

Seguro de Pessoas

Vida Individual - Bilhete



CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE PESSOAS - VIDA

ÍNDICE

1.	CARACTERÍSTICAS.....	6
2.	OBJETIVO	6
3.	DEFINIÇÕES.....	6
4.	COBERTURAS.....	9
5.	VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	10
6.	COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS.....	10
7.	CANCELAMENTO DO BILHETE	11
8.	CAPITAL SEGURADO	11
9.	ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO	11
10.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	12
11.	BENEFICIÁRIO(S).....	12
12.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO	12
13.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	12
14.	PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA.....	14
15.	PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	14
16.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	15
17.	TRIBUTO	15
18.	PRESCRIÇÃO	15
19.	FORO	15
20.	DISPOSIÇÕES FINAIS.....	16
21.	LGPD – LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS.....	16
1.	OBJETIVO	17
2.	DEFINIÇÃO	17
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	17
4.	CAPITAL SEGURADO	18
5.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	18
6.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	18
7.	PRÊMIO.....	18
8.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	18
9.	CARÊNCIA	19
10.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	19
11.	DISPOSIÇÕES GERAIS	20
	COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)	21
1.	OBJETIVO	21
2.	DEFINIÇÃO	21
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	21
4.	CAPITAL SEGURADO	22
5.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	22
6.	PRÊMIO.....	22
7.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	22
8.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	22
9.	DISPOSIÇÕES GERAIS	23
	COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA).....	25
1.	OBJETIVO	25
2.	DEFINIÇÕES.....	25
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	25
4.	CAPITAL SEGURADO	26
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	26
6.	ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES.....	26
7.	TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE.....	27
8.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	27
9.	PRÊMIO.....	27



ZURICH[®]

10.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	28
11.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	28
12.	DISPOSIÇÕES GERAIS	28
	COBERTURA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (DITAD).....	29
1.	OBJETIVO	29
2.	DEFINIÇÕES.....	29
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	29
4.	CAPITAL SEGURADO	31
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	32
6.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	32
7.	PRÊMIO.....	32
8.	CARÊNCIA	32
9.	FRANQUIA	32
10.	LIMITE DE DIÁRIAS.....	32
11.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	33
12.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	33
13.	DISPOSIÇÕES GERAIS	33
	COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE (DMHO).....	34
1.	OBJETIVO	34
2.	DEFINIÇÕES.....	34
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	34
4.	CAPITAL SEGURADO	35
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	35
6.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	35
7.	PRÊMIO.....	36
8.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	36
9.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	36
10.	DISPOSIÇÕES GERAIS	37
	COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA (DIHAD)	38
1.	OBJETIVO	38
2.	DEFINIÇÕES.....	38
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	38
4.	CAPITAL SEGURADO	40
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	40
6.	LIMITE DE DIÁRIAS.....	40
7.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	41
8.	PRÊMIO.....	41
9.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	41
10.	CARÊNCIA	41
11.	FRANQUIA	41
12.	PAGAMENTO DA DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR	41
13.	DISPOSIÇÕES GERAIS	42
	COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL (AUXF)	43
1.	OBJETIVO	43
2.	DEFINIÇÃO	43
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	43
4.	CAPITAL SEGURADO	44
5.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	44
6.	PRÊMIO.....	44
7.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	45
8.	CARÊNCIA	45
9.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	45
10.	DISPOSIÇÕES GERAIS	46
	COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL (AF).....	47
1.	OBJETIVO	47
2.	SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL	47
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	48
4.	CAPITAL SEGURADO	49
5.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	49
6.	PRÊMIO.....	50



ZURICH®

7.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	50
8.	CARÊNCIA	50
9.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	50
10.	DISPOSIÇÕES GERAIS	51
	COBERTURA DE CESTA BÁSICA POR MORTE (CBM)	52
1.	OBJETIVO	52
2.	DEFINIÇÃO	52
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	52
4.	CAPITAL SEGURADO	54
5.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	54
6.	PRÊMIO.....	54
7.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	54
8.	CARÊNCIA	54
9.	DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE ENTREGA DE GÊNEROS ALIMENTÍCIOS..	54
10.	DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE CRÉDITO EM CARTÃO MAGNÉTICO	55
11.	DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DO PAGAMENTO EM ESPÉCIE	55
12.	DISPOSIÇÕES GERAIS	56
	COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI).....	56
1.	OBJETIVO	56
2.	ELEGIBILIDADE.....	56
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	57
4.	CAPITAL SEGURADO	57
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	57
6.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	58
7.	CARÊNCIA	58
8.	FRANQUIA	58
9.	PRÊMIO.....	58
10.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	58
11.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	58
12.	DISPOSIÇÕES GERAIS	59
	COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA (ITT).....	60
1.	OBJETIVO	60
2.	ELEGIBILIDADE.....	60
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	60
4.	CAPITAL SEGURADO	62
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	62
6.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	62
7.	PRÊMIO.....	62
8.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	62
9.	CARÊNCIA	63
10.	FRANQUIA	63
11.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	63
12.	DISPOSIÇÕES GERAIS	63
	COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES (DG)	64
1.	OBJETIVO	64
2.	FRANQUIA	64
3.	CARÊNCIA	64
4.	DESCRIÇÃO E DEFINIÇÃO DAS DOENÇAS GRAVES COBERTAS	65
5.	RISCOS EXCLUÍDOS	71
6.	CAPITAL SEGURADO	73
7.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	74
8.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	74
9.	PRÊMIO.....	74
10.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	74
11.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	74
12.	DISPOSIÇÕES GERAIS	78
	COBERTURA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA (IHAD).....	79
1.	OBJETIVO	79
2.	CONDIÇÕES DE COBERTURA	79
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	79

4.	CAPITAL SEGURADO	82
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	82
6.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	82
7.	CARÊNCIA	82
8.	FRANQUIA	83
9.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	83
10.	DISPOSIÇÕES GERAIS	83

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE PESSOAS - VIDA INDIVIDUAL - BILHETE

1. CARACTERÍSTICAS

1.1 A Zurich Minas Brasil Seguros S.A., doravante denominada Seguradora, institui o Seguro de Pessoas - Vida Individual - Bilhete, descrito nestas Condições Gerais, Condições Especiais e Coberturas Suplementares.

2. OBJETIVO

2.1 O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma Indenização ao Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s), na ocorrência de Eventos Cobertos pela(s) Cobertura(s) contratada(s), **exceto se decorrente de Riscos Excluídos e desde que respeitadas as demais Disposições Contratuais.**

3. DEFINIÇÕES

3.1 **Acidente Pessoal:** o evento com data caracterizada, 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, observando-se que:

3.1.1 Incluem-se ainda no conceito de Acidente Pessoal:

- 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
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

3.1.2 Excluem-se do 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 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
- d) 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, definido no subitem 3.1.

3.2 Beneficiário(s): é(são) a(s) pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) designada(s) para receber os valores de Indenização, na hipótese de ocorrência de Evento Coberto. Para uma pessoa jurídica figurar na condição de beneficiário, deverá ser comprovado o legítimo interesse mediante declaração expressa no momento da contratação do seguro.

3.3 Capital Segurado: é o valor máximo a ser pago pela Seguradora para a(s) Cobertura(s) contratada(s), em caso de ocorrência de Evento Coberto. **Nenhuma Indenização poderá ser superior ao Capital Segurado.**

3.4 Carência: é o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência individual, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito à(s) Cobertura(s) contratada(s), sem prejuízo do pagamento do Prêmio. A Carência poderá ser total ou parcial, abrangendo exclusivamente as Coberturas não relacionadas a Acidente Pessoal, para as quais não há Carência. **Na hipótese de aumento do Capital Segurado, o seguro estará sujeito a novo período de Carência, contado a partir da data do início de vigência do aumento, exclusivamente aplicável ao aumento solicitado.**

3.5 Bilhete de Seguros: é o documento emitido pela sociedade seguradora que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo segurado, substitui a apólice individual e dispensa o preenchimento de proposta, nos termos da legislação específica.

3.6 Condições Especiais: é o conjunto de disposições que regem especificamente cada uma das Coberturas disponíveis, passando a ser parte integrante do seguro, quando contratada.

3.7 Condições Gerais: é o documento que disciplina os direitos e obrigações das partes contratantes, bem como define as características gerais do seguro.

