláusula, aplicados a partir da data de ocorrência do sinistro, independentemente de notificação ou interpelação judicial.

18.4. A título de juros de mora, será utilizado o percentual de 6% (seis por cento) ao ano, calculado *pro rata die* a partir da data da data de ocorrência do sinistro até a data do efetivo pagamento.

18.5. As indenizações estarão sujeitas à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no subitem 16.3 destas Condições Gerais, a partir da data do evento até a data do efetivo pagamento.

18.5.1. A atualização monetária será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado antes da data de sua efetiva liquidação.

18.6. O pagamento será feito sob a forma de parcela única, por meio de crédito em conta, pagável no domicílio ou praça indicada pelo(s) Beneficiário(s) ou Segurado no aviso de sinistro.

18.7. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e os documentos necessários serão de responsabilidade do Segurado e/ou beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela OMINT Seguros.

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

18.9. Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros que envolvem reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

18.10. Qualquer pretensão do Segurado ou Beneficiário com fundamento no presente seguro prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

19. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

19.1. Para liquidação de sinistro, é necessário o envio pelo Segurado ou Beneficiário(s) dos documentos básicos, abaixo indicados, **além daqueles previstos nas Condições Especiais de cada cobertura contratada**, sendo que, no caso de envio de **cópias**, essas deverão ser **autenticadas**:

19.1.1. Para qualquer sinistro:

Formulários fornecidos pela OMINT Seguros e devidamente preenchidos em todos os seus campos:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro;
- b) Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização/Reembolso de Despesas;
- c) Declaração de Únicos Herdeiros, na hipótese de inexistir indicação de Beneficiário, nos termos do item 20.2 da Cláusula 20 (Designação e Alteração de Beneficiários).

19.1.2. Documentos do Segurado (cópias autenticadas):

- a) Carteira de Identidade (RG);
- b) CPF;
- c) Comprovante de residência (data recente).

19.1.3. Documentos do(s) Beneficiário(s) maior(es) de 18 anos (cópias autenticadas):

- a) Carteira de Identidade (RG);
- b) CPF;
- c) Comprovante de residência (data recente);
- d) Certidão de Nascimento (se solteiro) ou Certidão de Casamento emitida após o óbito do Segurado;
- e) Em caso de companheiro(a), além dos documentos indicados acima, providenciar:
 - i. Cópia da anotação na Carteira de Trabalho; ou
 - ii. Comprovante de Dependente do INSS ou no Imposto de Renda; ou

iii. Declaração de União Estável registrada em cartório pelo Segurado, com data anterior à ocorrência do sinistro, com declaração de duas testemunhas atestando que o Segurado vivia maritalmente, especificando data e se deixou filhos, com assinatura reconhecida em cartório.

f) Termo de Curatela, no caso de Beneficiário(s) incapaz(es).

19.1.4. Documentos do(s) Beneficiário(s) menor(es) de 18 anos (cópias autenticadas):

a) Carteira de Identidade (RG);

b) Certidão de Nascimento (se solteiro) ou Certidão de Casamento emitida após o óbito do Segurado;

c) Termo de Curatela, no caso de Beneficiário(s) incapaz;

d) Termo de Tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de Beneficiário(s) menor(es), órfão(s) de pai e mãe.

19.2. Em qualquer hipótese, a OMINT Seguros poderá solicitar documentos complementares além daqueles já descritos nas Condições Contratuais, para término da liquidação do sinistro.

19.3. Não serão aceitos relatórios médicos realizados por membro(s) da família ou de pessoa que esteja convivendo com o Segurado, independentemente de esta pessoa ser um médico habilitado.

20. JUNTA MÉDICA

20.1. No caso de divergências e dúvidas de natureza médica relacionadas à existência de cobertura securitária, especialmente sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como sobre a avaliação da incapacidade ou, ainda, sobre matéria médica não prevista expressamente na Apólice, será proposta pela OMINT Seguros, por meio de correspondência escrita ao Segurado, no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica com 03 (três) membros, sendo um nomeado pela OMINT Seguros, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido em conjunto pelos dois nomeados. Em havendo divergência entre Seguradora e Segurado quanto ao médico desempatador a ser nomeado, a Associação Médica Brasileira (AMB) será consultada para que indique o respectivo profissional.

20.1.1. O prazo de constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

20.2. Cada uma das partes arcará com os honorários do médico que tiver designado. Os honorários do terceiro médico serão rateados de forma igualitária entre o Segurado e a OMINT Seguros.

21. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S)

21.1. É facultado **exclusivamente** ao Segurado, a qualquer tempo, nomear ou substituir seu(s) beneficiário(s), mediante comunicação escrita à OMINT Seguros, ressalvadas as restrições legais.

21.2. Não sendo instituído beneficiário pelo Segurado, será respeitado o disposto no artigo 792 do Código Civil Brasileiro.

21.3. É válida a instituição de companheiro(a) como Beneficiário(a) se, ao tempo do contrato o Segurado era solteiro, divorciado, separado judicialmente ou já se encontrava separado de fato (artigo 793 do Código Civil Brasileiro).

21.4. A substituição do(s) Beneficiário(s) só poderá ser efetuada se o segurado não tiver renunciado previamente a essa faculdade e se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação.

21.5. Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiário(s) feita pelo Segurado, desde que recebida pela OMINT Seguros antes da ocorrência do sinistro.

21.6. Se a OMINT Seguros não for cientificada até o período estabelecido no item 21.5 desta cláusula, quanto à substituição de Beneficiário(s), desobrigar-se-á, pagando o Capital Segurado ao antigo Beneficiário.

21.7. Em caso de indicação de pessoa jurídica como beneficiária do seguro, deverá ser comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nessa condição.

21.8. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado e do Beneficiário(s), a indenização referente à cobertura contratada será paga nos termos do artigo 792 do Código Civil Brasileiro.

22. CANCELAMENTO DO SEGURO

22.1. Sem prejuízo de outras penalidades cabíveis, o seguro estará rescindido independentemente de notificação ou interpelação judicial e sem que caiba indenização a qualquer parte nas seguintes situações:

a) por falta de pagamento do Prêmio após o Período de Suspensão e desde que não haja opção pela reabilitação do seguro, conforme disposto na Cláusula 11.5;

b) automaticamente, com a morte do Segurado durante a Vigência do seguro;

c) mediante solicitação do segurado à OMINT Seguros, sendo devido o Valor de Resgate, conforme Cláusula 14.1 (Valor de Resgate das Coberturas Básicas), quando houver;

d) com o fim do novo período de Vigência temporário da Apólice, após mudança para Benefício Prolongado, conforme Cláusula 13.1 (Modificação para Benefício Prolongado) das Condições Gerais;

e) quando houver solicitação de pagamento do Valor de Resgate, nos termos do disposto na Cláusula 14.1 (Valor de Resgate das Coberturas Básicas);

f) pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais ou das Condições Especiais;

g) se houver dolo, culpa grave, prática de fraude, consumada ou tentada, por parte do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato.

22.2. O pagamento de Prêmios pelo Segurado, de qualquer valor, à OMINT Seguros após a data de rescisão não implica a reabilitação do seguro nem gera qualquer efeito, devendo ser devolvido devidamente corrigido.

22.3. O presente seguro só poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes contratantes.

22.4. Quaisquer cobranças de Prêmios efetuados indevidamente pela Seguradora, pagamento de Prêmio ou outros valores, após a data de cancelamento do seguro, serão nulas e sem qualquer efeito, independentemente de aviso ou notificação, ficando à disposição do Segurado a importância paga indevidamente, atualizada monetariamente com base na variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde a data do pagamento do Prêmio até a data da sua devolução.

22.5. No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer das partes e com a concordância recíproca, a Seguradora poderá reter do Prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

22.6. Durante a vigência, a Apólice não poderá ser cancelada pela Seguradora sob alegação de alteração da natureza dos riscos.

23. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

23.1. A OMINT Seguros não pagará qualquer indenização com base no presente seguro se o Segurado, seu representante ou seu Corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação do seguro ou no valor do Prêmio, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do Prêmio devido.

23.1.1. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a OMINT Seguros poderá:

a) na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

b) na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

- 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

- 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.

c) 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, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de Prêmio cabível.

23.2. A OMINT Seguros não pagará qualquer indenização, com base no presente seguro, caso haja, por parte do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), seu representante ou corretor de seguros:

a) tentativa do Segurado, de seu(s) Beneficiário(s) ou do Representante Legal de um ou de outro de impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências necessárias para resguardar os direitos da Seguradora;

b) inobservância da Lei ou das obrigações convencionadas nestas condições;

c) prática de dolo, fraude ou sua tentativa, simulação para obter ou majorar a indenização ou, ainda, se o Segurado ou Beneficiário tentar obter vantagem indevida com o sinistro.

23.3. 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 indenização se for provado que silenciou de má-fé. Recebido o aviso de agravação do risco, sem culpa do Segurado, a Seguradora poderá:

a) no prazo de 15 (quinze) dias a contar do recebimento do aviso, cancelar a Apólice de Seguro, dando ciência de sua decisão, por escrito, ao Segurado, ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada. O cancelamento da Apólice de Seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do Prêmio pela Seguradora, calculada proporcionalmente ao período do Risco a decorrer;

b) propor a continuidade do contrato e cobrar a diferença do Prêmio cabível.

23.3.1. Devido à estruturação técnica das coberturas de Morte, Funeral Individual e Funeral Familiar, a Seguradora não utilizará a informação para alterar direitos e deveres ora previstos nestas Condições Gerais e Especiais, incluindo a decisão de cancelar o seguro, restringir a cobertura ou cobrar a diferença de Prêmio, exceto em casos de reabilitação do seguro conforme Cláusula 11.

