

Sumário

CONDIÇÕES GERAIS.....	3
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	3
2. PÚBLICO ALVO E CANAIS DE DISTRIBUIÇÃO	3
3. DEFINIÇÕES.....	3
4. COBERTURAS	7
5. RISCOS EXCLUÍDOS.....	7
7. CAPITAL SEGURADO	8
8. FORMA DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	8
9. CONTRATAÇÃO, ALTERAÇÕES, PRAZO DE VIGÊNCIA E NORMAS DE RENOVAÇÃO	8
10. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS.....	10
11. SUSPENSÃO, REABILITAÇÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO.....	11
12. PERDA DE DIREITOS	12
13. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO	13
15. PRESCRIÇÃO	15
16. FORO	16
17. DISPOSIÇÕES FINAIS	16
18. LGPD – LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS.....	16
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA).....	18
1. DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS.....	18
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	18
3. CAPITAL SEGURADO	18
4. BENEFICIÁRIOS.....	18
5. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO.....	19
6. RATIFICAÇÃO	19
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA).....	20
1. DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS.....	20
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	20
3. CAPITAL SEGURADO	20
4. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO.....	21
5. BENEFICIÁRIO.....	21
6. RATIFICAÇÃO	22
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E/OU ODONTOLÓGICAS DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL (DMHO).....	23
1. DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS.....	23
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	23
3. CAPITAL SEGURADO	23

4.	CONCORRÊNCIA DE APÓLICES.....	24
5.	DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO.....	24
6.	BENEFICIÁRIO.....	25
7.	RATIFICAÇÃO.....	25
	CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS (DG).....	26
1.	DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS.....	26
2.	DOENÇAS GRAVES.....	26
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	32
4.	CAPITAL SEGURADO.....	34
5.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	34
6.	CARÊNCIA.....	34
7.	FRANQUIA.....	34
8.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	34
9.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	38

CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir, nos termos destas Condições Gerais e das demais Condições Contratuais, até o limite do Capital Segurado estabelecido para cada cobertura contratada, o pagamento de indenização ao Segurado ou ao seu Beneficiário, em caso de ocorrência de sinistro coberto.

2. PÚBLICO ALVO E CANAIS DE DISTRIBUIÇÃO

Este seguro, também chamado de plano de microsseguro, destina-se às pessoas que frequentam as redes varejistas que tenham firmado contrato de Representante de Seguros com a Seguradora, nos termos das normas vigentes.

Os proponentes deverão atender as condições de contratação nos termos do plano Zurich Microsseguro de Pessoas – Apólice Individual, que será disponibilizado para comercialização junto às redes varejistas representantes da Seguradora e contratado mediante manifestação de interesse individual.

3. DEFINIÇÕES

Para efeito das disposições deste seguro ficam convencionadas as seguintes definições:

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

a) Incluem-se, nesse conceito:

- a.1) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- a.2) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- a.3) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- a.4) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

b) Excluem-se desse conceito:

- b.1) 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.2) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- b.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- b.4) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal desta definição.

Apólice:	Documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.
Aviso de Sinistro:	Comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento.
Beneficiário:	Pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.
Capital Segurado:	Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.
Carregamento	Importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.
Cobertura de Risco:	coberturas de seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada.
Condições Contratuais:	Conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais.

Condições Especiais:	Conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.
Condições Gerais:	Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.
Corretor de Seguros:	Pessoa física ou jurídica, devidamente habilitada e registrada na SUSEP – Superintendência de Seguros Privados - e legalmente autorizada a intermediar a realização de contratos de seguro.
Doenças, Lesões e Sequelas Preexistentes:	São aquelas que o Segurado ou seu responsável sabia ser portador ou sofredor na data da assinatura da Proposta e que não foram declaradas na mesma.
Endosso ou Aditivo:	Documento, emitido pela Seguradora, por intermédio do qual são alterados dados e condições de uma Apólice, de comum acordo com o Segurado.
Indenização:	Valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura contratada.
Início de vigência:	É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.
Médico Responsável ou Assistente:	Profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico Responsável ou Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.
Meios Remotos:	Aqueles que permitam a troca de e/ou o acesso a informações e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes de comunicação envolvendo o uso de tecnologias tais como rede mundial de computadores, telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras.
Nota Técnica Atuarial:	Documento elaborado por atuário, que contém a estruturação técnica do plano de seguro, mantendo estreita relação com as condições contratuais.
Prazo de Carência:	Período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

Prêmio:	Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.
Prêmio Comercial :	Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos, se houver.
Prescrição:	Perda do direito da pretensão de todo e qualquer pedido reclamando um interesse, em razão do transcurso do prazo fixado em lei.
Proponente:	O interessado em contratar a cobertura (ou coberturas) do seguro, ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.
Proposta de Adesão:	Documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
Proposta de Contratação	Documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
Reabilitação do Seguro:	É o restabelecimento das coberturas contratadas em função da retomada do pagamento dos prêmios, dentro do prazo de suspensão.
Regulação de Sinistro:	Processo pelo qual a Seguradora analisa as circunstâncias e a documentação dos sinistros comunicados pelo Segurado ou pelo Beneficiário, para, no caso de enquadramento nos Riscos Cobertos da Apólice, providenciar a indenização devida nos termos do mesmo.
Reintegração do Capital Segurado:	É a recomposição do Capital Segurado de uma cobertura no mesmo montante em que foi reduzida após ocorrência de sinistro coberto.
Risco ou Evento Coberto :	Acontecimento possível, futuro e incerto, que independe da vontade das partes e cuja ocorrência obriga a Seguradora a pagar a indenização devida, desde que não se classifique como risco excluído, respeitadas as Condições Contratuais.
Riscos Excluídos:	São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou nas Condições Especiais, que não serão cobertos pelo plano.
Segurado:	Pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
Sinistro:	Ocorrência de um risco coberto, durante o período de vigência do plano

de seguro.

4. COBERTURAS

4.1. Este plano oferece as coberturas a seguir listadas, que poderão ser contratadas de forma isolada uma da outra mediante indicação do respectivo Capital Segurado na Apólice de Microseguro e cujas definições encontram-se convencionadas nas respectivas Condições Especiais:

4.1.1. Morte Acidental (MA);

4.1.2. Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);

4.1.3. Despesas Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas decorrentes de acidente pessoal (DMHO).

4.1.4. Doenças Graves (DG)

4.2. Para os menores de catorze anos é permitido, exclusivamente, seja na condição de segurado principal ou dependente, o oferecimento e a contratação de coberturas cuja indenização se dê sob a forma de reembolso de despesas ou prestação de serviços, desde que a despesa ou serviço estejam diretamente relacionados ao sinistro coberto.