3.8 Corretor: é a pessoa física ou jurídica autorizada a angariar e promover contratos de seguros. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

- 3.9 Disposições Contratuais:** é o conjunto de condições que regem a contratação.
- 3.10 Doenças Preexistentes:** doença de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de adesão.
- 3.11 Evento Coberto:** é o acontecimento futuro e incerto, previsto e não excluído na(s) Cobertura(s) contratadas, ocorrido durante sua vigência, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou do(s) Beneficiário(s).
- 3.12 Franquia:** é o período de tempo em cada Evento Coberto, contado da data de ocorrência do Sinistro, durante o qual não há cobertura pelo seguro, suportando o Segurado as suas consequências.
- 3.13 Coberturas:** é(são) a(s) designação(ões) utilizada(s) para definir as responsabilidades.
- 3.14 Desemprego Involuntário:** é a rescisão do contrato de trabalho do segurado regido pela CLT Consolidação das Leis do Trabalho, de forma unilateral pelo empregador, que não tenha sido motivada pelo segurado, que não decorra de justa causa e que tenha por consequência a cessação do pagamento do seu salário pelo seu empregador ou por qualquer outro motivo que não os mencionados nos Riscos
- 3.15 Indenização:** é o valor devido pela Seguradora ao Segurado, ao Segurado Dependente ou ao(s) Beneficiário(s) quando da ocorrência de um Evento Coberto. A Indenização está limitada ao Capital Segurado individual contratado para cada uma das Coberturas.
- 3.16 Prêmio:** é o valor pago à Seguradora nos termos previamente ajustados como contraprestação à(s) Cobertura(s) contratada(s) e informado no Bilhete de Seguro.
- 3.17 Prestador de Serviços:** Para fins deste instrumento, são atividades exercidas por profissionais não registrados, que mantenham vínculo através de contrato ou documento contábil comprobatório da atividade.
- 3.18 Proponente:** é a pessoa física cuja adesão ao seguro é solicitada, e que passará à condição de Segurado somente após a sua aceitação pela Seguradora.
- 3.19 Profissionais Autônomos e liberais NÃO regulamentados:** é todo aquele que exerce sua atividade profissional remunerada sem vínculo empregatício, por conta própria e com assunção de seus próprios riscos, e que não tenham como comprovar vínculo através de contrato ou documento contábil comprobatório da atividade.
- 3.20 Profissionais Autônomos e liberais regulamentados:** é todo aquele que exerce sua atividade profissional sem vínculo empregatício, por conta própria e com assunção de seus próprios riscos, que mantenham vínculo através de contrato ou documento contábil comprobatório da atividade, e que sejam contribuintes regulares à previdência social. A prestação de serviços é de forma eventual e não habitual.

3.21 Riscos Excluídos: são aqueles riscos previstos nas Condições Gerais e Cobertura(s) contratada(s), que não estão cobertos pelo presente seguro.

3.22 Segurado: é a pessoa física que mantém Vínculo com o Representante de Seguros, regularmente incluída e aceita no seguro.

3.23 Segurado Dependente: é o Cônjuge e/ou Filho(s) do Segurado.

3.24 Seguradora: é a Zurich Minas Brasil Seguros S.A., sociedade Seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros, que assume os riscos inerentes à(s) Cobertura(s) contratada(s), nos termos da legislação vigente e do estabelecido nas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais.

3.25 Sinistro: é a ocorrência de um Evento Coberto garantido pela Seguradora e capaz de lhe acarretar obrigações pecuniárias.

4. COBERTURAS

4.1 As Coberturas a seguir são passíveis de contratação para este seguro, respeitando as conjugações de planos disponibilizados pela Seguradora. Os respectivos riscos excluídos, objetivos, normas e demais características, estão dispostos nas respectivas Condições Especiais.

4.1.1 Além das conjugações passíveis de disponibilização pela Seguradora as Coberturas a seguir não poderão ser contratadas conjuntamente:

- a) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
- b) Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (DITAD);
- c) Diária por Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (DIHAD);
- d) Auxílio Funeral (AUXF);
- e) Assistência Funeral (AF);
- f) Doenças Graves;

COBERTURAS PASSÍVEIS DE CONTRATAÇÃO
Morte (M)
Morte Acidental (MA)
Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)
Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (DITAD)
Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente (DMHO)
Diária por Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (DIHAD)
Auxílio Funeral (AUXF)
Assistência Funeral (AF)
Cesta Básica por Morte (CBM)
Desemprego Involuntário (DI)
Incapacidade Física Total e Temporária (ITT)
Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (IHAD)
Doenças Graves (DG)

4.1.2 A(s) Cobertura(s) contratada(s) será(ão) expressa(s) contratualmente e no Bilhete de Seguro.

5. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

5.1 Vigência e Renovação

5.1.1 Este seguro terá vigência de 12 (doze) meses contados a partir da data de pagamento do prêmio.

5.1.1.1 O início e término de vigência do seguro será a 24:00 (vinte e quatro) da data do pagamento do prêmio.

5.2 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência do presente Seguro.

5.3 Neste plano de Seguro não haverá renovação.

6. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

6.1 Fica estabelecido que qualquer pagamento do Capital Segurado, por força do presente Contrato, somente passa a ser devido depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado pelo Segurado, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista para este fim no documento de cobrança.

6.2 O tipo de custeio do prêmio deste Seguro, classifica-se em contributário, sendo o prêmio pago integralmente pelo Segurado.

6.3 O prêmio será pago de forma única, o que constará no bilhete.

6.4 A data-limite para pagamento do prêmio será a expressa no respectivo documento de cobrança.

6.5 Se a data limite para o pagamento 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.

6.6 A Seguradora encaminhará o documento de recolhimento dos prêmios diretamente ao Segurado ou ao seu representante, ou ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor de Seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis em relação à data do respectivo vencimento.

7. CANCELAMENTO DO BILHETE

7.1 O não pagamento do Prêmio por parte do Segurado no prazo estipulado nas Condições Contratuais acarretará o cancelamento automático do bilhete.

7.2 O Contrato de Seguro pode ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes.

7.3 Na hipótese do Segurado, seus prepostos ou seus Beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do Seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, dá-se automaticamente a caducidade do Seguro, sem restituição dos Prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

7.4 Os bilhetes não poderão ser cancelados durante a vigência pela seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

7.5 No caso de cancelamento total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverão ser observadas as seguintes disposições:

7.5.1 A Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

8. CAPITAL SEGURADO

8.1 O Capital Segurado de cada Cobertura contratada deverá ser estabelecido contratualmente e constar respectivo Bilhete de Seguro.

9. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

9.1 Para contratações feitas por bilhete, o Capital Segurado e o Prêmio não serão atualizados.

9.2 A atualização da Indenização, caso a Seguradora não efetue o pagamento dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias, será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

9.3 Para a atualização referida no subitem anterior, o índice pactuado no presente Seguro é o IPC/FGV – Índice Geral de Preços ao Consumidor/Fundação Getúlio Vargas. No caso de extinção do índice pactuado, deverá ser utilizado o IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo/ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

9.4 Caso o Conselho Monetário Nacional - CMN deixe de considerar o IPCA/IBGE

como índice de preços relacionado às metas de inflação, será considerado, o índice que vier a substituí-lo.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

10.1 Este seguro abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

11. BENEFICIÁRIO(S)

11.1 O(s) Beneficiário(s) do Seguro será(ao) aquele(s) designado(s) pelo Segurado em um documento hábil, podendo ser substituído(s), a qualquer tempo, mediante solicitação formal, preenchida e assinada pelo próprio segurado.

11.2 Na falta de indicação de Beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge / companheiro(a) não separado judicialmente e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

11.3 Na falta de pessoas indicadas neste artigo, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

11.4 É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

11.5 O beneficiário não terá direito ao Capital Segurado, caso o segurado se suicide nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.

12. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

12.1 Ocorrido o Sinistro, deverá ser ele comunicado, por escrito, à Seguradora, pelo Segurado, ou pelo(s) Beneficiário(s), logo que o saiba(m).

12.2 O Segurado, por ocasião do Sinistro, deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

13. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

13.1 Para o recebimento da Indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultada à Seguradora a adoção de quaisquer medidas tendentes à elucidação dos fatos.

13.2 As despesas efetuadas com a comprovação do evento e, quando for o caso, os

documentos de habilitação do(s) Beneficiário(s) correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

13.3 O pagamento de qualquer Indenização decorrente do presente seguro será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos básicos, relacionados nas respectivas Coberturas, observados os **itens** destas Condições Gerais:

13.3.1 A relação de documentos necessários para a regulação de Sinistro, está prevista em cada uma das respectivas Coberturas contratadas. O não fornecimento da documentação solicitada acarreta a suspensão do prazo para pagamento da Indenização.

13.4 Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.

13.5 Independentemente dos documentos listados nas Coberturas contratadas, a Seguradora poderá consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação, para apurar comprovação ou não do evento.

13.6 A documentação listada nas respectivas Coberturas não é restritiva. A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos que se façam necessários durante o processo de análise do Sinistro, para sua completa elucidação.

13.6.1 Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 13.3. acima será suspenso, voltando a contar a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

13.7 Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a importância devida pela Seguradora, relativa ao Evento Coberto, será atualizada com base na variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), desde a data do Sinistro até a data do efetivo pagamento, acrescida de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, contados a partir da mora. O pagamento dos 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.

13.7.1 Os encargos decorrentes de eventual tradução para a língua portuguesa dos documentos necessários ao recebimento da Indenização serão de responsabilidade total da Seguradora.