23.4. Caso o Segurado agrave intencionalmente o seu risco coberto pelo seguro, perderá o direito à indenização.

24. PERÍODO DE NÃO CONTESTAÇÃO

24.1. A Seguradora não poderá contestar o pagamento do Capital Segurado em casos de Doenças ou Lesões Preexistentes do Segurado, desde que respeitadas as regras estabelecidas na Cláusula 23 (Perda de Direito à Indenização) e se, na data do evento, os seguintes prazos, aplicáveis conforme a hipótese, já tiverem decorrido:

- a) 24 (vinte e quatro) meses da data de emissão da Apólice ou da data de Reabilitação do seguro, aprovada pela Seguradora, caso o Segurado tenha se submetido a exames médicos ou paramédicos e/ou laboratoriais solicitados e/ou oferecidos, opcionalmente, pela Seguradora, por ocasião da análise da Proposta de Contratação ou Reabilitação; ou
- b) 60 (sessenta) meses da data de emissão da Apólice ou da data de Reabilitação do seguro, aprovada pela Seguradora, caso o Segurado não tenha se submetido a exames médicos ou paramédicos e/ou laboratoriais solicitados e/ou oferecidos, opcionalmente, pela Seguradora, por ocasião da análise da Proposta de Contratação ou Reabilitação.

25. DISPOSIÇÕES GERAIS

25.1. O registro deste plano junto à SUSEP – Superintendência de Seguros Privados - não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

25.2. As condições contratuais deste seguro encontram-se registradas na Susep de acordo com o número de processo constante da Apólice/Proposta e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br.

25.3. O Segurado poderá consultar a situação cadastral do seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

25.4. A aceitação do seguro estará sujeita à análise de risco.

26. FORO CONTRATUAL

26.1. Fica eleito o foro de domicílio do Segurado ou Beneficiário, conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato.

CONDIÇÕES ESPECIAIS
COBERTURA BÁSICA DE MORTE**1. OBJETIVO DA COBERTURA**

1.1. Esta Cobertura, **desde que pago o Prêmio a ela correspondente**, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do valor do Capital Segurado contratado, de uma única vez, em caso de morte do Segurado durante a Vigência do seguro, por causas naturais ou acidentais, devidamente coberta pelo seguro, exceto se decorrente de risco excluído, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

1.2. Ocorrendo a morte do Segurado após a opção do mesmo pela Antecipação Parcial do Capital Segurado para a Cobertura de Morte em caso de Doença Terminal, o Capital Segurado contratado para a presente Cobertura será reduzido de acordo com o valor já antecipado.

1.3. A Cobertura Básica de Morte não se acumula com a Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, caso contratadas conjuntamente. Se, depois de paga a indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pela Cobertura Básica de Morte, deduzida a importância já paga por invalidez.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do seguro.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro, vigente na data do evento.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado constante na Certidão de Óbito.

4. BENEFICIÁRIO

4.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será pago ao(s) Beneficiário(s) indicado pelo Segurado ou, na falta de indicação, aos herdeiros legais, conforme indicado pela Cláusula 21 (Designação e Alteração de Beneficiários) das Condições Gerais.

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro, cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 18 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 19 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como:

5.2. Em caso de morte natural, incluir os seguintes documentos do Segurado, sendo que, no caso de envio de **cópias**, essas deverão ser **autenticadas**:

- a) Certidão de Óbito do Segurado;
- b) Certidão de Nascimento (se solteiro) ou Certidão de Casamento, emitida após o óbito do Segurado;
- c) Relatório do médico assistente, detalhado, atestando o atendimento;
- d) Cópia dos laudos de exames realizados e imagens, se houver;
- e) Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença do Segurado, quando houver;
- f) Radiografias do Segurado (quando houver);
- g) Guia de internação hospitalar (quando houver);
- h) Declaração médica indicando causa mortis com firma reconhecida.

5.3. Em caso de ocorrência de morte por acidente, além dos documentos citados no item 5.2 acima, também serão necessários os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de **cópias**, essas deverão ser **autenticadas**:

- a) Cópia da Certidão de Registro de Ocorrência Policial ou outro documento de autoridade competente do país, se houver;
- b) CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- c) Laudo de Necropsia, se realizado;
- d) Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;
- e) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- f) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de Acidente de Trabalho;
- g) Cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais do Seguro, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

6.2. As cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS
COBERTURA BÁSICA DE FUNERAL INDIVIDUAL**1. OBJETIVO DA COBERTURA**

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada e pago o Prêmio a ela correspondente, garante ao(s) Beneficiário(s) ou ao(s) responsável(s) pelo pagamento o reembolso das despesas incorridas com o funeral do Segurado até o limite do valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, em caso de morte do Segurado, por causas naturais ou acidentais, durante o período de vigência do seguro, exceto se decorrente de risco excluído, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

1.2. Alternativamente ao reembolso das despesas incorridas com o funeral do Segurado, o(s) Beneficiário(s) poderá(ão) optar pela utilização do serviço de Assistência Funeral, a ser prestado por empresa terceirizada contratada pela OMINT. O serviço de Assistência Funeral somente será prestado no Brasil, de acordo com a rede de atendimento da referida empresa contratada pela OMINT.

1.3. No caso da opção pela Assistência Funeral, não haverá direito a qualquer reembolso.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Mediante a contratação da presente Cobertura, fica revogada a exclusão constante do item 4.1, alínea "t", das Condições Gerais.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância máxima a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro, vigente na data do evento.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado constante na Certidão de Óbito.

4. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

4.1. Na hipótese de solicitação de reembolso, cabe ao(s) responsável(is) pelo pagamento proceder(em) conforme descrito na Cláusula 18 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 19 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como:

4.2. Em caso de morte natural, incluir os seguintes documentos do Segurado, sendo que, no caso de envio de **cópias**, essas deverão ser **autenticadas**:

- a) Certidão de Óbito do Segurado;
- b) Certidão de Nascimento (se solteiro) ou Certidão de Casamento, emitida após o óbito do Segurado;
- c) Relatório do médico assistente, detalhado, atestando o atendimento;
- d) Cópia dos laudos de exames realizados e imagens, se houver;
- e) Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença do Segurado, quando houver;
- f) Radiografias do Segurado (quando houver);
- g) Guia de internação hospitalar (quando houver); e
- h) Comprovantes **originais** das despesas com o Funeral.

4.3. Em caso de ocorrência de morte por acidente, além dos documentos citados no item 4.2 acima, também serão necessários os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de **cópias**, essas deverão ser **autenticadas**:

- a) Cópia da Certidão de Registro de Ocorrência Policial ou outro documento de autoridade competente do país, se houver;
- b) CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- c) Laudo de Necropsia, se realizado;
- d) Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;
- e) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- f) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de Acidente de Trabalho;
- g) Cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização.

5. CANCELAMENTO DA COBERTURA

5.1. Esta Cobertura será cancelada **caso haja o cancelamento da Cobertura Básica de Morte.**

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais do Seguro, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

6.2. As cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA BÁSICA DE FUNERAL FAMILIAR

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, **desde que contratada e pago o prêmio a ela correspondente**, garante ao(s) Segurado, ao(s) Beneficiário(s) ou ao(s) responsável(s) pelo pagamento, se diverso, o reembolso das despesas incorridas com o funeral do Segurado ou de seus familiares, por causas naturais ou acidentais, durante o período de vigência do seguro, até o limite do valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, exceto se decorrente de risco excluído, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

1.2. Para fins desta Cobertura, serão considerados como familiares do Segurado seu cônjuge, filhos e enteados. A enumeração é taxativa e não exemplificativa.

1.3. Alternativamente ao reembolso das despesas incorridas com o funeral do Segurado, o(s) Beneficiário(s) poderá(ão) optar pela utilização do serviço de Assistência Funeral, a ser prestado por empresa terceirizada contratada pela OMINT, indicada na Apólice. O serviço de Assistência Funeral somente será prestado no Brasil, de acordo com a rede de atendimento da referida empresa contratada pela OMINT.

1.4. No caso da opção pela Assistência Funeral, não haverá direito a qualquer reembolso.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Mediante a contratação da presente Cobertura, fica revogada a exclusão constante do item 4.1, alínea "t", das Condições Gerais.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância máxima a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro, vigente na data do evento.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do óbito do Segurado ou do familiar constante na Certidão de Óbito.

4. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

4.1. Na hipótese de solicitação de reembolso, cabe ao(s) responsável(is) pelo pagamento proceder(em) conforme descrito na Cláusula 18 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 19 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como:

4.2. Em caso de morte natural, incluir os seguintes documentos do Segurado/familiar, sendo que, no caso de envio de **cópias**, essas deverão ser **autenticadas**:

- a) Certidão de Óbito do Segurado/familiar;
- b) Certidão de Nascimento (se solteiro) ou Certidão de Casamento, emitida após o óbito do Segurado/familiar;
- c) Relatório do médico assistente, detalhado, atestando o atendimento;
- d) Cópia dos laudos de exames realizados e imagens, se houver;
- e) Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença do Segurado/familiar, quando houver;
- f) Radiografias do Segurado/familiar (quando houver);
- g) Guia de internação hospitalar (quando houver);
- h) Comprovantes **originais** das despesas com o Funeral.

4.3. Em caso de ocorrência de morte por acidente, além dos documentos citados no item 5.2 acima, também serão necessários os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de **cópias**, essas deverão ser **autenticadas**:

- a) Cópia da Certidão de Registro de Ocorrência Policial ou outro documento de autoridade competente do país, se houver;
- b) CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado/familiar;
- c) Laudo de Necropsia, se realizado;
- d) Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;
- e) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);

- f) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de Acidente de Trabalho;
- g) Cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização;
- h) Comprovantes originais das despesas com Funeral.

5. CANCELAMENTO DA COBERTURA

5.1. Esta Cobertura será cancelada **caso haja o cancelamento da Cobertura Básica de Morte.**

6. DISPOSIÇÕES GERAIS
6.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais do Seguro, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

6.2. As cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS**COBERTURA ADICIONAL DE DISPENSA DE PRÊMIO
EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE OU DOENÇA****1. OBJETIVO DA COBERTURA**

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada e pago o Prêmio a ela correspondente, garante o pagamento dos Prêmios a vencer devidos para a Cobertura Básica de Morte, e, se contratadas, para as Coberturas Básicas de Funeral Individual ou Funeral Familiar, na hipótese de restar caracterizada a Invalidez Funcional Permanente Total do Segurado por Doença ou a Invalidez Permanente Total do Segurado por Acidente, nos termos das Cláusulas 3 e 4 abaixo previstas, respectivamente.