4.2.1. A restrição de que trata o caput deste item não se aplica a coberturas de doenças graves não infecciosas ou doenças congênitas, desde que não suscetíveis a serem provocadas intencionalmente.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão excluídos deste seguro quaisquer despesas, prejuízos, ônus, perdas, danos ou responsabilidades de qualquer natureza, direta ou indiretamente causados por, resultantes de, para os quais tenham contribuído ou cujo pedido de indenização abranja:

5.1. Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de qualquer deles;

5.2. Doenças ou lesões que, apesar de indagado pela Seguradora e serem de conhecimento do Segurado, não foram declaradas quando da contratação do microseguro;

5.3. Suicídio ou sequelas decorrentes da sua tentativa, caso ocorram nos dois primeiros anos de vigência da cobertura;

5.4. Epidemia ou pandemia declarada por órgão competente;

5.5. Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

5.6. Atos terroristas;

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

5.8. Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames,

- tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;
- 5.9. Acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
 - 5.10. Acidentes sofridos antes da contratação do seguro, ainda que suas sequelas tenham se manifestado durante sua vigência; e
 - 5.11. Cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

As coberturas deste microsseguro são extensivas a todo o globo terrestre.

7. CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado para cada uma das coberturas contratadas pelo Segurado será definido na Apólice de Microsseguro e observará os limites máximos individuais permitidos pelas normas vigentes.

8. FORMA DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

A indenização será paga sob a forma de parcela única.

9. CONTRATAÇÃO, ALTERAÇÕES, PRAZO DE VIGÊNCIA E NORMAS DE RENOVAÇÃO

- 9.1. A identificação do Segurado por ocasião da contratação será feita, preferencialmente, pelo número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) ou, na falta deste, pelo número de registro da cédula de identidade (RG), carteira de trabalho, certidão de nascimento, certidão de casamento ou outros documentos oficiais de identificação que possuam validade no território nacional.
- 9.2. A aceitação do seguro estará sujeita à análise de risco.
- 9.3. A contratação ou alteração do seguro poderá ser feita:
 - 9.3.1. Mediante Proposta assinada pelo Proponente, seu representante legal ou por corretor de seguros habilitado; ou
 - 9.3.2. Por meios remotos, sendo que:
 - a) A Proposta poderá ser formalizada por meio de login e senha ou certificado digital, necessariamente pré-cadastrados pelo Proponente/Representante Legal em ambiente seguro, ou, ainda, por identificação biométrica.
 - b) Quando intermediada por Corretor, a contratação implicará no fornecimento de login e senhas individualizadas para o Corretor e para o Proponente.

- c) É responsabilidade da Seguradora enviar e garantir que cheguem ao Proponente/Representante Legal, pelo meio remoto utilizado ou outro autorizado, os protocolos obrigatórios e as demais informações previstas na legislação e regulamentação vigentes.
- 9.4. A proposta deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco. A Seguradora fornecerá, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com a indicação da data e hora de seu recebimento, pelo mesmo meio utilizado pelo Proponente (físico ou remoto).
- 9.5. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para aceitação ou recusa da proposta, contados da data de seu recebimento, seja para seguro novo, renovação ou alterações que impliquem modificação do risco.
- 9.6. A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez durante o prazo previsto. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias franquias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.
- 9.7. 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.
- 9.8. As apólices e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.
- 9.9. O prazo mínimo de vigência das coberturas oferecidas neste plano será de 1 (um) mês.
- 9.10. Em caso de aceitação de proposta recepcionada sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a data indicada na proposta, ou, na falta desta, a data de recebimento da mesma pela Seguradora.
- 9.11. O início de vigência da cobertura para as propostas recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio será a data de recebimento das mesmas pela Seguradora.
- 9.11.1. Em caso de não aceitação de proposta em que tenha havido adiantamento de valor para pagamento parcial ou total do prêmio, o valor do adiantamento será devido no momento da formalização da recusa e será restituído ao proponente no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, deduzido da parcela *pro rata temporis* correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.
- 9.12. A emissão da apólice ou do endosso será feita em até 15 (quinze) dias, a partir da data de aceitação da proposta.
- 9.13. No caso de contratação por meio remoto, o Segurado poderá imprimir a Apólice ou solicitar, a qualquer tempo, sua versão física verbalmente ou por meio remoto à Seguradora.

- 9.14. A renovação do seguro poderá ser efetuada por iniciativa do Segurado ou da Seguradora, neste caso com a concordância expressa do Segurado.
- 9.15. Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência.
- 9.16. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do seguro cessa automaticamente no final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada.
- 9.17. O Segurado obriga-se a comunicar à Seguradora eventual mudança de endereço, inclusive remoto, quando aplicável, de modo que esta possa manter o cadastro do Segurado permanentemente atualizado. O descumprimento desta obrigação isentará a Seguradora quanto à efetiva ciência do Segurado em relação às comunicações e documentos do seguro.

10. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

- 10.1. O prêmio do microsseguro poderá ser pago à vista, mensalmente, bimestralmente, trimestralmente, quadrimestralmente, semestralmente ou anualmente, conforme estabelecido na Apólice, durante o período de vigência da mesma.
- 10.2. Na contratação a Seguradora ou seu representante estabelecerá os meios a serem utilizados pelo Segurado para pagamento do(s) prêmio(s), dentre as seguintes opções:
- Através do representante de seguros, ou seja, da loja, junto à qual a Apólice de microsseguro foi adquirido, por meio de procedimento de cobrança regularmente utilizado pelo mesmo em sua atividade principal, como contas de consumo, carnês, boletos, faturas de cartões de crédito ou descontos em folha de pagamento, desde que o valor destinado ao prêmio esteja perfeitamente identificado, assim como a data e a forma da correspondente quitação;
 - Através de boletos bancários pagáveis no território nacional;
 - Através de cartão de crédito;
 - Através de débito em conta corrente.
- 10.3. A ausência do repasse à Seguradora dos prêmios recolhidos pelo representante de seguros ou empresa responsável por esse serviço não causará qualquer prejuízo aos segurados ou beneficiários no que se refere às coberturas e demais direitos contemplados por este plano.
- 10.4. Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado, o que deve ser feito até a data limite prevista no respectivo documento de cobrança.
- 10.5. Quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento da Apólice, as parcelas vincendas do prêmio serão deduzidas do valor da indenização.
- 10.6. No caso de contratação por meio remoto, a Seguradora enviará as informações

sobre vencimentos das parcelas, atrasos e confirmação de pagamento pelo meio escolhido pelo Segurado. A confirmação de quitação do pagamento à vista ou da primeira parcela enviada pela Seguradora com a utilização de meios remotos servirá, também, como prova da efetiva contratação ou renovação do plano.