13.8 A solicitação de documentos e as demais providências ou atos que a Seguradora venha a praticar após o Sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da

obrigação de pagar qualquer Indenização.

13.9 Qualquer indenização decorrente deste seguro somente será paga em reais no Brasil.

14. PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA

14.1 A Seguradora poderá, a seu critério, submeter o Segurado a exame (perícia) para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível de incapacidade.

14.2 No caso de divergências e/ou dúvidas de natureza médica relacionadas ao objeto do seguro, sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou ainda sobre matéria médica não prevista expressamente nas Disposições Contratuais, será proposta pela Seguradora, 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.

14.2.1 A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo Segurado, outro pela Seguradora, e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

15. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

15.1 A Seguradora não pagará qualquer Indenização com base no presente seguro se o Segurado, seu representante legal, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do Prêmio.

15.2 Sem prejuízo do previsto no item 7. Cancelamento, se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

15.2.1 Na hipótese de não ocorrência do Sinistro:

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

15.2.2 Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento parcial da Indenização:

- 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(s) Beneficiário(s) ou restringindo a Garantia contratada para riscos futuros.

15.2.3 Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento integral da Indenização, cancelar o seguro, após o pagamento da Indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de Prêmio cabível.

15.3 O Segurado perderá o direito à Indenização para qualquer das Coberturas contratadas, ainda, pelas seguintes razões:

- a) inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;
- b) dolo, fraude ou sua tentativa, simulação ou culpa grave, para obter ou majorar a Indenização, ou ainda se o Segurado ou o(s) Beneficiário(s) tentar(em) obter vantagem indevida com o Sinistro;
- c) inobservância do artigo 768 do Código Civil, que dispõe que o Segurado perderá o direito à Garantia do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do Contrato.

15.4 Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de Prêmio, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades.

16. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

16.1 A propaganda e a divulgação do seguro, por parte do Representante de Seguros e/ou seu representante legal, dependerão de autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições gerais e as normas deste seguro.

17. TRIBUTO

17.1 Todo e qualquer tributo será recolhido conforme legislação em vigor. Eventual(is) alteração(ões) será(ão) automaticamente aplicada(s) ao Prêmio.

18. PRESCRIÇÃO

18.1 Qualquer direito do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), com fundamento no presente Seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

19. FORO

19.1 Fica eleito o foro do domicílio do Segurado, ou do(s) Beneficiário(s), conforme o

caso, para dirimir quaisquer dúvidas relacionadas ao presente seguro.

20. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 20.1** O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
- 20.2** O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.
- 20.3** Este seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto, não haverá devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou aos Beneficiários.
- 20.4** Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar na data de vencimento, sem devolução dos Prêmios pagos nos termos .

21. LGPD – LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS

- 21.1** O CLIENTE reconhece que ao preencher a proposta com fornecimento das informações nela constante, concorda que os dados pessoais e/ou de saúde serão usados e analisados pela SEGURADORA para aceitação ou não do risco, e sendo estabelecido o contrato de seguro, 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, Representante de Seguros, etc). Os dados do CLIENTE serão guardados com todo zelo e cuidado, e mantidos pelo prazo previsto pelo Regulador de Seguros.
- 21.2** 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.
- 21.3** 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
- 21.4** 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 acesse <https://www.zurich.com.br>

COBERTURA DE MORTE (M)

1.OBJETIVO

1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em caso de morte do Segurado decorrente de causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

2. DEFINIÇÃO

2.1 **Acidente Pessoal:** para fins desta Cobertura, prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

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) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;
- d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Representante de Seguros. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Representante de Seguros;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios

- de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- i) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
 - j) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
 - k) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
 - l) competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;
 - m) doenças ou lesões preexistentes à inclusão do Segurado, e que sejam de seu conhecimento.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar no respectivo Bilhete de Seguro
- 4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

- 5.1 A Cobertura compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados , simultaneamente com o início da vigência , ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor .

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

- 6.1 Além das hipóteses previstas nos destas Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:
- 6.1.1 Para o Segurado:
- a) simultaneamente, com o cancelamento da presente Cobertura;
 - b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado ;
 - c) com o pagamento da Indenização em caso de falecimento do Segurado.

7. PRÊMIO

- 7.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. CARÊNCIA

9.1 O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência e será contado a partir do início de vigência individual.

9.2 O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

9.3 Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

a) Morte decorrente de doença

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

b) Morte decorrente de acidente

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:

- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

Não havendo indicação de Beneficiário(s), apresentar ainda:

- declaração original assinada pelo Representante de Seguros, formalizando que não houve designação de Beneficiário(s);
- declaração original assinada pelo(s) Beneficiário(s), com indicação do estado civil do Segurado por ocasião do falecimento, se eventualmente mantinha união estável e com quem, e quais os herdeiros legais deixados (listar todos).

Demais documentos para habilitação do(s) Beneficiário(s):

- cônjuge: cópia da Certidão de Casamento atualizada;
- companheiro(a): comprovação de união estável por ocasião do Sinistro;
- filho(s): cópia da Certidão de Nascimento, na ausência de RG e CPF.

Na hipótese de Beneficiários Pessoa Jurídica:

- cópia do Contrato Social e/ou estatuto com as respectivas atualizações;
- cópia do Cartão de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/BACEN (CADEMP);
- cópia do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência de cada um dos sócios e/ou diretores estatutários;
- cópia do Balanço Patrimonial;
- cópia do comprovante de endereço da empresa.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1 Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais. 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.

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

1. OBJETIVO

1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em caso de morte do Segurado em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

2. DEFINIÇÃO

2.1 **Acidente Pessoal:** para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
- d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Representante de Seguros. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Representante de Seguros;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte

mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

- j) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- k) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- l) Acidente Vascular Cerebral;
- m) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- n) competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;
- o) Acidente ou lesões causadas por acidentes preexistentes à inclusão do Segurado não declaradas na proposta de adesão, e que sejam de seu conhecimento;
- p) Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar no respectivo Bilhete de Seguro

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

5. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

5.1 Além das hipóteses previstas nos itens destas Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

5.1.1 Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado ;
- c) com o pagamento da Indenização em caso de falecimento do Segurado.

6. PRÊMIO

6.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

8. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

8.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

Não havendo indicação de Beneficiário(s), apresentar ainda:

- declaração original assinada pelo Representante de Seguros, formalizando que não houve designação de Beneficiário(s);
- declaração original assinada pelo(s) Beneficiário(s), com indicação do estado civil do Segurado por ocasião do falecimento, se eventualmente mantinha união estável e com quem, e quais os herdeiros legais deixados (listar todos).

Demais documentos para habilitação do(s) Beneficiário(s):

- cônjuge: cópia da Certidão de Casamento atualizada;
- companheiro(a): comprovação de união estável por ocasião do Sinistro;
- filho(s): cópia da Certidão de Nascimento, na ausência de RG e CPF.

Na hipótese de Beneficiários Pessoa Jurídica:

- cópia do Contrato Social e/ou estatuto com as respectivas atualizações;
- cópia do Cartão de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/BACEN (CADEMP);
- cópia do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência de cada um dos sócios e/ou diretores estatutários;
- cópia do Balanço Patrimonial;
- cópia do comprovante de endereço da empresa.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 9.1** Esta Cobertura quando contratada conjuntamente com a Cobertura de Morte, em caso de morte decorrente de acidente pessoal coberto, as Coberturas da Cobertura de Morte e Cobertura de Morte Acidental se acumulam.
- 9.2** Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais. 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.



ZURICH[®]

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1. OBJETIVO

1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

2. DEFINIÇÕES

2.1 **Acidente Pessoal:** para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

2.2 **Invalidez Permanente Total por Acidente:** para fins desta Cobertura é a perda, redução ou impotência funcional **definitiva e total** prevista na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, conforme **item 7 desta Clausula**, em virtude de lesões físicas exclusivamente decorrentes de Acidente Pessoal coberto, desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

2.3 Ainda que do mesmo acidente resulte mais de uma situação prevista na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente a Indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Cobertura.

2.4 A invalidez de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a Indenização total.

2.4.1 Na hipótese de ocorrência de um acidente que provoque incapacidade definitiva do mesmo membro ou órgão já defeituoso, parcial ou total, o percentual correspondente à incapacidade anterior ao acidente será deduzido da indenização.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações

- da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
 - d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Representante de Seguros. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
 - e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Representante de Seguros;
 - f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
 - h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
 - i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - j) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
 - k) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
 - l) Acidente Vascular Cerebral;
 - m) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
 - n) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
 - o) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto;
 - p) Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Bilhete do Seguro.

4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1 Não há reintegração do Capital Segurado, após ocorrência de um Evento Coberto.

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

6.1 As Indenizações decorrentes de eventos por morte acidental e invalidez permanente por acidente, em quaisquer das Coberturas contratadas, não se acumulam. Se, depois de paga uma Indenização por invalidez permanente por acidente, seja parcial ou total, ocorrer a morte do Segurado, em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do Capital Segurado por Morte, se contratada esta cobertura.

7. TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
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

8. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

8.1 Além das hipóteses previstas nos itens destas Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

8.1.1 Para o Segurado:

- simultaneamente, com o cancelamento da presente Cobertura;
- com a indenização por invalidez permanente total, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica;
- a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado.

9. PRÊMIO

9.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

11. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

11.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- radiografia e resultados de exames realizados;
- cópia da Ficha de Registro do empregado, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1 Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais. 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.



ZURICH[®]

COBERTURA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (DITAD)

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de Incapacidade causada por doença ou Acidente Pessoal cobertos, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**
- 1.2. As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o período de Franquia e respeitado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Acidente Pessoal:** para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.
- 2.2. **Incapacidade:** é a impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.
- 2.3. **Limite Máximo de Diárias Indenizáveis:** é a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus enquanto o mesmo estiver afastado de suas atividades laborativas por motivo de doença ou Acidente Pessoal, a contar do primeiro dia após o término do período de Franquia.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro
 - d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:



ZURICH[®]

- do início de vigência individual do seguro; ou
- da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Representante de Seguros. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Representante de Seguros;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h) procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados, excetua esterilização masculina e feminina;
- i) Quaisquer tipos de tratamentos ou danos estéticos, incluindo gastroplastia redutora, excetua gastroplastia em casos de síndrome metabólica;
- j) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
- k) tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de Acidente Pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
- l) doenças degenerativas da coluna vertebral;
- m) infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida (SIDA/AIDS);
- n) Doenças crônicas: degenerativas de sistema músculo-esquelético, sistema nervoso, diabetes, glaucoma, aterosclerose arterial de qualquer ordem, aneurismas, doenças psiquiátricas e tumores malignos, mesmo em fase aguda;
- o) doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;
- p) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da 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;
- q) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- r) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- s) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- t) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
- u) As 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 risco coberto;
- v) Tratamento clínico ou cirúrgico com finalidade estética e períodos de convalescença

a eles relacionados, exceto os que forem restauradores (após acidente pessoal coberto pelo seguro) e os reparadores de cirurgias decorrentes de neoplasias malignas, que sejam necessários para restabelecimento do Segurado;

- w) Dorsalgias, radiculopatias, ciática e outras neurites;
- x) Entesopatia;
- y) Entorses, distensões, contusões;
- z) Fraturas de elementos dentários, perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie;
- aa) Fraturas patológicas;
- bb) Lesões Infra-articulares de joelho;
- cc) Lesões ou doenças que não exijam atendimento médico;
- dd) Luxação de Ombro (acrômio – clavicular ou gleno umeral);
- ee) Síndromes compressivas nervosas;
- ff) Diálises e hemodiálises;
- gg) Qualquer tipo de hérnia e suas consequências decorrentes de doenças;
- hh) Gravidez, parto ou aborto e quaisquer complicações ou suas consequências não decorrentes de acidentes;
- ii) Internações hospitalares para investigação diagnóstica, espera para a realização de cirurgia, avaliação do estado de sanidade (check-up), repouso ou geriatria;
- jj) Estado de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- kk) doenças mentais ou psiquiátricas;
- ll) Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que sejam legalmente habilitados;
- mm) Automutilações e lesões auto-inflingidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são;
- nn) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e tratamentos medicamentosos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia do Ministério da Saúde;
- oo) Atos contrários a Lei, inclusive a direção de veículos automotores, incluindo motos, barcos aeronaves e assemelhados, sem a devida habilitação ou sem a utilização de equipamentos de segurança obrigatória por lei, como capacetes e cintos de segurança.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Bilhetes de Seguro.

4.1.1. O Capital Segurado corresponde a cada diária de afastamento devendo o seu valor ser multiplicado pelo período de afastamento, observados a Franquia e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, o primeiro dia do afastamento do Segurado das atividades laborativas por ele exercidas.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 5.1.** O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.
- 5.2.** Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 90 (noventa) dias contado da data do último retorno as atividades laborativas.

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

- 6.1.** Além das hipóteses previstas nos itens destas Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

6.1.1. Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado.

7. PRÊMIO

- 7.1.** O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. CARÊNCIA

- 8.1.** O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência e será contado a partir do início de vigência individual.
- 8.2.** O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.
- 8.3.** Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

9. FRANQUIA

- 9.1.** O período de Franquia será estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de 15 (quinze) dias ininterruptos por evento, e será contado a partir da data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica. As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia e se estenderão até o final do período de afastamento do Segurado, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.

10. LIMITE DE DIÁRIAS

- 10.1.** O limite de diárias será estabelecido contratualmente, respeitado o máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, independentemente de renovação.

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1. No caso de ocorrência simultânea de mais de um Evento Coberto, as diárias do período coincidente aos afastamentos simultâneos não serão pagas duplicadas, não havendo acúmulo ou superposição de Indenizações.

12.2. O número de diárias a serem pagas será determinado pela Seguradora em função da necessidade comprovada de afastamento do Segurado de suas atividades laborativas, fundamentado no tempo médio de dias, observado pela prática médica, análise da documentação médica e resultados de exames complementares para mesmas doenças ou lesões.

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

- formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido pelo Segurado;
- formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do Bilhete de Seguros;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais. 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.



ZURICH[®]

COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE (DMHO)

1. OBJETIVO

- 1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o reembolso, respeitados os limites estabelecidos contratualmente, das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas, incorridas a critério e sob orientação médica, necessárias ao restabelecimento do Segurado, realizadas em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**
- 1.2 As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas quando o Acidente Pessoal ocorrer dentro do período de vigência do seguro contratado e desde que o tratamento seja iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados a partir da data do Acidente Pessoal.
- 1.3 Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1 **Acidente Pessoal:** para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
 - d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Representante de Seguros. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;

- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Representante de Seguros;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- j) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- k) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- l) Acidente Vascular Cerebral;
- m) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.
- n) Todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
- o) estados de convalescença (após alta médica hospitalar e/ou odontológica) e as despesas de acompanhantes;
- p) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses, salvo as próteses pela perda de dente(s) natural(is) decorrente de Acidente Pessoal coberto;
- q) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função, diretamente afetadas por Evento Coberto pelo seguro;
- r) reposição de lentes, óculos, aparelhos ortodônticos etc;
- s) Remédios, medicamentos ou tratamentos de qualquer espécie após alta médica hospitalar e/ou odontológica.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar no respectivo Bilhete de Seguro

4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1 O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

6.1 Além das hipóteses previstas nos itens destas Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

6.1.1 Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado.

7. PRÊMIO

7.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1 As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas em Reais (R\$) com base no câmbio oficial de venda na data e em moeda do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se os limites de Capitais Segurados estabelecidos contratualmente para esta Cobertura, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

9.2 Possuindo o Segurado mais de um contrato de seguro, nesta ou em outra Seguradora e que garanta o reembolso de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas, a responsabilidade desta Seguradora por este Seguro será igual, em cada Cobertura, à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados proporcionalmente aos limites segurados para cada Cobertura em vigor na data da ocorrência do acidente.

9.3 A Seguradora poderá estabelecer acordos ou convênios com os prestadores de serviço médico-hospitalares e odontológicos para que o Segurado possa ter acesso ao serviço médico sem a necessidade de desembolso do valor. Porém, a utilização ou não destes prestadores conveniados deve ficar a critério exclusivo do Segurado.

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

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e do comprovante de residência do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se houver;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;

- cópia do Laudo da Perícia Técnica realizado no local do acidente, se houver;
- radiografias e/ou resultados dos exames realizados;
- notas fiscais e recibos originais das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas. As notas fiscais referentes a despesas com medicamentos devem ser acompanhadas das respectivas prescrições médicas. No caso de retenção das Notas Fiscais originais pela Seguradora garantidora do seguro obrigatório DPVAT, em caso de acidente automobilístico, serão aceitas cópias autenticadas das Notas Fiscais, desde que acompanhadas de declaração emitida pelo responsável da referida seguradora, indicando quais as notas originais retidas, e informando o valor que será reembolsado a título de primeiro risco através do DPVAT;
- cópia da Ficha de Registro de Empregado, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

1.1 Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais. 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.



ZURICH[®]

COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA (DIHAD)

1. OBJETIVO

1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização proporcional ao período de internação do segurado, em caso de sua hospitalização causada por doença ou Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2 As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas após decorrido o período de Franquia e respeitado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

2. DEFINIÇÕES

2.1 **Acidente Pessoal:** para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

2.2 **Hospital:** é qualquer estabelecimento legalmente constituído e licenciado, devidamente instalado e equipado para a prática de tratamentos médicos clínicos e/ou cirúrgicos a pessoas que deles necessitem. Não serão reconhecidas internações ocorridas em:

- a) qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de Hospital acima;
- b) instituições para atendimento de deficientes mentais e/ou doentes psiquiátricos, inclusive o departamento psiquiátrico de um hospital geral;
- c) clínicas de repouso, asilos e assemelhados e/ou locais de acomodação para idosos;
- d) clínicas e/ou locais de tratamento para recuperação de viciados em álcool, drogas e/ou entorpecentes;
- e) instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais;
- f) casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies;
- g) clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou “SPAs”;
- h) “Home care” (internação domiciliar).