1.2. O Segurado deverá pagar todos os Prêmios devidos até que a Seguradora confirme a caracterização da presente Cobertura de Dispensa de Prêmio. Neste caso, os Prêmios pagos desde a data da ocorrência do evento serão devolvidos ao Segurado, atualizados monetariamente com base na variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde a data do pagamento dos Prêmios até a data da efetiva devolução.

1.3. Se o Segurado ficar total e permanentemente inválido em decorrência de acidente ou doença antes de completar 60 (sessenta) anos de idade, estará dispensado do pagamento de todos os Prêmios devidos a partir da data da ocorrência do evento até o término do período de pagamento.

1.4. Se o Segurado ficar total e permanentemente inválido em decorrência de acidente ou doença depois de completar 60 (sessenta) anos de idade, estará dispensado do pagamento dos Prêmios devidos a partir da data da ocorrência do evento até o mês em que completar 65 (sessenta e cinco) anos de idade.

1.5. Após a análise de sinistro, caso não se constate a caracterização do quadro de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença ou Invalidez Permanente Total por Acidente, nos termos das Cláusulas 3 e 4 abaixo previstas, os Prêmios relativos às Coberturas Básicas deverão continuar sendo pagos regularmente pelo Segurado, até o fim do período de pagamento do seguro, para que as Coberturas sejam mantidas.

1.6. Esta Cobertura não se aplica a nenhum tipo de invalidez que ocorra após as seguintes situações:

- a)** término do período de pagamento do Prêmio deste seguro, por qualquer razão;
- b)** solicitação do Valor de Resgate;
- c)** mudança para Seguro com Valor Saldado;
- d)** mudança para Seguro com Benefício Prolongado; ou
- e)** cancelamento do seguro, por qualquer razão.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos Riscos Excluídos desta Cobertura definidos na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do seguro, estão expressamente excluídos desta Cobertura os acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de:

- a) Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- b) Viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem
- c) Perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta ou indiretamente, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;
- d) Quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas em que a causa determinante seja o exercício peculiar de alguma atividade profissional; e
- e) Doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo;
- f) Os denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, acidente vascular cerebral ou outros).

2.2. Para os fins desta Cobertura, fica revogada a exclusão constante do item 4.1, alínea “d”, das Condições Gerais.

2.3. A invalidez permanente deve ser comprovada por meio de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, assim como por órgãos do Poder Público e por outras instituições público-privadas não caracteriza, por si só, a invalidez permanente por acidente ou doença.

3. DISPENSA DE PRÊMIO EM CASO DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

3.1. Para que haja direito a esta Cobertura, é necessária a caracterização da perda da existência independente do Segurado exclusivamente em consequência de doença, ou seja, a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado.

3.2. Consideram-se como Riscos Cobertos a ocorrência comprovada, segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada, de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, **provenientes exclusivamente de Doença:**

- a)** Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b)** Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao controle clínico;
- c)** Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- d)** Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), **única e exclusivamente em decorrência de doença;**
- e)** Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f)** Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g)** Deficiência visual, **decorrente de doença:**
 - § Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - § Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - § Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
 - § Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h)** Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;
- i)** Estados mórbidos, **decorrentes de doença**, a seguir relacionados:
 - § Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - § Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - § Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

3.3. Outros quadros clínicos serão reconhecidos como riscos cobertos, desde que atingida a pontuação necessária após avaliação por meio de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF) constante do item 3.6.2.

3.4. A Invalidez Funcional Permanente Total por Doença do Segurado deve ser comprovada por meio de declaração médica detalhada pelo médico-assistente do Segurado, justificando seu estado de invalidez, acompanhada dos laudos e resultados de exames clínicos a que o Segurado tiver se submetido e que também comprovem sua invalidez.

3.5. Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que, avaliados por meio do Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF), seja atingida a marca mínima de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

3.6. O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF) é composto por duas Tabelas.

3.6.1. A primeira é a **Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos**, que permite avaliar, por meio de escalas, com 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida - Atributos. O 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas. Para a classificação no 2º ou no 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas. Todos os Atributos constantes na primeira Tabela serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

3.6.2. A segunda é a **Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade**, que valoriza cada uma das situações nela previstas. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL
**ANEXO ÀS CONDIÇÕES ESPECIAIS
 DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA**
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF
TABELA 1
TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIIS E DE ESTADOS CONEXOS

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
<u>RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO</u>	<u>1º GRAU:</u> <u>O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.</u>	<u>00</u>
	<u>2º GRAU:</u> <u>O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE ASSISTÊNCIA À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.</u>	<u>10</u>
	<u>3º GRAU:</u> <u>O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.</u>	<u>20</u>

<u>CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIIS DO SEGURADO</u>	<u>1º GRAU:</u> <u>O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E/OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.</u>	<u>00</u>
	<u>2º GRAU:</u> <u>O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.</u>	<u>10</u>
<u>CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIIS DO SEGURADO</u>	<u>3º GRAU:</u> <u>O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.</u>	<u>20</u>

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

<u>CONECTIVIDADE DO SEGURO COM A VIDA</u>	<u>1º GRAU:</u> <u>O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.</u>	<u>00</u>
	<u>2º GRAU:</u> <u>O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).</u>	<u>10</u>
	<u>3º GRAU:</u> <u>O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO ÀQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.</u>	<u>20</u>

TABELA 2
TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
<u>A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40.</u>	<u>02</u>
<u>HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.</u>	<u>02</u>
<u>HÁ OU HOUE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.</u>	<u>04</u>
<u>EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.</u>	<u>04</u>
<u>CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIDA E OU REFRAATARIEDADE TERAPÊUTICA.</u>	<u>08</u>

3.7. As despesas desembolsadas pelo Segurado, objetivando demonstrar a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, são de responsabilidade deste, salvo aquelas realizadas diretamente pela OMINT Seguros com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante.

3.8. As providências que a OMINT Seguros tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.

4. DISPENSA DE PRÊMIO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

4.1. Para fins desta cobertura, entende-se como Invalidez Permanente Total por Acidente a perda, redução ou impotência funcional definitiva e total dos membros ou órgãos constantes abaixo relacionados, em virtude de lesão física, causada exclusivamente por Acidente Pessoal devidamente coberto, as quais deverão ser avaliadas depois da conclusão do tratamento ou depois de esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, quando da alta médica definitiva, culminando em um ou mais dos eventos abaixo relacionados:

- Perda total da visão de ambos os olhos;
- Perda total do uso de ambos os membros superiores;
- Perda total do uso de ambos os membros inferiores;
- Perda total do uso de ambas as mãos;
- Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior;
- Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés;
- Perda total do uso de ambos os pés;
- Alienação mental total e incurável; e
- Nefrectomia bilateral (perda total de ambos os rins).

4.2. A invalidez permanente deve ser comprovada com a apresentação à Seguradora de declaração médica que ateste o nexa entre a invalidez permanente e total observada e o Acidente Pessoal ocorrido, bem como a conclusão do tratamento ou o esgotamento dos recursos terapêuticos para recuperação.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Considerando o objetivo desta Cobertura, o Capital Segurado corresponderá ao valor dos Prêmios a vencer devidos para a Cobertura Básica de Morte e, se contratadas, para as Coberturas Básicas de Funeral Individual ou Funeral Familiar, na data do evento.

5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, correspondente aos prêmios a vencer das Coberturas de Morte e, se contratadas, das Coberturas de Funeral Individual ou Funeral Familiar:

- a) para a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, a data da caracterização da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, indicada na declaração do médico assistente do Segurado;

- b) para a Invalidez Permanente Total por Acidente, a data da ocorrência do Acidente Pessoal sofrido pelo Segurado.

6. BENEFICIÁRIO

6.1. Considerando o objetivo desta Cobertura, a Seguradora será a Beneficiária do Capital Segurado que será utilizado para quitação dos Prêmios a vencer devidos para as Cobertura de Morte e, se contratadas, para as Coberturas de Funeral Individual ou Funeral Familiar.

7. VIGÊNCIA

7.1. A presente Cobertura vigorará pelo prazo determinado de 5 (cinco) anos, sem possibilidade de Renovação tácita ou expressa, nos termos da Cláusula 7.2 das Condições Gerais.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

8.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 18 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 19 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como:

8.1.1. Em caso de invalidez por doença, incluir os seguintes documentos do Segurado, sendo que, no caso de envio de **cópias**, essas deverão ser **autenticadas**:

- a) Declaração Médica com informações e registros médicos, contendo diagnóstico inicial, evolução e indicação da data **exata** do atingimento de um estágio de doença que se enquadre no conceito de Quadro Clínico Incapacitante, conforme definido nos **subitens 3.2** e **3.3** destas Condições Especiais e que justifique a inviabilidade de forma irreversível do Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado;
- b) Exames complementares realizados para o diagnóstico, acompanhamento e comprovação da doença incapacitante;
- c) Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver) ou comprovação da atividade exercida;
- d) A avaliação da perda cognitiva deverá incluir, além dos testes de memória, exames de sangue e imagens do cérebro (tomografia, PET, SPECT, ressonância magnética).

8.1.2. Em caso de ocorrência de invalidez por acidente, incluir os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de **cópias**, essas deverão ser **autenticadas**:

- a) Radiografias do Segurado (quando houver);
- b) Guia de Internação Hospitalar (quando houver);
- c) Cópia da Carteira de Habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
- d) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- e) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de acidente de trabalho;
- f) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- g) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- h) Atestado de alta médica definitiva, discriminando as sequelas deixadas pelo acidente e se o Segurado encontrava-se em tratamento quando da entrega do aviso de sinistro.

8.2. Não restando comprovado o Evento Coberto, todas as Coberturas vigentes na data do requerimento da indenização permanecerão em vigor, assim como a obrigação de pagamento integral dos Prêmios pelo Segurado, não sendo devida qualquer devolução de Prêmios.