11. SUSPENSÃO, REABILITAÇÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO

11.1. Se o pagamento do prêmio de cada parcela não for efetivado até a data estabelecida, a cobertura deste seguro estará automaticamente suspensa a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de vencimento do prêmio não pago e, em caso de sinistro, o Segurado e seus Beneficiários perderão o direito às garantias do seguro.

11.2. A cobertura poderá ser reabilitada a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o Segurado retomar o pagamento do prêmio, desde que realizado dentro de prazo não superior a 90 (noventa) dias contados a partir da data de vencimento do primeiro prêmio não pago. Neste caso, não serão cobrados os prêmios não pagos correspondentes a períodos em que não houve cobertura. No caso de seguros com cobrança de prêmio postecipada, a reabilitação se dá com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura, antes de iniciada a suspensão.

11.3. Decorrido o prazo de 90 (noventa) dias da data de vencimento sem que o pagamento do prêmio tenha sido efetuado, o seguro estará automaticamente e de pleno direito cancelado e a cobertura não poderá ser reabilitada.

11.4. O presente seguro poderá, ainda, ser cancelado ou rescindido:

11.4.1. No prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da assinatura da proposta, ou da formalização por meios remotos, em caso de desistência do seguro contratado por parte do Segurado, sendo que:

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

11.4.2. A qualquer tempo, após os 7 (sete) dias da data da assinatura ou da formalização da proposta prevista no item anterior, mediante acordo entre as partes contratantes, sendo que para os casos de prêmios pagos em parcela

única ou em parcelas antecipadas, a Seguradora devolverá ao Segurado a parte do prêmio comercial recebido proporcional ao tempo não decorrido (na base pro rata dia), a contar da data do cancelamento.

- 11.4.3. Pelo descumprimento das obrigações previstas nas Condições Contratuais e/ou nos termos da cláusula 12 - PERDA DE DIREITOS destas Condições Gerais.

12. PERDA DE DIREITOS

Sem prejuízo do que consta nas demais condições deste seguro e do que em lei esteja previsto:

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

12.2. Se o Segurado, por si ou por seu representante ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que pudessem influir na aceitação do seguro ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido, sendo que:

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

12.2.1. Na hipótese de não ocorrência de sinistro:

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

12.2.2. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

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

12.2.3. Na hipótese da 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 do prêmio cabível.

- 12.3. O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar os riscos cobertos na Apólice, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.
- 12.3.1. A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso da agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.
- 12.3.2. O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída pela Seguradora a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.
13. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO
- 13.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, o mesmo deverá ser comunicado imediatamente pelo Segurado, seu Representante ou seu Beneficiário, em formulário próprio de Aviso de Sinistro, carta registrada, telegrama, fax, e-mail ou por qualquer outro meio legal, à Seguradora ou ao seu Representante de seguros, se autorizado.
- 13.2. Da comunicação antes referida, deverão constar: data, hora, local e causa do sinistro e outras informações relevantes.
- 13.3. Os atos ou providências que a Seguradora praticar após o sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.
- 13.4. Todas as despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os documentos de habilitação necessários correrão por conta do Segurado ou do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.
- 13.5. Eventuais encargos de tradução de documentos necessários à liquidação de sinistro e que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão a cargo da Seguradora.
- 13.6. Para rápida regulação e prova da ocorrência do sinistro, envolvendo qualquer uma das coberturas contratadas, deverão ser apresentados os documentos especificados nas Condições Especiais das mesmas.
- 13.7. Para efeitos de pagamento de indenização, serão aceitos como prova de identificação do Segurado e beneficiários a cédula de identidade (RG), a carteira de trabalho, a

certidão de nascimento, a certidão de casamento ou outros documentos oficiais de identificação que possuam validade no território nacional.

- 13.8. A solicitação de qualquer documento comprobatório adicional por parte da Seguradora, além daqueles definidos nas Condições Especiais de cada cobertura, deverá estar acompanhada de justificativa fundamentada e ocorrer dentro do prazo máximo para pagamento da indenização.
- 13.9. A solicitação não fundamentada de documentação adicional comprobatória do sinistro, ou fora do prazo máximo previsto no item 13.10 desta cláusula, será ignorada para todos os efeitos na contagem de prazo para pagamento da indenização.
- 13.10. A Seguradora terá o prazo de 10 (dez) dias corridos contados a partir da data de protocolo de entrega da documentação comprobatória citada no item 13.6 para o pagamento da indenização devida. A contagem do prazo para pagamento poderá ser interrompida uma única vez para solicitação de documentação complementar e voltará a correr na data do seu recebimento pela Seguradora.
- 13.11. O pagamento da indenização se dará apenas no território brasileiro e em moeda nacional.
- 13.12. As cópias de documentos simples e autenticadas entregues à Seguradora para análise do sinistro passam a ser de propriedade da mesma, não sendo devida a devolução de quaisquer destes documentos a quem quer que seja, mesmo que a análise resulte em negativa da cobertura. Documentos originais recebidos para análise de cobertura, quando não forem estritamente relacionadas ao seguro, poderão ser, mediante solicitação expressa, devolvidos ao beneficiário ou a quem de direito.
14. PAGAMENTO DE ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS
- 14.1. Estabelece-se para fins de atualização monetária de valores deste seguro, quando aplicável, a atualização monetária e a taxa de juros aplicáveis serão aquelas determinadas em Lei. .
- 14.2. As contratações com vigência igual ou inferior a um ano não estão sujeitas à atualização monetária de prêmios e capitais segurados.

- 14.3. Quando aplicável, os capitais segurados e prêmios serão atualizados anualmente, na data de aniversário da contratação, com base na variação positiva do índice no correspondente período anual.
- 14.4. Para as coberturas de morte ou invalidez custeadas mediante pagamento único ou anual do prêmio, os capitais segurados deverão ser atualizados desde a data da última atualização do prêmio até a data e ocorrência do respectivo evento gerador.
- 14.5. Os valores devidos pela Seguradora a título de devolução de prêmio sujeitam-se à atualização monetária a partir da data em que se tornarem exigíveis, sendo:
- a) No caso de cancelamento da Apólice, a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.
 - b) No caso de recebimento indevido de prêmio pela Seguradora, a partir da data do recebimento do prêmio.
 - c) No caso de recusa da proposta, a partir da data de formalização da recusa, se ultrapassado o prazo de 10 (dez) dias.
- 14.6. Se o pagamento da indenização não for efetuado no prazo estabelecido no item 13.10 da cláusula 13. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO destas Condições Gerais, o valor da mesma será atualizado monetariamente a partir da data do evento, acrescido de juros de mora equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional, a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para pagamento da indenização.
- 14.7. As atualizações serão efetuadas com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.
- 14.8. Os valores relativos às obrigações pecuniárias da Seguradora e do Segurado serão acrescidos de juros moratórios equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo para esse fim, e serão contados a partir do primeiro dia posterior a tal prazo.
- 14.9. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

15. PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais relativos a este seguro são aqueles determinados em lei.

16. FORO

Eventuais questões judiciais, entre o Segurado ou o Beneficiário e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

17. DISPOSIÇÕES FINAIS

17.1. Aceitação da proposta está sujeita à análise do risco.

17.2. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.