2.3 **Hospitalização:** é a permanência em hospital por período mínimo de 12 (doze) horas em regime de internação, caracterizada pela utilização de acomodação, qualquer que seja o tipo, para tratamento médico-hospitalar que não possa ser realizado em residência.

2.4 **Limite Máximo de Diárias Indenizáveis:** é a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus enquanto o mesmo estiver hospitalizado por motivo de doença ou Acidente Pessoal coberto, a contar do término do período de Franquia.

2.5 **Período de Hospitalização Indenizável:** é a quantidade de diárias indenizáveis correspondente ao número de pernoites que o Segurado permanecer hospitalizado.

3. RISCOS EXCLUÍDOS



ZURICH[®]

- 3.1 Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;
 - d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Representante de Seguros. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
 - e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Representante de Seguros;
 - f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
 - h) procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como suas consequências, excetua esterilização masculina e feminina;
 - i) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
 - j) tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
 - k) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
 - l) cirurgias plásticas estéticas;
 - m) tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
 - n) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento e suas consequências;
 - o) vírus HIV, SIDA (Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida) e suas complicações;
 - p) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames de diagnose; repouso; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up; internação para doação de órgãos;
 - q) doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o “stress”;
 - r) internações domiciliares (home-care);



ZURICH[®]

- s) internação em clínicas ou instituições para acomodação ou tratamento de idosos, incluindo asilo e casas de repouso;
- t) internação para tratamento, acomodação e/ou reabilitação de viciados em álcool, drogas e qualquer outra substância que cause dependência psicotrópica;
- u) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como de intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- v) estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- w) automutilações e lesões auto-inflingidas, estando o Segurado mentalmente doente ou não;
- x) atos contrários a lei, inclusive a direção de veículos automotores, incluindo motos, barcos, aeronaves e semelhantes, sem a devida habilitação ou sem a utilização de equipamentos de segurança obrigatórios por lei, como capacetes e cintos de segurança;
- y) eventos não decorrentes de risco coberto.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Bilhetes de Seguro.

4.1.1 O Capital Segurado corresponde a cada diária de hospitalização devendo o seu valor ser multiplicado pelo Período de Hospitalização Indenizável, observados a Franquia e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

4.2 As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a contar do término do período de Franquia e se estenderão até a alta, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.

4.3 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, o primeiro dia da Hospitalização.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1 O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

5.2 Serão considerados como mesmo evento, a transferência de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.

5.3 O conjunto de ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente ou a mesma doença será considerado um mesmo evento exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior à 12 (doze) meses.

6. LIMITE DE DIÁRIAS

6.1 O limite de diárias será estabelecido contratualmente, respeitado o máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, independentemente de renovação.

7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

7.1 Além das hipóteses previstas nos itens destas Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

7.1.1. Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado.

8. PRÊMIO

8.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

10. CARÊNCIA

10.1 O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência e será contado a partir do início de vigência individual.

10.2 O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

10.3 Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

11. FRANQUIA

11.1 O período de Franquia será estabelecido contratualmente, podendo ser de no mínimo 2 (duas) diárias e no máximo 15 (quinze) diárias a contar do horário inicial de internação hospitalar.

12. PAGAMENTO DA DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

12.1 A indenização a ser paga será correspondente ao valor da diária contratada multiplicado pela quantidade de dias de internação, respeitadas as demais disposições contratuais.

12.2 Em caso de falecimento do Segurado durante o Período de Hospitalização Indenizável, a(s) diária(s) devida(s) e eventualmente não indenizada(s) será(ão) paga(s) ao(s) Beneficiário(s) indicado(s) e na falta deste(s), 50% (cinquenta por cento) ao cônjuge e 50% (cinquenta por cento) aos herdeiros do Segurado.

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



ZURICH[®]

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou, quando for o caso, por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e, quando for o caso, de cada um dos Beneficiários;
- cópia do Prontuário Hospitalar completo;
- declaração original assinada e carimbada por representante do Hospital indicando data e hora de entrada e de alta hospitalar, mencionando períodos de enfermaria e UTI;
- cópia do resultado de exames complementares realizados;
- cópia da Ficha de Registro de Empregado, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1 Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais. 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.



ZURICH[®]

COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL (AUXF)

1. OBJETIVO

- 1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em consequência exclusiva de morte do Segurado, seja decorrente de causa natural ou acidental, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**
- 1.2 A presente Cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura de Morte ou Morte Acidental e a ela se vincula, de forma que somente será devida, se caracterizada a cobertura relativa à Cobertura de Morte ou Morte Acidental.
- 1.3 A Indenização relativa à presente Cláusula não será deduzida do Capital Segurado da Cláusula de Morte Acidental, na hipótese de Evento Coberto.
- 1.4 Para fins desta cláusula não haverá adiantamento do Capital Segurado.
- 1.5 Quando houver adiantamento de Capital Segurado da Cobertura de Morte, este adiantamento não caracterizará o direito à cobertura da Cobertura de Morte, ficando à análise para pagamento da diferença da indenização sujeita as condições contratuais.

2. DEFINIÇÃO

- 2.1 **Acidente Pessoal:** para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

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) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;



ZURICH[®]

- d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Representante de Seguros;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- i) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- j) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do segurado para condução de veículo automotor;
- k) eventos em que o segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência a pessoa em perigo;
- l) competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato médico de urgência;
- m) doenças, acidentes ou lesões preexistentes a inclusão do segurado, não declaradas na proposta de adesão, e que sejam de seu conhecimento.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Bilhetes de Seguro.

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

5. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

5.1 Além das hipóteses previstas nos itens destas Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado;
- c) com o pagamento da Indenização em caso de falecimento do Segurado.

6. PRÊMIO

6.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

8. CARÊNCIA

8.1 O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência e será contado a partir do início de vigência individual.

8.2 O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

8.3 Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

a) Morte decorrente de doença

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

b) Morte decorrente de acidente

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:

- cópia do BO. (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML. (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo

dirigido pelo Segurado;

- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1 Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais. 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.



ZURICH[®]

COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL (AF)

1. OBJETIVO

1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o reembolso das despesas com funeral ou a disponibilização dos serviços de Assistência Funeral, até o limite do Capital Segurado contratado, em caso de falecimento do Segurado, seja decorrente de causa natural ou acidental, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

1.2 Esta Cobertura garante os seguintes itens:

- a) transporte do corpo até o Município da residência, caso o falecimento tenha se dado em Município diverso, incluindo a aquisição de urna funerária padrão standard;
- b) tratamento das formalidades para liberação do corpo;
- c) registro de óbito em cartório, sendo que, se necessário, será solicitado o acompanhamento de um membro da família;
- d) atendimento e organização do funeral;
- e) sepultamento, incluindo o pagamento das respectivas taxas relacionadas ao sepultamento nas modalidades municipal ou particular;
- f) carro funerário: à disposição da família para o transporte do corpo do Segurado desde o local em que estiver até o local do velório e, depois, se for o caso, ao local do sepultamento, desde que dentro do mesmo município;
- g) coroa de flores: à disposição da família, confeccionada com flores da época, incluindo uma faixa de dizeres redigida pela própria família;
- h) ornamentação de urna: à disposição da família, flores da época para o interior da urna;
- i) paramentos: castiçais e velas que acompanham a urna bem como os aparelhos de ozona;
- j) cremação; e
- k) locação de jazigo por um período de até 3 (três) anos, a contar da data do evento, dependendo da disponibilidade do local (onde existir este serviço no município de moradia habitual do Segurado, sendo o seu valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do Município).

1.3 O beneficiário poderá optar por prestadores de serviço à sua livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo reembolsado pelas despesas efetuadas até o limite máximo do capital segurado.

2. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

2.1 Os serviços de Assistência Funeral serão executados exclusivamente por uma rede de prestadores de serviços contratada pela Seguradora, por meio de contato por um telefone gratuito, disponível 24 (vinte e quatro) horas.

2.1.1 Em caso de impossibilidade de contato, por qualquer razão, e/ou na impossibilidade da utilização da rede de serviços autorizada, poderão ser utilizados prestadores de serviço à livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo o reembolso efetivado pelas

despesas relacionadas à realização do funeral até o limite máximo do capital segurado contratado.

2.2 A opção pela prestação de serviços de Assistência Funeral faz cessar o direito a qualquer reembolso ou Indenização de quaisquer despesas.