9. CANCELAMENTO DA COBERTURA

9.1. Esta Cobertura será cancelada:

- a) caso haja o cancelamento da Cobertura Básica de Morte; ou**
- b) se houver modificação da Apólice para Seguro com Valor Saldado ou Seguro com Benefício Prolongado.**

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais do Seguro, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

10.2. As cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA ADICIONAL DE ANTECIPAÇÃO PARCIAL
DA COBERTURA DE MORTE EM CASO DE DOENÇA TERMINAL**1. OBJETIVO DA COBERTURA**

1.1. Esta Cobertura, **desde que contratada e pago o Prêmio a ela correspondente**, garante a antecipação de parte do Capital Segurado contratado para a Cobertura Básica de Morte, vigente à época do Evento Coberto, caso o Segurado seja diagnosticado com uma das doenças previstas na Cláusula 2 abaixo, em estágio terminal, cujo evento tenha ocorrido durante a vigência da Cobertura, exceto se decorrente de Risco Excluído, observadas as demais cláusulas constantes desta Condição Especial e das Condições Gerais do Seguro. **O valor da antecipação poderá corresponder a 50% (cinquenta por cento) do Capital Segurado da Cobertura Básica de Morte ou a valor diverso estabelecido para a presente Cobertura, conforme especificado na Apólice.**

1.1.1. Para fins desta cobertura, **consideram-se doenças em estágio terminal aquelas doenças listadas na Cláusula 2 abaixo, para as quais não haja qualquer alternativa terapêutica e perspectiva de reversibilidade, cujo único tratamento institucionalizado é o paliativo para aliviar dores e desconfortos, sendo o Segurado considerado fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente, devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo estimado de sobrevivência do Segurado inferior a 6 (seis) meses.**

1.1.2. Somente haverá cobertura para a doença em estágio terminal diagnosticada pela primeira vez dentro do período de vigência da Cobertura.

1.1.3. Somente haverá cobertura para a primeira doença terminal diagnosticada e comunicada à Seguradora. Em hipótese alguma, haverá acumulação de indenizações pelo diagnóstico de mais de uma doença terminal.

1.2. Não haverá adiantamento do Capital Segurado previsto para a Cobertura Adicional de Morte - Cobertura Temporária, caso contratada.

1.3. No caso de antecipação parcial de 50% do Capital Segurado da Cobertura Básica de Morte, a referida Cobertura Básica terá o seu Capital Segurado e o seu valor de Prêmio reduzidos pela metade. O valor do Prêmio referente à Cobertura Básica de Morte continuará a ser cobrado do Segurado, observada a readequação do valor do Capital Segurado ainda vigente.

1.4. A presente Cobertura será automaticamente cancelada após adiantamento parcial do Capital Segurado para a Cobertura Básica de Morte.

2. DOENÇAS TERMINAIS COBERTAS**2.1. Câncer**

Doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno, caracterizada pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por exame histológico conclusivo. O termo “câncer” também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a enfermidade de Hodgkin.

2.1.1. São riscos excluídos dessa doença:

a) tumores histologicamente classificados como pré-malignos, não invasivos ou in situ (incluindo carcinoma ductal ou lobular in situ da mama e neoplasia intra-epitelial cervical – NIC-1, NIC-2 e NIC-3);

b) câncer de próstata com classificação histológica com escore de Gleason menor do que 7 (sete) ou estadiamento menos avançado que T2, N0, M0;

c) leucemia linfocítica (ou linfoide) crônica – LLC no estágio A de Binet;

d) carcinoma basocelular e carcinoma de células escamosas da pele, exceto se houver metástase, e melanoma maligno estágio IA (T1 a, N0, M0);

e) carcinoma papilífero da tireoide menor que 1cm de diâmetro e histologicamente classificado como T1, N0, M0;

f) micro carcinoma papilífero da bexiga histologicamente classificado como Ta;

g) policitemia rubra vera e trombocitemia essencial;

h) gamopatia monoclonal de significado indeterminado;

i) linfoma MALT gástrico responsivo à terapêutica de erradicação do H. pylori;

j) tumor estromal gastrointestinal (GIST) estádios I e II, de acordo com o Manual do American Joint Committee on Cancer (AJCC), 7ª edição, 2010;

k) linfoma cutâneo, exceto se houve tratamento com quimioterapia ou radioterapia;

l) carcinoma micro invasivo da mama (classificado histologicamente como T1mic), exceto se foi realizada mastectomia, quimioterapia e radioterapia;

m) carcinoma micro invasivo do colo uterino (classificado histologicamente como estágio IA1), exceto se foi realizada histerectomia, quimioterapia ou radioterapia.

2.2. Doença Cardíaca Grave

Doenças cardíacas decorrentes de coronariopatias agudas ou crônicas, doenças das válvulas cardíacas e/ou do músculo cardíaco, devidamente comprovadas e que necessitem de cirurgia a céu aberto, assim como a doença cardíaca geradora de sintomas de insuficiência do órgão (falta de ar, dor no peito e cansaço) mesmo em repouso.

2.2.1. São riscos excluídos dessa doença:

- a) angioplastias;
- b) outros procedimentos intraarteriais;
- c) cirurgia por toracotomia mínima;
- d) o infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST, somente com elevação de troponina "I" ou "T";
- e) outras síndromes coronarianas agudas (por exemplo, angina de peito estável ou instável); e
- f) infarto do miocárdio silencioso.

2.3. Insuficiência Renal Terminal

Etapa final de doença renal, caracterizada pela perda crônica e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou realização de transplante renal. O diagnóstico deve ser feito por um médico especialista.

2.4. Doença Pulmonar Grave

Doenças pulmonares relacionadas ao aumento permanente dos sacos aéreos (alvéolos) com perda da capacidade de expirar completamente (enfisema), obstruções pulmonares hereditárias (fibrose cística), infecções prolongadas e cicatrização permanente e espessamento do tecido pulmonar.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos relacionados na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais em cada uma das doenças/procedimentos listados na Cláusula 2 destas Condições Especiais, não estão cobertos os eventos decorrentes de:

- a) quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas em que a causa determinante seja o exercício peculiar de alguma atividade profissional;
- b) doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo; e

c) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro, vigente na data do evento. **O Capital Segurado da presente Cobertura poderá corresponder a 50% (cinquenta por cento) do Capital Segurado para a Cobertura Básica de Morte ou a valor diverso estabelecido para a presente Cobertura, conforme especificado na Apólice.**

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da Declaração Médica do diagnóstico da doença terminal.

5. VIGÊNCIA

5.1. A presente Cobertura vigorará pelo prazo determinado de 5 (cinco) anos, sem possibilidade de Renovação tácita ou expressa, nos termos da Cláusula 7.2 das Condições Gerais.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

6.1. Para fazer jus a essa Cobertura, o Segurado deverá provar à Seguradora que sua sobrevida é de 6 (seis) meses a partir da data do diagnóstico da doença terminal.

6.2. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 18 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 19 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os seguintes documentos, sendo que, em caso de envio de **cópias**, essas deverão ser **autenticadas**:

- a) Relatório Médico integralmente preenchido e assinado pelo médico do Segurado (com firma reconhecida), indicando o início da doença, a data em que foi diagnosticada, a data da efetiva caracterização da doença, detalhando aspectos relativos à referida patologia;
- b) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico, comprobatórios do início da doença, incluindo laudos e resultados de exames;
- c) Cópia autenticada do Termo Definitivo de Curatela ou de Tutela relacionado ao Segurado, se houver, bem como cópia autenticada da carteira de identidade, do CPF e do comprovante de residência com data recente do Curador ou do Tutor, respectivamente;

d) Radiografias e laudo(s) radiológico(s) do Segurado com identificação deste, sendo que o(s) laudo(s) radiológico(s) deverá estar assinado por médico radiologista que tenha assistido ao Segurado.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA OU DA APÓLICE

7.1. Esta cobertura será cancelada:

- a) caso haja o cancelamento da Cobertura Básica de Morte;**
- b) se houver modificação da Apólice para Seguro com Valor Saldado ou Seguro com Benefício Prolongado; ou**
- c) caso haja a antecipação parcial do Capital Segurado da Cobertura de Morte.**

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

8.2. As cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS**COBERTURA ADICIONAL DE MORTE – COBERTURA TEMPORÁRIA****1. OBJETIVO DA COBERTURA**

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada e pago o prêmio a ela correspondente, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do valor do Capital Segurado contratado, de uma única vez, em caso de morte do Segurado durante a vigência do seguro, por causas naturais ou acidentais, devidamente coberta pelo seguro, exceto se decorrente de risco excluído, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

1.2. A Cobertura Adicional de Morte - Cobertura Temporária não se acumula com a Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, caso contratadas conjuntamente. Se, depois de paga a indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pela Cobertura Adicional de Morte - Cobertura Temporária, deduzida a importância já paga por invalidez.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do seguro.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro, vigente na data do evento.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado constante na Certidão de Óbito.

4. BENEFICIÁRIO

4.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será pago ao(s) Beneficiário(s) indicado pelo Segurado ou, na falta de indicação, aos herdeiros legais, conforme indicado pela Cláusula 21 (Designação e Alteração de Beneficiários) das Condições Gerais.

5. VIGÊNCIA

5.1. A presente Cobertura vigorará pelo prazo determinado de 5 (cinco) anos, sem possibilidade de Renovação tácita ou expressa, nos termos da Cláusula 7.2 das Condições Gerais.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro, cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 18 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 19 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como:

6.2. Em caso de morte natural, incluir os seguintes documentos do Segurado, sendo que, no caso de envio de **cópias**, essas deverão ser **autenticadas**:

- a) Certidão de Óbito do Segurado;
- b) Certidão de Nascimento (se solteiro) ou Certidão de Casamento, emitida após o óbito do Segurado;
- c) Relatório do médico assistente, detalhado, atestando o atendimento;
- d) Cópia dos laudos de exames realizados e imagens, se houver;
- e) Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença do Segurado, quando houver;
- f) Radiografias do Segurado (quando houver);
- g) Guia de internação hospitalar (quando houver);
- h) Declaração médica indicando *causa mortis* com firma reconhecida.

6.3. Em caso de ocorrência de morte por acidente, além dos documentos citados no item 6.2 acima, também serão necessários os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de **cópias**, essas deverão ser **autenticadas**:

- a) Cópia da Certidão de Registro de Ocorrência Policial ou outro documento de autoridade competente do país, se houver;
- b) CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

- c) Laudo de Necropsia, se realizado;
- d) Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;
- e) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- f) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de Acidente de Trabalho;
- g) Cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

7.1. Esta cobertura será cancelada nas seguintes hipóteses:

- a) caso haja o cancelamento da Cobertura Básica de Morte;**
- b) se houver modificação da Apólice para Seguro com Valor Saldado ou Seguro com Benefício Prolongado.**

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais do Seguro, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

8.2. As cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS**COBERTURA ADICIONAL DE MORTE ACIDENTAL****1. OBJETIVO DA COBERTURA**

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada e pago o prêmio a ela correspondente, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do valor do Capital Segurado contratado, de uma única vez, em caso de morte do Segurado durante a vigência do seguro, em decorrência única e exclusiva de **Acidente Pessoal**, devidamente coberto pelo seguro, exceto se decorrente de risco excluído, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

1.2. Para fins desta Cobertura, adota-se a definição de Acidente Pessoal constante da Cláusula 2 das Condições Gerais (Definições – Termos Técnicos) das Condições Gerais deste seguro.