17.3. O Segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio www.susep.gov.br.

17.4. Este plano está estruturado em regime financeiro de repartição, não havendo, portanto, devolução ou resgate de prêmios ao Segurado ou ao Beneficiário.

18. LGPD – LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS

18.1. “O CLIENTE reconhece que os dados pessoais e/ou de saúde do CLIENTE foram usados e analisados pela SEGURADORA para aceitação ou não do risco, conforme autorização dada pelo CLIENTE na proposta de contratação, e esses dados (anonimizados ou não) poderão ser usados em modelos preditivos e/ou mercadológicos das empresas do nosso Grupo econômico, bem como para o fim único da execução do contrato de seguro, ditas informações poderão ser compartilhadas com empresas que nos ajude no cumprimento do contrato de seguro (por ex. assistência, resseguradora, regulação de sinistro, serviços de telemedicina, call center, corretora, estipulante, etc). Os dados do CLIENTE serão guardados com todo zelo e cuidado, e mantidos pelo prazo previsto pelo Regulador de Seguros.”

18.2. O CLIENTE, na condição de titular dos dados pessoais, tem direito a obter, em relação aos seus dados tratados pela SEGURADORA, a qualquer momento e mediante pedido expresso, pedidos como: (i) a confirmação da existência de tratamento; (ii) o acesso aos dados; (iii) a correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados, etc.

18.3. O CLIENTE está ciente de que, para realizar qualquer uma dessas solicitações ou tirar qualquer dúvida sobre os seus dados pessoais, deverá entrar em contato com a SEGURADORA, por meio do e-mail: protecaodedados@br.zurich.com.

18.4. A SEGURADORA garante e assume o compromisso de jamais vender e nem ceder os dados do CLIENTE além da finalidade mencionada, e cumpre integralmente a Lei Geral de Proteção de Dados do Brasil. Para conhecer na integralidade a política de proteção de dados da SEGURADORA, por favor

ZURICH MICROSSEGURO DE PESSOAS – APÓLICE INDIVIDUAL



acesse <https://www.zurich.com.br>.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

1. DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se as exclusões constantes da cláusula 5. RISCOS EXCLUIDOS das Condições Gerais deste seguro.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado para esta cobertura observará o limite máximo individual permitido pelas normas vigentes, constará na Apólice e representa o limite máximo de indenização devido pela Seguradora na data do evento.

3.2. Para determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente que provocou a morte do Segurado.

3.3. As indenizações por MORTE e pelas coberturas de INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE, se contratadas, não se acumulam.

3.3.1. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente por Acidente, verificar-se a Morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente será deduzida do Capital Segurado por Morte e a Seguradora indenizará a diferença, se houver.

3.3.2. Tendo sido paga indenização decorrente de morte ou invalidez permanente total por acidente do Segurado, a Apólice será automaticamente cancelada.

4. BENEFICIÁRIOS

4.1. Os beneficiários deste seguro serão designados pelo Segurado no ato da contratação, com a indicação, no mínimo, do nome e grau de parentesco para identificação do(s) mesmo(s).

4.2. A qualquer tempo, o Segurado poderá alterar o(s) beneficiário(s) indicado(s), por meio de solicitação formal, datada, assinada e protocolada junto à Seguradora, não se admitindo a utilização de meios remotos neste procedimento.

4.3. Para fins de identificação do(s) beneficiário(s), será sempre considerada a última alteração de beneficiários recebida pela Seguradora, antes da ocorrência do sinistro.

- 4.4. Na falta de indicação de beneficiário, ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que foi feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.
Na falta das pessoas indicadas neste item, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.
- 4.5. É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.
- 4.6. Em sendo os beneficiários menores de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.

5. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

Em complemento à CLÁUSULA 13. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos:

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

6. RATIFICAÇÃO

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

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

1. DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

- 1.1. Esta cobertura consiste no pagamento do Capital Segurado, de uma única vez, em caso da perda total ou impotência funcional definitiva dos membros ou órgãos definidos nestas Condições Especiais, em decorrência de lesão física sofrida pelo Segurado, provocada por acidente pessoal coberto.
- 1.2. Para efeito de indenização, consideram-se como Invalidez Permanente Total por Acidente os eventos relacionados abaixo, mediante comprovação por laudo médico, e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação:
 - a) Perda total da visão de ambos os olhos;
 - b) Perda total do uso de ambos os membros superiores;
 - c) Perda total do uso de ambos os membros inferiores;
 - d) Perda total do uso de ambas as mãos;
 - e) Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior;
 - f) Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
 - g) Perda total do uso de ambos os pés; e
 - h) Alienação mental total incurável.
- 1.3. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou semelhantes, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente desta cobertura.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se as exclusões constantes da cláusula 5. RISCOS EXCLUIDOS das Condições Gerais deste seguro.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O Capital Segurado observará o limite máximo individual permitido pelas normas vigentes, constará na Apólice e representa o limite máximo de indenização devido pela Seguradora na data do evento.
- 3.2. Para determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente que provocou a invalidez permanente coberta.
- 3.3. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará a indenização, de acordo com os eventos descritos como INVALIDEZ TOTAL da tabela constante na cláusula 1 desta cobertura, que determinam indenização de 100% do Capital Segurado.

- 3.4. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um dos conjuntos de membros ou órgãos descritos na cláusula 1 desta cobertura, a indenização será única, ou seja, equivalente a 100% (cem por cento) do Capital Segurado.
- 3.5. As indenizações por MORTE e pelas coberturas de INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE, se contratadas, não se acumulam.
- 3.5.1.** Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente por Acidente, verificar-se a Morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente será deduzida do Capital Segurado por Morte e a Seguradora indenizará a diferença, se houver.
- 3.5.2.** Tendo sido paga indenização decorrente de morte ou invalidez permanente total por acidente do Segurado, a Apólice será automaticamente cancelada.
4. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO
- 4.1. Em complemento à CLÁUSULA 13. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:
- a) Formulário de Aviso de Sinistro fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou seu representante legal;
 - b) Documento de identificação do Segurado;
 - c) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
 - d) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado;
 - e) Relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas, diagnósticos necessários e a data da invalidez.
- 4.2. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, o mesmo concorda a se submeter a exame físico pericial por médico indicado pela Seguradora, para fins de constatação.
5. BENEFICIÁRIO
- O beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.
Em caso de sinistro que cause alienação mental total incurável do Segurado, a indenização será paga ao responsável legal ou curador judicialmente nomeado, considerando que o Segurado passa a ser incapacitado para os atos da vida civil.