2.3 A rede de prestadores de serviço credenciada poderá ser alterada a qualquer momento pela Seguradora.

2.4 O meio de traslado do corpo será decidido pela prestadora de serviços. Havendo discordância do meio escolhido, a prestadora de serviços somente arcará com o valor que gastaria pelo meio escolhido por ela.

2.5 Fica estabelecido que os serviços garantidos pelo seguro não poderão ser prestados nos municípios em que a legislação não permita que a Seguradora ou seus prestadores de serviço intervenham para a realização do funeral. Neste caso, o responsável pelo pagamento das despesas com funeral terá direito ao reembolso das despesas, até o limite estabelecido contratualmente para esta Cobertura, se a cobertura for devida.

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) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- d) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- e) Atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro. Atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores;
- f) Doenças preexistentes de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de contratação ou proposta de adesão;
- g) Suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Representante de Seguros. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado.



ZURICH[®]

3.1.1 Além dos riscos excluídos no item 3.1 anterior, estão excluídos de coberturas as despesas decorrentes de:

- a) roupas em geral;
- b) anúncio em rádio ou jornal;
- c) missa de 7º (sétimo) dia ou contratação de religioso para conduzir o culto;
- d) xerox da documentação;
- e) café, bebidas e refeições em geral;
- f) compra de jazigo;
- g) confecção de gaveta em túmulo de terceiro;
- h) lápides e/ou gravações;
- i) cruzeiros;
- j) reforma em geral no jazigo;
- k) exumação de corpo em jazigo da família;
- l) custo de capela e sepultamento superior aos praticados pelo Município;
- m) necromaqueamento;
- n) as técnicas de preservação (tanatopraxia e embalsamamento), somente terão seus custos cobertos em caso de traslado aéreo do corpo, deduzindo esta despesa do padrão desta assistência;
- o) qualquer natureza que não estejam relacionadas diretamente com o funeral ou não previstas nesta Cobertura, ou superiores ao Capital Segurado contratado;
- p) passagem aérea para familiar e/ou beneficiário para liberação ou acompanhamento do funeral;
- q) transporte urbano para deslocamento de acompanhantes e familiares ao cortejo do funeral;

3.2 Caso a opção seja pela prestação de serviços de assistência funeral, não serão reembolsadas quaisquer despesas providenciadas diretamente pela família e não autorizadas pela prestadora de serviços, mesmo que indicadas inicialmente como cobertas pela presente assistência.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar no respectivo Bilhete de Seguro

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

5. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

5.1 Além das hipóteses previstas nos itens destas Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

5.1.1 Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado ;
- c) com o pagamento da Indenização em caso de falecimento do Segurado.

6. PRÊMIO

6.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

8. CARÊNCIA

8.1 O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência e será contado a partir do início de vigência individual.

8.2 O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

8.3 Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1 Se a opção for pela prestação de serviços, os familiares deverão entrar em contato imediatamente com a Central de Atendimento 24 horas, no Brasil em chamada gratuita, ou no exterior em chamada a cobrar, conforme mencionado contratualmente, fornecendo todas as informações necessárias para a definição do serviço a ser prestado.

9.2 O pagamento do Capital Segurado relativo à presente Cobertura não caracteriza a obrigação da Seguradora de pagar o Capital Segurado estabelecido para quaisquer outras Coberturas eventualmente contratadas.

9.3 Se a opção for pelo reembolso das despesas com funeral, para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

a) Morte decorrente de doença

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- notas fiscais e recibos originais das despesas com funeral;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência



ZURICH[®]

- do Sinistro, cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

b) Morte decorrente de acidente

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:

- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1 Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Bilhete de Seguro. 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.



ZURICH[®]

COBERTURA DE CESTA BÁSICA POR MORTE (CBM)

1. OBJETIVO

- 1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) ou ao próprio Segurado, o pagamento de Indenização, em decorrência de morte do segurado, a título de auxílio-alimentação, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**
- 1.2 Esta Cobertura somente será devida se caracteriza a Cobertura de Morte.
- 1.3 O pagamento da indenização ao beneficiário será efetuado em espécie, podendo optar ainda pelo pagamento da indenização dentre as opções a seguir:
- a) por intermédio de fornecimento de cesta(s) de alimentos;
 - b) pelo crédito em cartão magnético.

2. DEFINIÇÃO

- 2.1 **Acidente Pessoal:** para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

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) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;
 - d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Representante de Seguros. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
 - e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Representante de Seguros;



ZURICH[®]

- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- i) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- j) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- k) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- l) Competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;
- m) Doenças, acidente ou lesões preexistentes à inclusão do Segurado, não declaradas na proposta de adesão, e que sejam de seu conhecimento.

3.2 Na hipótese, da contratação da Cobertura de Cesta Básica, conjuntamente com a Cobertura de Morte Acidental e/ou da Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados acima e dos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- b) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- d) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- e) Acidente Vascular Cerebral;
- f) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- g) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
- h) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto.

3.3 Na hipótese, da contratação da Cobertura de Cesta Básica, conjuntamente com a Cobertura de Morte ou Morte Acidental com a Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, estão excluídos os eventos apresentados nos itens 3.1 e 3.2.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Bilhetes de Seguro.
- 4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado no caso de Morte natural e a data da ocorrência do acidente, no caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

- 5.1 Além das hipóteses previstas nos itens destas Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

5.1.1 Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado ;
- c) com o pagamento da Indenização em caso de falecimento do Segurado.

6. PRÊMIO

- 6.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

8. CARÊNCIA

- 8.1 O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência e será contado a partir do início de vigência individual.

- 8.2 O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

- 8.3 Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

9. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE ENTREGA DE GÊNEROS ALIMENTÍCIOS

- 9.1 Em caso de Evento Coberto, se a opção for entrega de cestas de alimentos, estas serão entregues ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), de acordo com o valor referencial e periodicidade estabelecidos contratualmente.

- 9.1.1 O valor referencial abrangerá a seguinte composição: gêneros alimentícios e embalagem para transporte. O frete para entrega da cesta básica não fará parte do valor

referencial.

9.2 A composição da cesta de alimentos poderá ser alterada em consequência da oferta de mercado e/ou oscilações de preço. Por este motivo, os itens poderão ser substituídos em quantidade ou marca e/ou excluídos para manter o limite referencial de valor.

9.2.1 As cestas de alimentos serão entregues pela prestadora de serviços credenciada na data e local indicados pelo Segurado ou pelo(s) Beneficiário(s).

9.2.2 Não haverá reembolso por produtos adquiridos diretamente pelo Segurado ou pelo(s) Beneficiário(s).

10. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE CRÉDITO EM CARTÃO MAGNÉTICO

10.1 Em caso de Evento Coberto, se a opção for pelo pagamento da Indenização por intermédio de crédito em cartão magnético destinado para tal fim, a Seguradora ou prestador de serviços por ela autorizado fornecerá cartão magnético e senha para utilização nos estabelecimentos credenciados.

10.2 Os créditos serão efetuados nos valores e periodicidade estabelecidos contratualmente.

11. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DO PAGAMENTO EM ESPÉCIE

11.1 Em caso de Evento Coberto, se a opção for pelo pagamento da Indenização em espécie, para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

a) Morte decorrente de doença

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
 - formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
 - cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
 - cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
 - cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
 - cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
 - comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
-
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
 - cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

b) Morte decorrente de acidente



ZURICH[®]

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:

- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1 Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais. 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.

COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização em caso de rescisão do Contrato de trabalho do Segurado por parte do empregador, não motivada por justa causa, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

2. ELEGIBILIDADE

2.1. Somente serão considerados elegíveis ao recebimento da Indenização, os Segurados que na data da rescisão involuntária do contrato de trabalho tiverem vínculo empregatício, sujeito exclusivamente ao regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), apresentando período mínimo de 12 (doze) meses ininterruptos de duração do Contrato de Trabalho para o atual empregador.

2.1.1. Para recebimento da Indenização, além do requisito do subitem 2.1. acima, o Segurado deverá permanecer na condição de desempregado pelo período de 90 (noventa) dias correspondentes à Franquia, bem como pelo período adicional estabelecido contratualmente, correspondente ao número de parcelas indenizáveis.

2.1.2. O vínculo empregatício do Segurado deve ser mantido com uma pessoa jurídica, através de Contrato de trabalho formalizado pela Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) e que receba pagamentos periódicos consecutivos, com uma jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais, na data do evento.