1.3. A Cobertura Adicional de Morte Acidental não se acumula com a Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, caso contratadas conjuntamente. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente por Acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pela Cobertura Adicional de Morte Acidental, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos excluídos relacionados na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais da Apólice, estão expressamente excluídos desta cobertura os acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de:

a) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

b) viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem ou salvo quando tal(is) atividade(s) tenha(m) sido declarada(s) pelo Segurado e a Seguradora tenha julgado o risco aceito e;

c) os denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, acidente vascular cerebral ou outros).

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro, vigente na data do evento.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do Acidente Pessoal sofrido pelo Segurado.

4. BENEFICIÁRIO

4.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será pago ao(s) Beneficiário(s) indicado pelo Segurado ou, na falta de indicação, aos herdeiros legais, conforme indicado pela Cláusula 21 (Designação e Alteração de Beneficiários) das Condições Gerais.

5. VIGÊNCIA

5.1. A presente Cobertura vigorará pelo prazo determinado de 5 (cinco) anos, sem possibilidade de Renovação tácita ou expressa, nos termos da Cláusula 7.2 das Condições Gerais.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro, cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 18 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 19 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os seguintes documentos, sendo que, em caso de envio de **cópias**, essas deverão ser **autenticadas**:

- a) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- b) Certidão de Nascimento (se solteiro) ou Certidão de Casamento emitida após o óbito do Segurado;
- c) Cópia da Certidão de Registro de Ocorrência Policial ou outro documento de autoridade competente do país, se houver;
- d) CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- e) Laudo de Necropsia, se realizado;
- f) Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;

- g) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- h) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de Acidente de Trabalho;
- i) Cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

7.1. Esta Cobertura será cancelada:

- a) caso haja o cancelamento da Cobertura Básica de Morte; ou**
- b) se houver modificação da Apólice para Seguro com Valor Saldado ou Seguro com Benefício Prolongado.**

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais do Seguro, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

8.2. As cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS**COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE****1. OBJETIVO DA COBERTURA**

1.1. Esta Cobertura, **desde que contratada e pago o prêmio a ela correspondente**, garante ao Segurado uma indenização, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente, proporcional ao valor do Capital Segurado contratado, caso haja a perda, redução ou impotência funcional definitiva total ou parcial de um membro ou órgão, em virtude de lesão física provocada por Acidente Pessoal devidamente coberto ocorrido durante o período de vigência da Cobertura, exceto se o acidente for decorrente dos riscos excluídos, 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, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

1.2. Para fins desta Cobertura, adota-se a definição de Acidente Pessoal constante da Cláusula 2 das Condições Gerais (Definições – Termos Técnicos) das Condições Gerais deste seguro.

1.3. Para fins desta cobertura, entende-se como Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, constantes da Tabela prevista no item 1.16 desta Cobertura, em virtude de lesão física, causada por Acidente Pessoal devidamente coberto.

1.4. A Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente não se acumula com a Cobertura Básica de Morte, tampouco com as Coberturas Adicionais de Morte e de Morte Acidental. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente por Acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pela Cobertura Básica de Morte e pelas Coberturas Adicionais de Morte e de Morte Acidental, caso contratadas conjuntamente, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente.

1.5. No caso de pagamento de indenização referente a sinistro de invalidez parcial, o Capital Segurado será reintegrado automaticamente após o sinistro.

1.6. Após conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e verificada a existência de invalidez permanente parcial por acidente avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará ao próprio Segurado uma indenização, de acordo com a invalidez sofrida e os percentuais previamente definidos na “TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE”, constante do item 1.16 desta Cobertura.

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

1.7. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela multiplicação entre o percentual previsto na referida Tabela (item 1.16) para sua perda total e o percentual correspondente ao grau de redução funcional apresentado pelo Segurado.

1.8. Na falta de indicação do percentual de redução do órgão ou membro do Segurado por conta do acidente sofrido e, sendo informado apenas o grau de redução como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.

1.9. Nos casos não especificados na Tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão, tendo em vista não se tratar a presente Cobertura de seguro de invalidez profissional.

1.10. Quando o mesmo acidente resultar em invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se os respectivos percentuais previstos na Tabela, sem que exceda 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado.

1.11. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um membro ou órgão, a soma dos percentuais correspondentes não pode exceder à indenização prevista para sua perda total.

1.12. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente deverá ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

1.13. A perda de dentes e os Danos Estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

1.14. A invalidez permanente deve ser comprovada com a apresentação à Seguradora de declaração médica.

1.15. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, assim como por órgãos do Poder Público e por outras instituições público-privadas não caracteriza, por si só, a invalidez permanente por acidente.

1.16. TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

DISCRIMINAÇÃO	SOBRE CAPITAL SEGURADO
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	%
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia Bilateral	100

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL (DIVERSAS)	%
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE MEMBROS SUPERIORES	%
Perda total de uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	9
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: equivalente a 1/3 (um terço) do valor do dedo respectivo.	
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE MEMBROS INFERIORES	%
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1° (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1° (primeiro) dedo, equivalente ½ (metade), e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 (um terço) do respectivo dedo	
Encurtamento de um dos membros inferiores:	
- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- de 4 (quatro) centímetros	10
- de 3 (três) centímetros	6
- Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	
DIVERSAS	%
MANDÍBULA	
Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
Em grau mínimo	10
Em grau médio	20
Em grau máximo	30
NARIZ	
Perda total do nariz	25
Perda total do olfato	07
Perda do olfato com alterações gustativas	10
APARELHO VISUAL	
Lesões das vias lacrimais	
Unilateral	07
Unilateral com fistulas	15
Bilateral	14
Bilateral com fistulas	25
Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris	
Ectrópio unilateral	03
Ectrópio bilateral	06
Entrópio unilateral	07
Entrópio bilateral	14
Má oclusão palpebral unilateral	03

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

Má oclusão palpebral bilateral	06
Ptose palpebral unilateral	05
Ptose palpebral bilateral	10
APARELHO DA FONAÇÃO	
Perda de substância (palato mole e duro)	15
Amputação total da língua	50
Parcial - menos de 50% (cinquenta por cento)	15
- mais de 50% (cinquenta por cento)	30
SISTEMA AUDITIVO	
Perda total de uma orelha	08
Perda total das duas orelhas	16
ARTICULAÇÕES (ANQUILOSES)	
Para as posições viciosas, acrescentar as porcentagens previstas 25 (vinte e cinco), 50 (cinquenta) ou 75% (setenta e cinco por cento) de seu valor, conforme a posição desfavorável observada, ou seja, em grau mínimo, médio ou máximo, respectivamente.	
PERDA DA FORÇA OU DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE MEMBROS	
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.	
Perda do braço	15
APARELHO URINÁRIO	
Perda de um rim	
Função renal preservada	15
Redução em grau mínimo da função renal	25
Redução em grau médio da função renal	50
Insuficiência renal	75
APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
Perda de um testículo	10
Perda de dois testículos	30
Amputação traumática do pênis	50
Perda do útero antes da menopausa	40
Perda do útero depois da menopausa	10
PAREDE ABDOMINAL	
Hérnia traumática	10

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

No caso de cura cirúrgica da hérnia traumática (sem indenização)	00
SÍNDROMES PSIQUIÁTRICAS	
Síndrome pós-concussional	10
Transtorno neurótico (estresse pós-traumático)	02
PESCOÇO	
Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Paralisia de uma corda vocal	10
Paralisia de duas cordas vocais	30
Traqueostomia definitiva	40
TÓRAX	
APARELHO RESPIRATÓRIO	
Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):	
Função respiratória preservada	15
Redução em grau mínimo da função respiratória	25
Redução em grau médio da função respiratória	50
Insuficiência respiratória	75
MAMAS	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20
ABDOME (ÓRGÃOS E VÍSCERAS)	
Gastrectomia parcial	10
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
INTESTINO DELGADO	
Ressecção parcial sem repercussão funcional	10
Ressecção parcial com repercussão funcional em grau mínimo	20
Ressecção parcial com repercussão funcional em grau médio	45
Ressecção parcial ou total com repercussão funcional em grau máximo	70

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

INTESTINO GROSSO	
Colectomia parcial sem transtorno funcional	05
Colectomia parcial com transtorno funcional em grau mínimo	10
Colectomia parcial com transtorno funcional em grau médio	35
Colectomia total	60
Colostomia definitiva	50
RETO E ÂNUS	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Extirpação da vesícula biliar	07

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos Riscos Excluídos desta Cobertura definidos na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do seguro, estão expressamente excluídos desta Cobertura os acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de:

- a) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;**
- b) viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem;**
- c) os denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, acidente vascular cerebral ou outros).**

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância máxima a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro, vigente na data do acidente. O Capital Segurado devido dependerá da caracterização de invalidez total ou parcial e será calculado de acordo com o disposto no item 1.6 e Tabela constante do item 1.16.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do valor do Capital Segurado, a data da ocorrência do Acidente Pessoal sofrido pelo Segurado.

4. VIGÊNCIA

4.1. A presente Cobertura vigorará pelo prazo determinado de 5 (cinco) anos, sem possibilidade de Renovação tácita ou expressa, nos termos da Cláusula 7.2 das Condições Gerais.