6. RATIFICAÇÃO

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

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

1. DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões constantes da cláusula 5. RISCOS EXCLUIDOS das Condições Gerais deste seguro, estão, também, expressamente excluídos desta cobertura estados de convalescença, após a alta médica.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O Capital Segurado observará o limite máximo individual permitido pelas normas vigentes, constará na Apólice e representa o limite máximo de indenização devido pela Seguradora na data do evento.
- 3.2. Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado, será considerada data do evento a data do acidente que deu origem ao sinistro.
- 3.3. A reintegração do Capital Segurado é automática após cada acidente, até o valor indenizado, não havendo a reintegração para danos causados em virtude do mesmo evento.

4. CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

- 4.1. A indenização relativa a qualquer sinistro amparado por esta cobertura não poderá exceder o valor total das despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado em consequência do respectivo evento coberto.
- 4.2. Na ocorrência de sinistro contemplado por coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos, em apólices ou bilhetes distintos, a distribuição de responsabilidade entre as sociedades seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:
- I. será calculada a indenização individual de cada cobertura como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do segurado e limite máximo de indenização da cobertura;
 - II. será definida a soma das indenizações individuais das coberturas concorrentes de diferentes apólices e/ou bilhetes, relativas aos prejuízos comuns, de acordo com o inciso I dessa cláusula;
 - III. se a quantia a que se refere o inciso II desta cláusula for igual ou inferior ao prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada sociedade seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual, assumindo o segurado a responsabilidade pela diferença, se houver;
 - IV. se a quantia a que se refere o inciso II for maior que o prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada sociedade seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual e a soma a que se refere aquele inciso.

5. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

Em complemento à cláusula 13. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Documento de identificação do Segurado;
- c) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- d) Notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas pelo Segurado;
- e) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado;
- f) Relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas e diagnósticos necessários.

6. BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.

7. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS (DG)

1. DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

- 1.1 A cobertura de Doenças Graves (DG) consiste no pagamento do capital segurado, de uma única vez, em decorrência de diagnóstico de alguma das doenças especificadas a seguir.

2. DOENÇAS GRAVES

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

2.1.1 Definições:

- Segmento ST: pedaço do traçado obtido no eletrocardiograma (ECG).
- Troponina I ou T: proteínas que existem no músculo cardíaco que são usadas como marcadores de lesão celular (infarto).
- Síndrome coronariana: conjunto de sinais e sintomas característicos, causados por doença ou distúrbio das artérias coronárias.
- Angina (pectoris): dor no peito causada por baixo abastecimento de oxigênio para o músculo cardíaco.
- Infarto antigo: infarto (morte de parte do músculo cardíaco) que ocorreu no passado. Infarto silencioso: infarto que ocorre sem dor, sem percepção da vítima, geralmente constatado em um achado de exame feito ao acaso.

- 2.1.2 Está coberto somente o evento cujo diagnóstico definitivo de infarto agudo do miocárdio tenha ocorrido no período de vigência do microsseguro.

2.1.3 Para efeito deste microsseguro, não se considera infarto agudo do miocárdio:

- Quadro de infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG;
- Quadro de infarto do miocárdio somente com elevação da troponina “I” ou “T”;
- Outras síndromes coronarianas agudas como angina estável ou instável; e
- Infarto do miocárdio antigo ou silencioso.

- 2.2 Câncer Grave: Para efeito deste microsseguro, considera-se câncer grave a doença que se manifesta pelo crescimento de tecido diferente dos normais, caracterizada pela multiplicação descontrolada e progressiva de células que têm a propriedade de invasão de tecidos ou órgãos vizinhos, e potencial de disseminação para lugares distantes (formação de metástases). O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado e comprovado por exame histológico conclusivo, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades médicas científicas especializadas. O termo câncer é sinônimo de “neoplasia maligna” e “tumor maligno”, e inclui as leucemias e doenças malignas do sistema linfático como a Doença de Hodgkin.

2.2.1 Definições:

- Exame histológico é o exame realizado por um médico patologista que, usando o microscópio, analisa uma amostra de tecido de seres vivos, geralmente obtida a partir de biópsia, para estudo das células e pesquisa de características anormais deste tecido que possam corresponder às doenças.
- Neoplasia intra-epitelial cervical são as alterações nas células do colo uterino que são precursoras de câncer.

2.2.2 Está coberto somente o evento cujo diagnóstico definitivo de câncer e a manifestação da doença tenham ocorrido no período de vigência do microsseguro.

2.2.3 Para efeito deste microsseguro, não se considera câncer grave:

- Os cânceres considerados femininos, que possuem cobertura específica, conforme item 2.3;
- Todos os cânceres não invasivos (in situ), lesões ou tumores pré-malignos, qualquer grau / estágio de neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) – displasia do colo uterino;
- Qualquer tipo de câncer de pele (ex.: carcinoma basocelular, carcinoma de células escamosas) que não seja melanoma maligno com grau de invasão igual ou superior a 1,5mm, segundo a classificação de Breslow;
- Câncer de próstata abaixo do estágio T2 N0 M0 pela classificação TNM.

2.3 Câncer Feminino: Para efeito deste microsseguro, considera-se câncer feminino maligno a doença que se manifesta pelo crescimento de tecido diferente dos normais, caracterizada pela multiplicação descontrolada e progressiva de células que têm a propriedade de invasão de tecidos ou órgãos vizinhos, e potencial de disseminação para lugares distantes (formação de metástases). O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado e comprovado por exame histológico conclusivo, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades médicas científicas especializadas. O termo câncer é sinônimo de “neoplasia maligna” e “tumor maligno”, e inclui as neoplasias malignas amparadas por esta cobertura, que são exclusivamente: neoplasias de Mama, Útero ou Ovário.

2.3.1 Definições:

- Exame histológico é o exame realizado por um médico patologista que, usando o microscópio, analisa uma amostra de tecido de seres vivos, geralmente obtida a partir de biópsia, para estudo das células e pesquisa de características anormais deste tecido que possam corresponder às doenças.
- Neoplasia intra-epitelial cervical são as alterações nas células do colo uterino que são precursoras de câncer.

2.3.2 Está coberto somente o evento cujo diagnóstico definitivo de câncer e a manifestação da doença tenham ocorrido no período de vigência do microsseguro.