2.2. Após um evento de desemprego involuntário indenizado, o Segurado deverá comprovar novo período de 12 (doze) meses de trabalho ininterruptos para um mesmo



ZURICH[®]

empregador para que venha a ser elegível à Indenização de um segundo evento de desemprego involuntário.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) pedido de demissão pelo empregado;
- b) adesão do empregado a programas de demissão voluntária (PDV) ou incentivada e/ou por acordo coletivo de trabalho;
- c) acordo entre empregado e empregador;
- d) dispensa do empregado por justa causa;
- e) jubilação, pensão ou aposentadoria por qualquer causa;
- f) perda de emprego decorrente da falência, concordata e recuperação judicial ou extra judicial do empregador;
- g) prestação de Serviço Militar;
- h) campanhas de demissões em massa. Para fins de aplicação deste seguro, considera-se demissão em massa empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no prazo de seis meses contado a partir do primeiro Sinistro avisado e de um mesmo Representante de Seguros;
- i) extinção automática ou término do Contrato de trabalho, quando o Contrato tiver prazo determinado (Contrato a termo);
- j) dispensa com imediata admissão em empresa seja ela ou não, do mesmo grupo econômico, coligada, filiada, associada, subsidiária e/ou acionista.
- k) Segurados que tenham sido demitidos durante o período de experiência anotado na carteira Profissional;
- l) Proponentes que tenham cargo público com estabilidade;
- m) Militares que sejam exonerados de suas funções;
- n) Proponentes que sejam vinculados ao empregador por contrato de trabalho temporário, provisório ou por prazo determinado; estagiários, aposentados que não estejam exercendo atividade profissional com registro em carteira, pensionistas, autônomos e profissionais liberais.
- o) segurados não considerados elegíveis a indenização, conforme item 2.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Bilhetes de Seguro.

4.1.1. O valor máximo de cada parcela e a quantidade máxima de parcelas indenizáveis, serão estabelecidos no Contrato do Seguro e no Bilhete de Seguros.

4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do desligamento indicada no Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, independentemente do aviso prévio ser cumprido ou indenizado.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional, observado o disposto no subitem 2.2. acima.

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens destas Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

6.1.1. Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado .

7. CARÊNCIA

7.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência e será contado a partir do início de vigência individual.

8. FRANQUIA

8.1. É de até 30 (trinta) dias ininterruptos, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e/ou Bilhete de Seguro Individual, contados a partir da data do desligamento do Segurado junto ao empregador.

9. PRÊMIO

9.1. O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

10.1. Esta Clausula abrange os eventos ocorridos em todo globo terrestre.

11. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia autenticada da Carteira de Trabalho, página da foto e qualificação civil, página do último Contrato de Trabalho, folha posterior ao Contrato (a autenticação deverá ocorrer 31 dias após a data da demissão) e da página que comprove o recebimento do Seguro Desemprego, quando houver; (*)
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;



ZURICH[®]

- Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho homologado no TRT ou Sindicato;
- Autorização de Movimento do Fundo de Cobertura por Tempo de Serviço (FGTS).

(*) Importante: a Seguradora poderá solicitar a atualização mensal destas informações ao Segurado. Nesta hipótese, a não apresentação poderá ensejar a suspensão do pagamento da Indenização.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Bilhete de Seguro. 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.



ZURICH[®]

COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA (ITT)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cláusula, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso da impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado de exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que estiver sob tratamento médico, e desde que seja profissional autônomo e/ou liberal regulamentado, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

2. ELEGIBILIDADE

2.1. Somente terá direito a esta Cobertura o Segurado, profissionais autônomos e liberais regulamentados conforme definido das Condições Gerais.

2.2. Após um evento de Incapacidade Física Total e Temporária indenizado, o Segurado somente estará elegível à Indenização de um segundo evento da mesma Cobertura, após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno a toda e qualquer atividade laborativa.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) Uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) Atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) Doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;
- d) Suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - o início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Representante de Seguros. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- e) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Representante de Seguros;



ZURICH[®]

- f) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;
- h) Procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, e mudança de sexo, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados, excetua esterilização feminina e masculina;
- i) Tratamento clínico ou cirúrgico com finalidade estética ou não e períodos de convalescença a eles relacionados, exceto os que forem restauradores (após acidente pessoal coberto pelo seguro) e os reparadores de cirurgias decorrentes de neoplasias malignas, que sejam necessários para restabelecimento do Segurado;
- j) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
- k) Tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
- l) Doenças degenerativas da coluna vertebral;
- m) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida (SIDA/AIDS);
- n) Doenças crônicas : degenerativas de sistema músculo-esquelético; sistema nervoso, diabetes; glaucoma; aterosclerose arterial de qualquer ordem; aneurismas; doenças psiquiátricas e tumores malignos , mesmo em fase aguda;
- o) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;
- p) Prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da 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;
- q) Eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- r) Eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- s) Eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.
- t) Dorsalgias, radiculopatias, ciática e outras neurites;
- u) Entesopatia;
- v) Entorses, distensões, contusões;
- w) Fraturas de elementos dentários, perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie;
- x) Fraturas patológicas;
- y) Lesões Infra-articulares de joelho;
- z) Lesões ou doenças que não exijam atendimento médico;
- aa) Luxação de Ombro (acrômio – clavicular ou gleno umeral);
- bb) Síndromes compressivas nervosas;
- cc) Diálises e hemodiálises;
- dd) Qualquer tipo de hérnia e suas consequências decorrentes de doenças;



ZURICH[®]

- ee) Gravidez, parto ou aborto e quaisquer complicações ou suas consequências, desde que, não decorrentes de acidentes pessoais;
- ff) As 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 risco coberto;
- gg) Quaisquer tipos de tratamentos ou danos estéticos, incluindo gastroplastia redutora, excetua gastroplastia em casos de síndrome metabólica;
- hh) Internações hospitalares para investigação diagnóstica, espera para a realização de cirurgia, avaliação do estado de sanidade (check-up), repouso ou geriatria;
- ii) Estado de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- jj) Doenças mentais ou psiquiátricas;
- kk) Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que sejam legalmente habilitados.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar no respectivo Bilhete de Seguro
- 4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital segurado a data do afastamento do Segurado de toda e qualquer atividade laborativa.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional, observado o disposto no item 2.2. acima.

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

- 6.1. Além das hipóteses previstas nos itens destas Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:
 - 6.1.1. Para o Segurado:
 - a) simultaneamente, com o cancelamento da presente Cobertura;
 - b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado .

7. PRÊMIO

- 7.1. O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. CARÊNCIA

- 9.1.** O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência e será contado a partir do início de vigência individual.
- 9.2.** O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.
- 9.3.** Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

10. FRANQUIA

- 10.1.** É de até 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e/ou Bilhete de Seguros, contados a partir da data do início da incapacidade total e temporária do Segurado que o impeça de realizar toda e qualquer atividade laborativa.

11. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 11.1.** Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:
- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) segurado;
 - formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
 - Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
 - Declaração médica, constando diagnóstico, tratamento instituído e período de afastamento de toda e qualquer atividade laborativa, justificando o período indicado;
 - Exames médicos complementares realizados;
 - Comprovante de recolhimento do INSS ou Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) - os três últimos anteriores ao afastamento - ou Declaração do imposto de renda ou Carnê Leão - último;
 - Cópia da comprovação contábil/fiscal da atividade profissional nos 3 (três) meses que antecedem ao afastamento.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 12.1.** Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Bilhete de Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, tem função subsidiária.



ZURICH[®]

COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES (DG)

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, após o período de Carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de diagnóstico de doenças devidamente especificadas e caracterizadas nas Condições Gerais e/ou especiais do plano de seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**
- 1.2. Será estabelecido contratualmente e/ou nas Condições Especiais, se a Indenização relativa à presente Cobertura será ou não antecipada do Capital Segurado da Cobertura de Morte, na hipótese de Evento Coberto, quando a sua contratação for conjugada com a Cobertura de Morte.
- 1.3. Somente terá cobertura para o 1º (primeiro) diagnóstico da(s) Doença(s) Grave(s) contratada(s), e desde que o diagnóstico ocorra durante a vigência, respeitados os períodos de franquia e carência.

2. FRANQUIA

- 2.1. O período de franquia poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de 90 (noventa) dias. Durante o período da franquia, o Segurado não terá direito às garantias desta Cobertura na hipótese de ocorrência de seu falecimento em decorrência do mesmo diagnóstico da doença grave verificada, sem prejuízo do cumprimento do prazo de Carência. A contagem do período de até 90 (noventa) dias se iniciará na data do diagnóstico da doença grave.

3. CARÊNCIA

- 3.1. As coberturas de Doenças Graves estão sujeitas a carências, contadas a partir do início de vigência do risco individual ou do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento;
- 3.2. O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.
- 3.3. O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.
- 3.4. O Segurado não terá direito a nenhuma indenização caso a doença coberta ou a doença motivadora de cirurgia coberta ocorra durante o período de carência.
- 3.5. Na renovação do risco individual não será iniciado novo prazo de carência.
- 3.6. Se excluído por qualquer motivo e, sendo novamente aceito no seguro mediante preenchimento de nova Proposta de Adesão, o Segurado deverá cumprir novo período

de carência, salvo expressa menção em contrário estabelecida contratualmente .

3.7. No caso de transferência do grupo segurado de outra Seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os segurados já incluídos no seguro anteriormente, em relação às coberturas e respectivos valores já contratados.