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro, cabe ao(s) Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 18 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 19 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de **cópias**, essas deverão ser **autenticadas**:

- a) Radiografias do Segurado (quando houver);
- b) Guia de Internação Hospitalar (quando houver);
- c) Cópia da Carteira de Habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
- d) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- e) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de acidente de trabalho;
- f) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- g) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- h) Atestado de alta médica definitiva, discriminando as sequelas deixadas pelo acidente e se o Segurado se encontrava em tratamento quando da entrega do aviso de sinistro.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA

6.1. Esta Cobertura será cancelada nas seguintes hipóteses:

- a) caso haja o cancelamento da Cobertura Básica de Morte;
- b) se houver modificação da Apólice para Seguro com Valor Saldado ou Seguro com Benefício Prolongado;
ou

c) caso haja caracterização de invalidez permanente de mais de um ou mais membros do Segurado, que determine o pagamento integral do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, a presente Cobertura será cancelada, não havendo reintegração do Capital Segurado.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais do Seguro, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

7.2. As cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS**COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES****1. OBJETIVO DA COBERTURA**

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada e pago o prêmio a ela correspondente, garante ao Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado em caso de sua sobrevivência após 30 (trinta) dias do recebimento de diagnóstico definitivo de uma doença grave coberta ou da realização de um procedimento médico coberto, previstos na Cláusula 2 abaixo, ocorridos durante a vigência da Cobertura, exceto se decorrente de Risco Excluído, observadas a Carência e as demais cláusulas constantes desta Condição Especial e das Condições Gerais do Seguro. O diagnóstico definitivo da doença grave deverá ser comprovado por meio de exames médicos.

1.2. O Segurado somente terá direito à indenização se a doença grave for diagnosticada após o prazo de Carência e desde que se encontre em vida após 30 (trinta) dias contados a partir da data do diagnóstico da doença. Não haverá o pagamento da indenização se o diagnóstico ocorrer após a morte do Segurado.

1.3. Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada e comunicada à Seguradora. Em hipótese alguma haverá acumulação de indenizações pelo diagnóstico de mais de uma doença grave. Paga a indenização em decorrência do diagnóstico de qualquer uma das doenças graves relacionadas nestas Condições Gerais, a cobertura será automaticamente cancelada.

1.4. Para fins desta Cobertura, adota-se a definição de Acidente Pessoal constante da Cláusula 2 das Condições Gerais (Definições – Termos Técnicos) das Condições Gerais deste seguro.

1.5. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, órgãos do Poder Público ou outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, o diagnóstico de doença grave.

1.6. Essa cobertura está estruturada no Regime Financeiro de Repartição Simples e, por este motivo, não está prevista a devolução ou resgate de prêmios ao Segurado ou ao Beneficiário, uma vez que cada prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações no período de cobertura.

2. CARÊNCIA

2.1. O período de Carência desta Cobertura é de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do início de vigência da Cobertura, não sendo aplicável para sinistros decorrentes de Acidente Pessoal.

3. DOENÇAS GRAVES E PROCEDIMENTOS MÉDICOS COBERTOS

3.1. Câncer

Para efeito dessa cobertura, câncer significa a presença de um tumor de células malignas, caracterizado pelo crescimento descontrolado e pela proliferação dentro do organismo seguido de invasão e destruição de tecidos vizinhos e/ou metástases distantes. Esta definição inclui a leucemia, linfomas e cancro, como a doença de Hodgkin. Os melanomas malignos estão incluídos nesta definição, caso o tumor seja maior ou igual a pT1bN0M0 (Breslow > 1 mm de espessura vertical, ou com ulceração ou nível de Clark IV/V).

3.1.1. São riscos excluídos dessa doença:

- a) tumores benignos ou pré-cancerosos;
- b) tumores histologicamente classificados como pré-malignos, não invasivos ou in situ (incluindo carcinoma ductal ou lobular in situ da mama e neoplasia intra-epitelial cervical – NIC-1, NIC-2 e NIC-3);
- c) câncer de próstata com diagnóstico histológico de T1N0M0, de acordo com a classificação internacional TNM;
- d) Leucemia linfática crônica (LLC) inferior ao estágio RAI 3;
- e) Papilífero e carcinoma folicular de tireoide, com diagnóstico histológico de T1a* (tumor de 1 cm ou menos em sua maior dimensão), a menos que haja linfonodos e/ou metástase à distância;
- f) carcinoma basocelular e carcinoma de células escamosas da pele, exceto se houver metástase, e melanoma maligno estágio IA (T1 a, N0, M0);
- g) micro carcinoma papilífero da bexiga histologicamente classificado como Ta;
- h) todos os tumores na presença de infecção por HIV ou AIDS.

3.2. Cirurgia de Revascularização Miocárdica com Implante de Ponte(s) Vascular(es) nas Artérias Coronarianas (Bypass)

Realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias que estão estenosadas ou ocluídas, com o implante de ponte(s) (Bypass) arterial(is) ou venosa(s) na(s) artéria(s) coronária(s). A indicação da cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia e a realização da cirurgia deve ser confirmada por um médico cardiologista.

3.2.1. São riscos excluídos desse procedimento:

- a) angioplastias;
- b) outros procedimentos intra-arteriais; e
- c) cirurgia por toracotomia mínima.

3.3. Infarto Agudo do Miocárdio

É a morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista e basear-se na ocorrência concomitante dos seguintes critérios:

- a) histórico de dores torácicas típicas;
- b) alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma (ECG); e
- c) elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica.

3.3.1. São riscos excluídos dessa doença:

- a) o infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST, somente com elevação de troponina “I” ou “T”;
- b) outras síndromes coronarianas agudas (por exemplo, angina de peito estável ou instável); e
- c) infarto do miocárdio silencioso.

3.4. Insuficiência Renal Terminal

Etapa final de doença renal, caracterizada pela perda crônica e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou realização de transplante renal. O diagnóstico deve ser feito por um médico nefrologista.

3.5. Acidente Vascular Cerebral

Qualquer acidente vascular cerebral com sequelas neurológicas permanentes, incluindo-se o infarto do tecido cerebral, hemorragia e embolização originada de fonte extracraniana. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por sintomas clínicos típicos e resultados de tomografia axial computadorizada ou ressonância magnética do cérebro. Devem-se documentar as evidências de déficit neurológico que persistam, no mínimo, por 3 (três) meses a partir da data do diagnóstico, por médico neurologista.

3.5.1. São riscos excluídos dessa doença:

- a) acidentes vasculares cerebrais isquêmicos transitórios e síndromes correlatas (ex.: Isquemia Cerebral Transitória – ICT);
- b) dano traumático do cérebro;
- c) infartos lacunares sem déficit neurológico e sintomas neurológicos provocados por enxaquecas.

3.6. Transplantes de Órgãos

Transplante de órgãos em que o Segurado participa como receptor de algum dos seguintes órgãos:

- a) Coração;
- b) Pulmão;
- c) Fígado;
- d) Pâncreas;
- e) Rim;
- f) Intestino delgado; ou
- g) Medula óssea.

3.6.1. São riscos excluídos dessa doença:

- a) a colocação de coração artificial, ainda que colocado temporariamente, visando-se à realização de um transplante verdadeiro no futuro;**
- b) o transplante de órgãos de animais e de quaisquer órgãos não humanos;**
- c) o autotransplante de medula;**
- d) o transplante de células-tronco (“células-mãe”); e**
- e) o transplante seletivo de células de Langerhans do pâncreas.**

3.7. Paralisia

É a perda total e irreversível do uso de dois ou mais membros (superiores ou inferiores), causada por paralisia, apenas devido a Acidente Pessoal coberto ou doença. Estas condições devem ter sido medicamente documentadas por, pelo menos, 3 (três) meses a partir da data do diagnóstico.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos excluídos relacionados na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais e em cada uma das doenças/procedimentos listados na Cláusula 2 destas Condições Especiais, não estão cobertos os eventos decorrentes de:

- a) quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas em que a causa determinante seja o exercício peculiar de alguma atividade profissional; e**

- b) doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo;
- c) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- d) viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro, vigente na data do evento.

5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da Declaração Médica do diagnóstico de uma das doenças graves ou da realização de um dos procedimentos médicos acima previstos.

6. VIGÊNCIA

6.1. A presente Cobertura vigorará pelo prazo determinado de 5 (cinco) anos, sem possibilidade de Renovação tácita ou expressa, nos termos da Cláusula 7.2 das Condições Gerais.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 18 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 19 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os seguintes documentos, sendo que, em caso de envio de cópias, essas deverão ser **autenticadas**:

- a) Relatório Médico integralmente preenchido e assinado pelo médico do Segurado (com firma reconhecida), indicando o início da doença, a data em que foi diagnosticada, a data da efetiva caracterização da doença, detalhando aspectos relativos à referida patologia;
- b) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico, comprobatórios do início da doença ou da necessidade de procedimento médico, incluindo laudos e resultados de exames;

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

- c) Cópia autenticada do Termo Definitivo de Curatela ou de Tutela relacionado ao Segurado, se houver, bem como cópia autenticada da carteira de identidade, do CPF e do comprovante de residência com data recente do Curador ou do Tutor, respectivamente;
- d) Radiografias e laudo(s) radiológico(s) do Segurado com identificação deste, sendo que o(s) laudo(s) radiológico(s) deverá estar assinado por médico radiologista que tenha assistido ao Segurado;
- e) Tomografia computadorizada ou exame de ressonância magnética confirmando o diagnóstico.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA**8.1. Esta Cobertura também será cancelada nas seguintes hipóteses:**

a) com o pagamento do Capital Segurado para a Cobertura de Doenças Graves, hipótese em que Prêmios desta Cobertura eventualmente pagos após a data do requerimento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente;

b) caso haja o cancelamento da Cobertura Básica de Morte; ou

c) se houver modificação da Apólice para Seguro com Valor Saldado ou Seguro com Benefício Prolongado.

8.2. As demais Coberturas Adicionais eventualmente contratadas e vigentes à época do pagamento do Capital Segurado por Doenças Graves continuarão em vigor, sendo devido o pagamento do Prêmio correspondente.

8.3. Não restando comprovado o Sinistro, esta Cobertura permanecerá em vigor, assim como as demais Coberturas Adicionais eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de Prêmios.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

9.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES AMPLIADA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, **desde que contratada e pago o prêmio a ela correspondente**, garante o pagamento do Capital Segurado contratado em caso de sobrevivência do Segurado após 30 (trinta) dias do recebimento de diagnóstico definitivo de uma doença grave coberta ou da realização de um procedimento médico coberto, ocorrido durante a vigência da Cobertura, exceto se decorrente de Risco Excluído, observadas a carência prevista na Cláusula 2 abaixo e as demais cláusulas constantes desta Condição Especial e das Condições Gerais do Seguro. O diagnóstico definitivo da doença grave deverá ser comprovado por meio de exames médicos.