2.3.3 Para efeito deste microsseguro, não se considera câncer feminino:

- Melanoma não invasivo, sarcoma de kaposi, queratose actínica, leucoplasia oral, papilomatose oral florida, doença de Bowen, eritroplasia de Queyrat, Corno cutâneo, queratoacantoma, carcinoma basocelular e espinocelular;
- Carcinomas in situ (alteração do crescimento de superfícies epiteliais, em que as células normais são substituídas por células anaplásticas sem as

características de comportamento da neoplasia, como invasão ou metástases);

- Qualquer tipo de displasia e outras lesões pré-neopláticas de qualquer órgão e/ou tecido;
- Qualquer tipo de leucemia;
- Qualquer tipo de câncer benigno; e
- Todos os cânceres não invasivos (in situ), lesões ou tumores pré-malignos, qualquer grau / estágio de neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) – displasia do colo.

2.4 Acidente Vascular Cerebral (AVC): Para efeito deste microsseguro, considera-se Acidente Vascular Cerebral (AVC), doença caracterizada por diminuição ou interrupção aguda do fluxo sanguíneo encefálico que resulte em morte do tecido encefálico e consequente sequela neurológica definitiva. O quadro deve ser causado pela ruptura de um vaso encefálico com extravasamento de sangue (hemorragia) ou pela obstrução de um vaso encefálico. Inclui-se na garantia o AVC provocado por embolização de vaso encefálico originada de fonte extracraniana. O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado, aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas e respaldado por quadro neurológico típico e exames de imagem como tomografia axial computadorizada, ressonância magnética e estudo de circulação cerebral. As sequelas neurológicas devem ser consideradas definitivas e passíveis de verificação por meio de exames especializados para confirmação do diagnóstico. Embolização de vaso encefálico: processo em que um êmbolo (coágulo, gordura, etc.) é transportado pela corrente sanguínea e termina por obstruir um vaso do encéfalo de calibre menor. Encéfalo: conjunto formado pelo cérebro e tronco cerebral (bulbo, ponte e cerebelo). AVC isquêmicos transitórios e síndromes correlatas: situações em que o fluxo sanguíneo cerebral é diminuído, deixando de irrigar temporariamente uma parte do tecido cerebral, mas que são reversíveis; geralmente causadas por espasmos arteriais. Infarto cerebral lacunar sem déficit neurológico: pequenas áreas correspondentes a infartos do tecido cerebral, visíveis nos exames de imagem, porém em territórios que não causam sequelas neurológicas, ou seja, não têm repercussão clínica. Distúrbios cognitivos: distúrbios relacionados às capacidades de memória, atenção, percepção, raciocínio, juízo, pensamento e linguagem..

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

2.5 Cirurgia da Aorta: Para efeito deste microsseguro, considera-se Cirurgia da Aorta, a realização de cirurgia com abertura do tórax ou abdômen para correção de uma doença da artéria aorta que requeira a enxertia (implante) de material sintético para substituição de segmento afetado. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico cirurgião vascular, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames de imagem.

2.5.1 Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados cuja necessidade e realização da cirurgia da aorta tenha ocorrido no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia:

2.6 Cirurgia de Revascularização do Miocárdio com Implante de Ponte Vascular na Artéria Coronariana (By-Pass):: Para efeito deste microsseguro, considera-se Cirurgia de Revascularização do Miocárdio com Implante de Ponte Vascular na

Artéria Coronariana (By-Pass): a realização de cirurgia cardíaca com abertura do tórax (cirurgia a céu aberto) para restauração do fluxo sanguíneo em uma ou mais artérias coronarianas obstruídas ou estenosadas, por meio de implante de ponte(s) (by-pass) vascular(es). A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico cirurgião cardíaco, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames de imagem coronarianos. Coronárias estenosadas: artérias coronárias (que irrigam o músculo cardíaco) estreitadas, obstruídas. Angioplastia: procedimento realizado por meio de cateter intra-arterial que visa à dilatação ou recuperação da luz do vaso. Toracotomia mínima: pequena incisão para abertura da cavidade torácica, que serve para a entrada de instrumentos (cateteres) e câmeras de vídeo (semelhante ao que ocorre na vídeo-laparotomia).

2.6.1 Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados cuja necessidade e realização da cirurgia de revascularização do miocárdio tenha ocorrido no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia:

2.7 Cirurgia para Troca de Válvula Cardíaca: Para efeito deste microsseguro, considera-se Cirurgia de Revascularização do Miocárdio com Implante de Ponte Vascular na Artéria Coronariana (By-Pass): a realização de cirurgia cardíaca com abertura do tórax (cirurgia a céu aberto) para substituição de uma ou mais valvas cardíacas (denominadas mitral, tricúspide, aórtica e pulmonar) por válvulas artificiais, devido à estenose valvar, insuficiência valvar ou a uma combinação destes dois problemas. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico cirurgião cardíaco, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames cardiológicos de imagem

2.7.1 Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados cuja necessidade e realização da cirurgia para troca de válvula cardíaca tenha ocorrido no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia.

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

2.8.1 Para caracterização desta garantia, o segurado deve apresentar quadro de demência avançada que demande supervisão e cuidados constantes de terceiros e o invalide definitivamente para vida cível, com necessidade de constituição legal de um curador definitivo.

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

- a) Tomar banho – capacidade de se lavar na banheira ou chuveiro;
- b) Vestir-se / despir-se – capacidade de colocar e tirar a roupa;
- c) Higiene pessoal – capacidade de usar o aparelho sanitário e manter um nível razoável de higiene;
- d) Deambular – capacidade de andar em um ambiente plano;
- e) Continência urinária e fecal – controle sobre esfíncteres da bexiga e

intestino;

- f) Alimentar-se - capacidade de comer e beber sem auxílio, mas não de preparar a comida;
- g) O quadro de demência avançada deve ser comprovado com apresentação de termo de curatela definitiva. As incapacidades para as atividades da vida diária devem ser simultâneas e clinicamente documentadas para diagnóstico definitivo da doença.

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

2.9 Doença de Parkinson: Para efeito deste microsseguro, considera-se Doença de Parkinson trata-se de diagnóstico definitivo de Doença de Parkinson primária ou idiopática, antes dos 65 anos de idade, feito por médico neurologista e confirmado por achados típicos nos exames clínicos, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades científicas especializadas. Doença de Parkinson primária ou idiopática: sem causa conhecida.

2.9.1 Para caracterização desta garantia, a Doença de Parkinson deve resultar em sequelas motoras que restrinjam o segurado ao leito – incapacidade de se levantar sem ajuda externa – e que demandem supervisão e cuidados constantes de terceiros.