1.2. O Segurado somente terá direito à indenização se a doença grave for diagnosticada após o prazo de Carência e desde que se encontre em vida após 30 (trinta) dias contados a partir da data do diagnóstico da doença. Não haverá o pagamento da indenização se o diagnóstico for após a morte do Segurado.

1.3. Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada e comunicada à Seguradora. Em hipótese alguma haverá acumulação de indenizações pelo diagnóstico de mais de uma doença grave. Paga a indenização em decorrência do diagnóstico de qualquer uma das doenças graves relacionadas nestas Condições Gerais, a cobertura será automaticamente cancelada.

1.4. Para fins desta Cobertura, adota-se a definição de Acidente Pessoal constante da Cláusula 2 das Condições Gerais (Definições – Termos Técnicos) das Condições Gerais deste seguro.

1.5. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, órgãos do Poder Público ou outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, o diagnóstico de câncer.

2. CARÊNCIA

2.1. O período de Carência desta Cobertura é de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do início de vigência da Cobertura, não sendo aplicável para sinistros decorrentes de Acidente Pessoal.

2.1.1. Especificamente para a doença “Esclerose Múltipla”, haverá carência de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, contados a partir do início de vigência da Cobertura.

3. DOENÇAS GRAVES E PROCEDIMENTOS MÉDICOS COBERTOS

3.1. Câncer

Para efeito dessa cobertura, câncer significa a presença de um tumor de células malignas, caracterizado pelo crescimento descontrolado e pela proliferação dentro do organismo seguido de invasão e destruição de tecidos vizinhos e/ou metástases distantes. Esta definição inclui a leucemia, linfomas e cancro, como a doença de Hodgkin. Os melanomas malignos estão incluídos nesta definição, caso o tumor seja maior ou igual a pT1bN0M0 (Breslow > 1 mm de espessura vertical, ou com ulceração ou nível de Clark IV/V).

3.1.1. São riscos excluídos dessa doença:

a) tumores benignos ou pré-cancerosos;

b) tumores histologicamente classificados como pré-malignos, não invasivos ou in situ (incluindo carcinoma ductal ou lobular in situ da mama e neoplasia intra-epitelial cervical – NIC-1, NIC-2 e NIC-3);

c) câncer de próstata com diagnóstico histológico de T1N0M0, de acordo com a classificação internacional TNM;

d) Leucemia linfática crônica (LLC) inferior ao estágio RAI 3;

e) Papilífero e carcinoma folicular de tireoide, com diagnóstico histológico de T1a* (tumor de 1 cm ou menos em sua maior dimensão), a menos que haja linfonodos e/ou metástase à distância;

f) carcinoma basocelular e carcinoma de células escamosas da pele, exceto se houver metástase, e melanoma maligno estágio IA (T1 a, N0, M0);

g) micro carcinoma papilífero da bexiga histologicamente classificado como Ta;

h) todos os tumores na presença de infecção por HIV ou AIDS.

3.2. Cirurgia de Revascularização Miocárdica com Implante de Ponte(s) Vascular(es) nas Artérias Coronarianas (Bypass)

Realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias que estão estenosadas ou ocluídas, com o implante de ponte(s) (Bypass) arterial(is) ou venosa(s) na(s) artéria(s) coronária(s). A indicação da cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia e a realização da cirurgia deve ser confirmada por um médico cardiologista.

3.2.1. São riscos excluídos desse procedimento:

a) angioplastias;

b) outros procedimentos intraarteriais; e

c) cirurgia por toracotomia mínima.

3.3. Infarto Agudo do Miocárdio

É a morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista e basear-se na ocorrência concomitante dos seguintes critérios:

- a) histórico de dores torácicas típicas;
- b) alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma (ECG); e
- c) elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica.

3.3.1. São riscos excluídos dessa doença:

- a) o infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST, somente com elevação de troponina “I” ou “T”;
- b) outras síndromes coronarianas agudas (por exemplo, angina de peito estável ou instável); e
- c) infarto do miocárdio silencioso.

3.4. Insuficiência Renal Terminal

Etapa final de doença renal, caracterizada pela perda crônica e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou realização de transplante renal. O diagnóstico deve ser feito por um médico nefrologista.

3.5. Acidente Vascular Cerebral

Qualquer acidente vascular cerebral com sequelas neurológicas permanentes, incluindo-se o infarto do tecido cerebral, hemorragia e embolização originada de fonte extracraniana. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por sintomas clínicos típicos e resultados de tomografia axial computadorizada ou ressonância magnética do cérebro. Devem-se documentar as evidências de déficit neurológico que persistam, no mínimo, por 3 (três) meses a partir da data do diagnóstico, por médico neurologista.

3.5.1. São riscos excluídos dessa doença:

- a) acidentes vasculares cerebrais isquêmicos transitórios e síndromes correlatas (ex.: Isquemia Cerebral Transitória – ICT);
- b) dano traumático do cérebro;
- c) infartos lacunares sem déficit neurológico e sintomas neurológicos provocados por enxaquecas.

3.6. Transplantes de Órgãos

Transplante de órgãos em que o Segurado participa como receptor de algum dos seguintes órgãos:

- a) Coração;
- b) Pulmão;
- c) Fígado;
- d) Pâncreas;
- e) Rim;
- f) Intestino delgado; ou
- g) Medula óssea.

3.6.1. São riscos excluídos dessa doença:

- a) a colocação de coração artificial, ainda que colocado temporariamente, visando-se à realização de um transplante verdadeiro no futuro;**
- b) o transplante de órgãos de animais e de quaisquer órgãos não humanos;**
- c) o autotransplante de medula;**
- d) o transplante de células-tronco (“células-mãe”); e**
- e) o transplante seletivo de células de Langerhans do pâncreas.**

3.7. Paralisia

É a perda total e irreversível do uso de dois ou mais membros (superiores ou inferiores), causada por paralisia, apenas devido a Acidente Pessoal coberto ou doença. Estas condições devem ter sido medicamente documentadas por, pelo menos, 3 (três) meses a partir da data do diagnóstico.

3.8. Cegueira ou Perda da Visão

É a perda permanente e irreversível da visão, na medida em que, mesmo quando testado com o uso de recursos visuais, a visão é medida em 3/60 ou pior no melhor olho segundo o critério de classificação Snellen. O diagnóstico de perda permanente de visão deve ser estabelecido pelo menos seis meses após o início da doença específica ou do acidente. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico oftalmologista.

3.8.1. É risco excluído dessa doença a cegueira de origem central (sistema nervoso central).

3.9. Cirurgia para Troca de Valvas Cardíacas

É a cirurgia cardíaca à qual o segurado é submetido sob recomendação de um cardiologista, que exige esternotomia mediana (cirurgia para dividir o osso esterno) para substituir ou reparar uma ou mais válvulas cardíacas.

3.9.1. São riscos excluídos desse procedimento as cirurgias cardíacas devido a distúrbios congênitos.

3.10. Cirurgia de Enxerto da Aorta

Realização de cirurgia para correção de uma doença da artéria aorta que requeira a remoção e substituição do segmento afetado por prótese. Para fins de definição, são considerados os segmentos torácico e abdominal da artéria aorta, mas não suas ramificações. A realização da cirurgia da aorta deverá ser confirmada por médico cardiologista.

3.10.1. As ramificações da aorta não estão cobertas por esta definição, bem como qualquer outro procedimento cirúrgico, como, por exemplo, a inserção de stents minimamente invasivos ou a correção endovascular.

3.11. Esclerose Múltipla

O diagnóstico deve ser estabelecido por um neurologista, confirmando pelo menos anormalidades neurológicas moderadas persistentes e distúrbios associados. Deve haver evidências de sintomas típicos de desmielinização e comprometimento da função motora e sensorial. O diagnóstico deve estar apoiado por técnicas modernas de diagnóstico, tais como exames de imagem e demais disponíveis. O Segurado deve apresentar um índice EDSS superior a 5 e anormalidades neurológicas que se mantenham durante um período contínuo de pelo menos seis meses, ou sofrido duas ou mais reincidências.

3.12. Surdez ou Perda da Audição

Perda irreversível, total ou profunda, da audição de ambos os ouvidos, causada por Acidente Pessoal coberto ou doença. O diagnóstico deve ser estabelecido pelo menos seis meses após o início da doença ou do acidente e ser aceito pelas sociedades médico-científicas especializadas, feito por médico otorrinolaringologista e evidenciado por exames audiológicos específicos (audiograma, BERA – Audiometria de Tronco Cerebral, emissão otoacústica).

3.13. Queimaduras Graves

Queimaduras de terceiro grau, cobrindo ao menos 20% (vinte por cento) da área da superfície do corpo do Segurado. O diagnóstico deve ser estabelecido pela unidade hospitalar que fez o atendimento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos excluídos relacionados na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais e em cada uma das doenças/procedimentos listados na Cláusula 2 destas Condições Especiais, não estão cobertos os eventos decorrentes de:

- a) quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas em que a causa determinante seja o exercício peculiar de alguma atividade profissional; e**
- b) doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo;**
- c) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;**
- d) viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem.**

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro, vigente na data do evento.

5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da Declaração Médica do diagnóstico da doença grave ou da realização de um dos procedimentos médicos acima previstos.