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

- a) Tomar banho – capacidade de se lavar na banheira ou chuveiro;
- b) Vestir-se / despir-se – capacidade de colocar e tirar a roupa;
- c) Higiene pessoal – capacidade de usar o aparelho sanitário e manter um nível razoável de higiene;
- d) Deambular – capacidade de andar em um ambiente plano;
- e) Continência urinária e fecal – controle sobre esfíncteres da bexiga e intestino;
- f) Alimentar-se – capacidade de comer e beber sem auxílio, mas não de preparar a comida;
- g) A restrição ao leito e as incapacidades para as atividades da vida diária devem ser clinicamente documentadas para confirmação do diagnóstico

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

2.10 Esclerose Múltipla: Para efeito deste microsseguro, considera-se Esclerose Múltipla diagnóstico definitivo de esclerose múltipla, feito por médico neurologista, evidenciado pela presença de sinais e sintomas típicos de desmielinização e comprometimento das funções motora e sensorial, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades científicas especializadas. Desmielinização: que leva à perda ou destruição da bainha de mielina, substância que forma a capa gordurosa que recobre certos nervos..

2.10.1 Para caracterização desta garantia, o segurado deve:

- a) Apresentar quadro com alterações neurológicas contínuas e persistentes por, no mínimo, seis meses; ou
- b) Ter apresentado, no mínimo, dois surtos da doença clinicamente bem documentados – registros de internação hospitalar ou de terapia específica para crise –, com intervalo de pelo menos um mês entre os episódios; ou
- c) Ter apresentado um único surto da doença, clinicamente bem documentado - registros de internação hospitalar ou de terapia específica para crise – associado a achados característicos da doença no exame de líquido (líquido cefalorraquidiano) e lesões cerebrais típicas na ressonância nuclear magnética.

2.10.2 Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado o s segurados que receberem diagnóstico definitivo de esclerose múltipla, desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia.

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

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

2.12 Paralisia: Para efeito deste microsseguro, considera-se Paralisia, Perda total e irreversível da função motora de dois ou mais membros (superiores ou inferiores), causada exclusivamente por lesão da medula espinhal decorrente de acidente ou doença. O quadro de paralisia (plegia) de dois ou mais membros deve ser passível de verificação por meio de exames especializados e necessita ser clinicamente documentado para confirmação do diagnóstico. O diagnóstico e a determinação do quadro de paralisia devem ser feitos por médico neurologista ou neurocirurgião, aceitos pelas sociedades médicas científicas especializadas e respaldados por exames especializados..

2.12.1 Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo da paralisia, com persistência da seqüela neurológica, conforme definição, desde que a doença ou o trauma causador da paralisia tenha ocorrido no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia.

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

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

- 2.14 Tumor Cerebral Benigno: Para efeito deste microsseguro, considera-se Tumor Cerebral Benigno, Retirada cirúrgica de um tumor benigno do tecido encefálico, sob anestesia geral, desde que o tumor ou o procedimento cirúrgico resulte em sequela neurológica permanente. Também estão cobertos os tumores benignos do tecido encefálico considerados inoperáveis que cursem com sequela neurológica permanente. O procedimento ou diagnóstico deve ser feito por médico neurocirurgião ou neurologista e evidenciado por achados característicos em exames de imagem como tomografia axial computadorizada e ressonância magnética. As sequelas neurológicas devem ser consideradas definitivas e precisam ser clinicamente documentadas após a cirurgia ou a partir da data do diagnóstico, caso o tumor seja considerado inoperável, para confirmação do diagnóstico. Encéfalo: conjunto formado pelo cérebro e tronco cerebral (bulbo, ponte e cerebelo).
- 2.14.1 Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo do tumor cerebral, conforme definição, desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da cobertura.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta, de e/ou relacionados a:
- a) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado principal ou dependente, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de qualquer deles;
 - b) suicídio ou sequelas decorrentes da sua tentativa, caso ocorram nos dois primeiros anos de vigência da cobertura;
 - c) epidemia ou pandemia declarada por órgão competente;
 - d) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - e) danos e perdas causados por atos terroristas; e
 - f) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto a prestação de serviço militar e atos de humanidade em auxílio de outrem.
- 3.2 Estão expressamente excluídos das coberturas desta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados e exclusivamente aos riscos cobertos, sendo:
- 3.2.1 Acidente Vascular Cerebral (AVC);
- a) AVC isquêmico transitório e síndromes correlatas, Acidentes Vasculares hemorrágicos e síndromes correlatas (ex.: isquemia cerebral transitória – ICT);
 - b) Traumatismos crânio encefálicos - danos cerebrais causados por traumas, anoxia/asfixia; PCR – parada cardio-respiratória;
 - c) Infartos cerebrais lacunares sem déficit neurológico;
 - d) Enxaquecas com sintomas neurológicos; e
 - e) Sequela neurológica caracterizada exclusivamente por distúrbios cognitivos / psiquiátricos que não configurem incapacidade para vida cível (sem curatela definitiva).
- 3.2.2 Cirurgia da Aorta: Procedimentos realizados nas ramificações da aorta (o termo aorta inclui as porções torácica e abdominal da artéria aorta, mas não os seus ramos);
- a) Os procedimentos realizados pelo interior do vaso (intra-arteriais)

- b) sem abertura do tórax ou abdômen;
- b) Qualquer outro procedimento cirúrgico que não requeira a colocação de um enxerto; e
- c) Cirurgia subsequente a ferimento traumático da artéria aorta.

3.2.3 Cirurgia de Revascularização do Miocárdio com Implante de Ponte Vasculare na Artéria Coronariana (By-Pass):

- a) Angioplastia (com ou sem colocação de Stent);
- b) Outros procedimentos intra-arteriais (procedimentos realizados pelo interior do vaso, sem abertura do tórax); e
- c) Cirurgia por toracotomia mínima.

3.2.4 Cirurgia para Troca de Válvula Cardíaca:

- a) Cirurgias cardíacas com preservação da válvula, como comissurotomia, comissuroplastia, valvoplastia.

3.2.5 Doença de Alzheimer:

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

3.2.6 Doença de Parkinson:

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

3.2.7 Esclerose Múltipla

- a) O diagnóstico de esclerose múltipla que não se enquadre nos critérios relacionados no item 2.10, para caracterização da doença.

3.2.8 Insuficiência Renal Terminal

- a) Quadros transitórios de insuficiência renal, ainda que ainda realizado tratamento de diálise.

3.2.9 Paralisia

- a) Paralisia causada pela Síndrome de Guillain-Barré;
- b) Paralisia cuja origem não é uma lesão da medula espinhal (p.ex. traumatismo cranioencefálico); e
- c) Paralisia decorrente de traumas auto-infligidos.

3.2.10 Transplante de órgão:

- a) Colocação de órgãos artificiais, como coração artificial;
- b) Transplantes de órgão de animais, não humanos;
- c) Auto-transplante de medula óssea;
- d) Transplante de células-tronco (células embrionárias);
- e) Transplante de células-beta do pâncreas; e
- f) Transplante de órgãos não mencionados no item 2.13.

3.2.11 Tumor Cerebral Benigno:

- a) Todos os tipos de cistos intracranianos;
- b) Granulomas de qualquer natureza;
- c) Malformações encefálicas arteriais ou venosas;
- d) Hematomas intracranianos de qualquer natureza;
- e) Tumores da glândula hipófise; e
- f) Tumores da medula espinhal.

3.2.12 Câncer:

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

3.3 Estão expressamente excluídos desta Cobertura, as doenças diagnosticadas com data anterior ao início de vigência do seguro

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado desta Cobertura será o valor contratado constante do Bilhete de Microseguro.

4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico comprovado da doença.

4.3 O pagamento do capital segurado, poderá ocorrer de uma só vez ou sob a forma de renda em decorrência de diagnóstico de alguma das doenças devidamente especificadas, conforme definido nas condições gerais ou, se for caso, nas condições especiais do plano de microseguro

5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

5.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

6. CARÊNCIA

6.1 O período de Carência é de 90 (noventa) dias contados a partir do início de vigência, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do microseguro.

7. FRANQUIA

7.1 Não há franquia para esta cobertura.

8. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

8.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições

Gerais item 14., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Documento de identificação do Segurado;
- exame laboratorial que diagnosticou a doença;
- Relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas que possibilitem o enquadramento do diagnóstico e estágio da patologia de que o Segurado é portador nos critérios de indenização previstos para a cobertura pleiteada.

8.2 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 14., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

8.3 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais, serão solicitados os seguintes documentos complementares de acordo com a Doença Grave diagnosticada:

8.1.1. Em caso de Acidente Vascular Cerebral (AVC):

- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico, ateste o diagnóstico e descreva as sequelas neurológicas definitivas;
- b) Exames complementares como tomografia axial computadorizada, ressonância magnética e estudos de circulação cerebral, que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem a doença e as sequelas neurológicas.
- c) Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar.

8.1.2. Em caso de Cirurgia da Aorta:

- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico e o procedimento cirúrgico;
- b) Exames complementares, especialmente os de imagem como arteriografia e tomografia computadorizada, que comprovem doença da aorta e respaldem a indicação de cirurgia;
- c) Prontuário médico hospitalar contendo relatório de operação.

8.1.3. Em caso de Cirurgia de Revascularização do Miocárdio com Implante de Ponte Vascular na Artéria Coronariana (By-Pass):

- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico e o procedimento cirúrgico;
- b) Exames complementares, como cateterismo e angiografia, que comprovem doença coronariana e respaldem a indicação de cirurgia cardíaca;
- c) Prontuário médico hospitalar contendo relatório de operação.

8.1.4. Em caso de Cirurgia para Troca de Válvula Cardíaca:

- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela

- seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico e o procedimento cirúrgico;
- b) Exames complementares, como ecocardiografia com doppler, que comprovem doença cardíaca valvar e respaldem a indicação de cirurgia para troca de válvula cardíaca;
 - c) Prontuário médico hospitalar contendo relatório de operação.
- 8.1.5. Em caso de Doença de Alzheimer:
- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico, ateste o diagnóstico, e descreva as restrições cognitivas e incapacidades definitivas para as atividades da vida diária;
 - b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem a doença e as limitações neurológicas, tais como tomografia computadorizada, ressonância magnética, tomografia por emissão de pósitrons e testes cognitivos;
 - c) Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar;
 - d) Termo de curatela definitiva quando houver invalidez para vida cível decorrente do quadro de Alzheimer.
- 8.1.6. Em caso de Doença de Parkinson:
- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico, ateste o diagnóstico e descreva as restrições motoras e incapacidades definitivas para as atividades da vida diária;
 - b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem a doença e as limitações neurológicas;
 - c) Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar.
- 8.1.7. Em caso de Esclerose Múltipla:
- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico, ateste o diagnóstico e descreva os critérios e achados típicos que possibilitaram este diagnóstico;
 - b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem a existência de achados característicos da doença, como ressonância nuclear magnética e líquido cefalorraquidiano;
 - c) Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar.
- 8.1.8. Em caso de Infarto Agudo do Miocárdio:
- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico e ateste o

- b) diagnóstico de infarto agudo do miocárdio;
 - b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem a doença. É necessária a apresentação de exames marcadores de necrose miocárdica (troponina, CK-MB, etc.) e ECG. Também devem ser enviados laudos de cintilografia do miocárdio, ecocardiografia, cateterismo cardíaco e demais exames pertinentes que tiverem sido realizados;
 - c) Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar.
- 8.1.9. Em caso de Insuficiência Renal Terminal:
- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico de base e o quadro de insuficiência renal terminal;
 - b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e o comprometimento da função renal, como tomografia computadorizada, ultrassonografia, análises de urina, dosagens de creatinina e ureia, etc.;
 - c) Relatórios e prontuários hospitalares contendo histórico dos tratamentos dialíticos.
- 8.1.10. Em caso de Paralisia:
- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico, ateste o diagnóstico de base, e descreva o exame neurológico que configura a paralisia;
 - b) Exames complementares, como tomografia computadorizada, ressonância magnética, etc., que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e justifiquem o quadro de paralisia;
 - c) Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar.
- 8.1.11. Em caso de Transplante de Órgão:
- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico de base e o procedimento cirúrgico realizado;
 - b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e justifiquem a indicação da cirurgia;
 - c) Prontuário médico hospitalar contendo relatório de operação.
- 8.1.12. Em caso de Tumor Cerebral Benigno:
- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico, ateste o diagnóstico, especifique o tipo de tumor cerebral e descreva as sequelas neurológicas definitivas;
 - b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem o tumor cerebral e as sequelas neurológicas. É necessária a apresentação de exame de

- imagem (tomografia computadorizada, ressonância magnética, tomografia por emissão de pósitrons ou angiografia) e laudo de exame anátomo-patológico quando realizada a cirurgia;
- c) Prontuário médico hospitalar contendo relatório de operação, caso realizada.

8.1.13. Em caso de Câncer:

- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico;
- b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem a doença. É necessária apresentação do laudo do exame anátomo-patológico;
- c) Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1 Somente haverá cobertura para o 1º (primeiro) diagnóstico de doença grave ocorrido durante a vigência do microsseguro.

9.2 Não será paga Indenização com base em diagnóstico feito exclusivamente por um membro da família ou por pessoa que viva na mesma residência do Segurado, independentemente desta pessoa ser médico habilitado ou profissional de saúde.

9.3 Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Microsseguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.