6. VIGÊNCIA

6.1. A presente Cobertura vigorará pelo prazo determinado de 5 (cinco) anos, sem possibilidade de Renovação tácita ou expressa, nos termos da Cláusula 7.2 das Condições Gerais.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 18 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 19 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os seguintes documentos, sendo que, em caso de envio de **cópias**, essas deverão ser **autenticadas**:

- a) Relatório Médico integralmente preenchido e assinado pelo médico do Segurado (com firma reconhecida), indicando o início da doença, a data em que foi diagnosticada, a data da efetiva caracterização da doença, detalhando aspectos relativos à referida patologia;
- b) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico, comprobatórios do início da doença ou da necessidade de procedimento médico, incluindo laudos e resultados de exames;
- c) Cópia autenticada do Termo Definitivo de Curatela ou de Tutela relacionado ao Segurado, se houver, bem como cópia autenticada da carteira de identidade, do CPF e do comprovante de residência com data recente do Curador ou do Tutor, respectivamente;
- d) Radiografias e laudo(s) radiológico(s) do Segurado com identificação deste, sendo que o(s) laudo(s) radiológico(s) deverá estar assinado por médico radiologista que tenha assistido ao Segurado;
- e) Tomografia computadorizada ou exame de ressonância magnética confirmando o diagnóstico.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

8.1. Esta Cobertura será cancelada nas seguintes hipóteses:

a) com o pagamento do Capital Segurado por Doenças Graves Ampliada, hipótese em que os Prêmios desta Cobertura eventualmente pagos após a data do requerimento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente;

b) caso haja o cancelamento da Cobertura Básica de Morte; ou

c) se houver modificação da Apólice para Seguro com Valor Saldado ou Seguro com Benefício Prolongado.

8.2. As demais Coberturas Adicionais eventualmente contratadas e vigentes à época do pagamento do Capital Segurado por Doenças Graves continuarão em vigor, sendo devido o pagamento do Prêmio correspondente.

8.3. Não restando comprovado o Sinistro, esta Cobertura permanecerá em vigor, assim como as demais Coberturas eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de Prêmios.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

9.2. As cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, **desde que contratada e pago o prêmio a ela correspondente**, garante ao Segurado o pagamento de indenização proporcional ao período de internação hospitalar do Segurado, por motivo de Acidente Pessoal ou doença, desde que a internação hospitalar ocorra durante a vigência da Cobertura, exceto se decorrente de Risco Excluído, observadas as demais cláusulas constantes desta Condição Especial e das Condições Gerais do Seguro. Para cada dia de internação hospitalar do Segurado, será pago o valor de uma Diária Segurada, observado os períodos de Carência e Franquia abaixo previstos, bem como o limite contratual máximo por evento.

1.2. Para fins desta Cobertura, adota-se a definição de Acidente Pessoal constante da Cláusula 2 das Condições Gerais (Definições – Termos Técnicos) das Condições Gerais deste seguro.

1.3. Diária Segurada é o valor estabelecido na Apólice, que será pago ao Segurado por dia de internação hospitalar, causada por Acidente Pessoal ou doença, independentemente das despesas médicas incorridas pelo Segurado.

1.4. A Cobertura está limitada ao pagamento de, no máximo, 365 (trezentas e sessenta e cinco) Diárias Seguradas por Evento Coberto e por Vigência, respeitadas as exclusões, bem como os prazos de Carência e de Franquia previstos na Cláusula 2 e 3 destas Condições Especiais.

1.5. Essa cobertura está estruturada no Regime Financeiro de Repartição Simples e, por este motivo, não está prevista a devolução ou resgate de prêmios ao Segurado ou ao Beneficiário, uma vez que cada prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações no período de cobertura.

2. CARÊNCIA

2.1. O período de Carência desta Cobertura é de 90 (noventa) dias, contados a partir do início de vigência da Cobertura, não sendo aplicável para sinistros decorrentes de Acidente Pessoal.

3. FRANQUIA

3.1. Esta Cobertura está sujeita à Franquia de 5 (cinco), 7 (sete) ou 10 (dez) dias, conforme definido na Proposta de Contratação e estabelecido na Apólice, ou seja, somente estarão cobertas as internações hospitalares a partir, inclusive, do 6º (sexto), 8º (oitavo) ou 11ª (décimo primeiro) da respectiva internação hospitalar.

3.1.1. Decorrido o período de Franquia definido na Proposta de Contratação e estabelecido na Apólice, o Segurado passa a ter direito a esta Cobertura, sendo pagas, inclusive, as diárias retroativas ao período de franquia.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos excluídos relacionados na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais, não estão cobertos os eventos decorrentes de:

- a) tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia;**
- b) tratamentos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças com ela relacionadas;**
- c) diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;**
- d) tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos;**
- e) qualquer procedimento relacionado a gravidez, parto ou aborto, exceto em caso de Acidente Pessoal;**
- f) exame ou check-up preventivo;**
- g) qualquer procedimento para tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento;**
- h) cirurgias plásticas em geral, exceto as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de Acidente Pessoal ocorrido na vigência do seguro;**
- i) tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de Acidente Pessoal;**
- j) tratamento cirúrgico da obesidade mórbida;**
- k) tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados à tentativa de suicídio ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos da data de início de vigência do seguro, ou após novo prazo de 2 (dois) anos da reabilitação do seguro, ou atos ilícitos dolosos devidamente comprovados;**
- l) tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;**
- m) tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;**
- n) tratamento e/ou cirurgia de hérnias de qualquer natureza, exceto em caso de Acidente Pessoal;**

- o) internação domiciliar, mesmo que decorrente de Acidente Pessoal;
- p) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- q) investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação;
- r) tratamento cirúrgico devido a artroscopia e desvio de septo nasal;
- s) qualquer classe de neoplasia maligna (Câncer) sem invasão ou “in situ” (incluindo displasia cervical), assim como o câncer de pele, exceto melanoma de invasão;
- t) angiografia e/ou qualquer outra intervenção intra-arterial (angioplastia, endarterectomia, embolectomia e similares); e
- u) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com estes, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC ou similares, que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicas, em qualquer tempo; e
- v) despesas médicas incorridas com a internação hospitalar e/ou tratamento médico do Segurado.

5. CAPITAL SEGURADO - DIÁRIA SEGURADA

5.1. O Capital Segurado desta Cobertura será estabelecido sob a forma de Diárias Seguradas. O valor da Diária Segurada será definido na Proposta de Contratação e constará da Apólice.

5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do valor da Diária Segurada, a data da internação hospitalar.

6. VIGÊNCIA

6.1. A presente Cobertura vigorará pelo prazo determinado de 5 (cinco) anos, sem possibilidade de Renovação tácita ou expressa, nos termos da Cláusula 7.2 das Condições Gerais.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 18 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 19 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os seguintes documentos, sendo que, em caso de envio de **cópias**, essas deverão ser **autenticadas**:

- a) Relatório Médico integralmente preenchido e assinado pelo médico do Segurado (com firma reconhecida), indicando o início da doença, a data em que foi diagnosticada, a data da efetiva caracterização da doença, detalhando aspectos relativos à referida patologia;
- b) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico, comprobatórios da necessidade de internação, incluindo laudos e resultados de exames;
- c) Radiografias e laudo(s) radiológico(s) do Segurado, se houver, com identificação deste, sendo que o(s) laudo(s) radiológico(s) deverá estar assinado por médico radiologista que tenha assistido ao Segurado;
- d) Guia de Internação Hospitalar;
- e) Cópia da Carteira de Habilitação, quando se tratar de acidente, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
- f) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, quando se tratar de acidente, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- g) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de acidente de trabalho;
- h) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- i) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML), quando se tratar de acidente, se houver.

7.2. As Diárias Seguradas serão pagas após a alta médica definitiva do Segurado e a apresentação dos documentos e demais informações relacionadas no item 7.1. Caso a internação hospitalar do Segurado perdure por período superior a 30 (trinta) dias e reste comprovado o direito à presente Cobertura, poderá haver antecipação do pagamento das Diárias Seguradas, a cada 30 (trinta) dias de internação.

7.3. O Capital Segurado desta Cobertura será reintegrado automaticamente após o sinistro.

7.4. Não restando comprovado o Sinistro, esta Cobertura permanecerá em vigor, assim como as demais eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de prêmios.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

8.1. Esta cobertura será cancelada nas seguintes hipóteses:

- a) caso haja esgotamento do limite de Diárias Seguradas contratado;**
- b) caso haja o cancelamento da Cobertura Básica de Morte; ou**
- c) se houver modificação da Apólice para Seguro com Valor Saldado ou Seguro com Benefício Prolongado.**

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

9.2. As cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS
COBERTURA ADICIONAL DE JAZIGO**1. OBJETIVO DA COBERTURA**

1.1. Esta Cobertura, **desde que contratada e pago o prêmio a ela correspondente**, garante ao(s) Beneficiário(s) ou ao(s) responsável(s) pelo pagamento, se diverso, o reembolso de despesas com aquisição de jazigo até o limite do valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, em caso de morte do Segurado, por causas naturais ou acidentais, durante o período de vigência do seguro, exceto se decorrente de risco excluído, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do seguro.

2.2. Mediante a contratação da presente Cobertura, fica revogada a exclusão constante do item 4.1, alínea “u”, das Condições Gerais.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância máxima a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro, vigente na data do evento.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado constante na Certidão de Óbito.

4. VIGÊNCIA

4.1. A presente Cobertura vigorará **pelo prazo determinado de 5 (cinco) anos, sem possibilidade de Renovação tácita ou expressa, nos termos da Cláusula 7.2 das Condições Gerais.**

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro, cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 18 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 19 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como:

5.2. Em caso de morte natural, incluir os seguintes documentos do Segurado, sendo que, no caso de envio de **cópias**, essas deverão ser **autenticadas**:

- a) Certidão de Óbito do Segurado;
- b) Certidão de Nascimento (se solteiro) ou Certidão de Casamento, emitida após o óbito do Segurado;
- c) Relatório do médico assistente, detalhado, atestando o atendimento;
- d) Cópia dos laudos de exames realizados e imagens, se houver;
- e) Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença do Segurado, quando houver;
- f) Radiografias do Segurado (quando houver);
- g) Guia de internação hospitalar (quando houver);
- h) Comprovantes **originais** das despesas com a aquisição do jazigo.

5.3. Em caso de ocorrência de morte por acidente, incluir os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de **cópias**, essas deverão ser **autenticadas**:

- a) Cópia da Certidão de Registro de Ocorrência Policial ou outro documento de autoridade competente do país, se houver;
- b) CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- c) Laudo de Necropsia, se realizado;
- d) Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;
- e) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- f) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de Acidente de Trabalho;
- g) Cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA

6.1. Esta Cobertura será cancelada:

- a) caso haja o cancelamento da Cobertura Básica de Morte; ou
- b) se houver modificação da Apólice para Seguro com Valor Saldado ou Seguro com Benefício Prolongado.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais do Seguro, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

7.2. As cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.