4. DESCRIÇÃO E DEFINIÇÃO DAS DOENÇAS GRAVES COBERTAS

4.1. As Disposições Contratuais deverão estabelecer qual(is) da(s) doença(s) grave(s) a seguir descritas estarão cobertas pelo presente seguro:

4.2. **Acidente Vascular Cerebral (AVC):** Doença caracterizada por diminuição ou interrupção aguda do fluxo sanguíneo encefálico que resulte em morte do tecido encefálico e consequente seqüela 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.

4.2.1. 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 , depois de cumprido o prazo de carência da garantia.

4.3. **Cirurgia da Aorta:** 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.

4.3.1. 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 , depois de cumprido o prazo de carência da garantia.

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

4.4.1. 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 , depois de cumprido o prazo de carência da garantia.

4.5. Cirurgia para Troca de Válvula Cardíaca: 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.

4.5.1. 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 , depois de cumprido o prazo de carência da garantia.

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

4.6.1. 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.

4.6.2. 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.

4.6.3. 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 , depois de cumprido o prazo de carência da cobertura.

4.7. Doença de Parkinson: 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.

4.7.1. 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.

4.7.2. 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.

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

4.8. 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



ZURICH[®]

da bainha de mielina, substância que forma a capa gordurosa que recobre certos nervos.

4.8.1. 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.

4.8.2. 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 , depois de cumprido o prazo de carência da garantia.

4.9. Distrofia Muscular: Diagnóstico definitivo de distrofia muscular, grupo de doenças genéticas caracterizadas pela degeneração progressiva do tecido muscular levando à perda dos movimentos, feito por médico neurologista, 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, **e desde que comprovada a necessidade do auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene.**

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

4.10. 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), e elevação das enzimas cardíacas troponinas e de outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica. 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.

4.10.1. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de infarto agudo do miocárdio e desde



ZURICH[®]

que a doença tenha sido diagnosticada no período de vigência , depois de cumprido o prazo de carência da garantia.

4.11. Insuficiência Renal Terminal (Crônica): Insuficiência renal terminal (crônica) 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.

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

4.12. 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.

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

4.13. 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.

4.13.1. 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 , depois de cumprido o prazo de carência da garantia.

4.14. 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



ZURICH[®]

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).

4.14.1. 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 , depois de cumprido o prazo de carência da cobertura.

4.15. **Câncer**: 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”. Inclui as leucemias e doenças malignas do sistema linfático como a Doença de Hodgkin e todos os demais cânceres, conforme definição, com exceção dos especificados no item 5.1.13. Exame histológico: exame realizado por um médico patologista que, usando o microscópio, analisa uma amostra de tecido de seres vivos, geralmente obtida a partir de biópsia, para estudo das células e pesquisa de características anormais deste tecido que possam corresponder às doenças. Neoplasia intra-epitelial cervical: alterações nas células do colo uterino que são precursoras de câncer.

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

4.16. **Câncer Feminino**: 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”. Inclui as neoplasias malignas amparadas por esta cobertura são exclusivamente: **Mama, Útero e Ovário**. Exame histológico: exame realizado por um médico patologista que, usando o microscópio, analisa uma amostra de tecido de seres vivos, geralmente obtida a partir de biópsia, para estudo das células e pesquisa de características anormais deste tecido que possam corresponder às doenças. Neoplasia intra-epitelial cervical: alterações nas células do colo uterino que são precursoras de câncer.

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

cobertura.

4.17. Todas as Doenças Graves deverão ser comprovadas por meio de resultados de exames complementares apropriados ao caso e aceitos pela comunidade médico científica, e demais documentos estabelecidos no item 12 - Pagamento da Indenização.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Estão expressamente excluídos das coberturas desta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

5.1.1. 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).

5.1.2. Cirurgia da Aorta:

- a) Procedimentos realizados nas ramificações da aorta (o termo aorta inclui as porções torácica e abdominal da artéria aorta, mas não os seus ramos);
- b) Os procedimentos realizados pelo interior do vaso (intra-arteriais) sem abertura do tórax ou abdômen;
- c) Qualquer outro procedimento cirúrgico que não requeira a colocação de um enxerto; e
- d) Cirurgia subsequente a ferimento traumático da artéria aorta.

5.1.3. Cirurgia de Revascularização do Miocárdio com Implante de Ponte Vascular 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.

5.1.4. Cirurgia para Troca de Válvula Cardíaca:

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

5.1.5. Doença de Alzheimer:



ZURICH[®]

- 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.

5.1.6. 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.

5.1.7. Esclerose Múltipla:

- a) O diagnóstico de esclerose múltipla que não se enquadre nos critérios relacionados no item 3.1.7 acima, para caracterização da doença.

5.1.8. Distrofia Muscular:

- a) Doença na fase inicial sem perda funcional comprovada;
- b) Doença não confirmada por exame histológico.

5.1.9. Infarto Agudo do Miocárdio:

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

5.1.10. Insuficiência Renal Terminal (Crônica):

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

5.1.11. 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.

5.1.12. 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 3.1.11. acima.

5.1.13. 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.

5.1.14. 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).

5.1.15. Câncer Feminino:

- a) 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.

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

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar no respectivo Bilhete de Seguro

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

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. Somente na hipótese de contratação de cobertura para mais de um diagnóstico de Doenças Graves, o Capital Segurado relativo a esta Cobertura será reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto. A reintegração nestes casos será total e sem cobrança de Prêmio adicional, exceto quando decorrentes de um mesmo evento.

7.2. Serão consideradas como mesmo evento, as patologias reincidentes e suas consequências e/ou aquelas consideradas agravos clínicos da doença primária, salvo Disposições Contratuais em contrário.

8. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens destas Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado ;
- c) com o pagamento da indenização em caso de falecimento do Segurado;
- d) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado na respectiva Cobertura contratada, que gerou a Indenização;
- e) com o pagamento da garantia de Doenças Graves, quando contratada a cobertura apenas para o 1º (primeiro) diagnóstico, sendo reduzido o Prêmio proporcional a esta garantia a partir da próxima renovação do seguro;
- f) quando o Segurado atingir a idade máxima estabelecida contratualmente; e
- g) Por essa cobertura poder ser uma antecipação da cobertura de morte, neste caso, o pagamento do Capital Segurado relativo a esta cobertura extingue imediata e automaticamente a cobertura para o caso de Morte, bem como o contrato de seguro. Nesta hipótese, os prêmios pagos após a data do evento serão devolvidos e atualizados monetariamente.

9. PRÊMIO

9.1. O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

9.2. Nos casos em que houver cobrança de prêmio adicional, para a cobertura de Doenças Graves - Antecipação, o prêmio do seguro deverá ser cobrado de acordo com o Capital Segurado remanescente, ou seja, sobre a diferença entre o capital Segurado total e o valor do Capital Segurado Antecipado.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

11. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

- a)** formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo médico que atende o Segurado regularmente, e pelo próprio Segurado ou seu representante;
- b)** formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- c)** cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- d)** cópia da Ficha de Registro do empregado, , cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- e)** cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, , cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- f)** cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária; e
- g)** cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

11.2. Documentos complementares de acordo com a Doença Grave diagnosticada:

11.2.1. 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.

11.2.2. 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.

11.2.3. 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;



ZURICH[®]

- 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.

11.2.4. 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.

11.2.5. 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.

11.2.6. 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.

11.2.7. 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 líquor (líquido cefalorraquidiano);
- c) Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar.

11.2.8. Em caso de Distrofia Muscular:

- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico neurologista 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;
- c) Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar.

11.2.9. 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 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.

11.2.10. Em caso de Insuficiência Renal Terminal (Crônica):

- 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 (crônica);
- 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.

11.2.11. 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.

11.2.12. Em caso de Transplante de Órgão:



ZURICH[®]

- 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.

11.2.13. 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.

11.2.14. 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.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. 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.

12.2. Na hipótese em que Capital Segurado para esta Cobertura for antecipação do Capital Segurado para a Cobertura de Morte, não poderá ser contratada cobertura para mais de um diagnóstico de Doenças Graves.

12.3. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Bilhete de Seguro. 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.



ZURICH[®]

COBERTURA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA (IHAD)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Beneficiário o pagamento de uma indenização, em caso de internação hospitalar do Segurado em decorrência de Acidente Pessoal ou Doença, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

2. CONDIÇÕES DE COBERTURA

2.1. Somente terá direito a esta Cobertura o Segurado, profissionais autônomos e liberais **NÃO** regulamentados, conforme definido nas Condições Gerais, e segurados que não exerçam atividades remuneradas.

2.2. Esta Cobertura cobre a internação hospitalar emergencial por Acidente Pessoal ou Doença, não eletiva, exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, durante a vigência do seguro.

2.3. Após um evento de internação hospitalar emergencial por Acidente Pessoal ou Doença indenizado, o Segurado somente estará elegível à Indenização de um segundo evento da mesma Cobertura, após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno a toda e qualquer atividade laborativa.

2.4. Por não serem consideradas internações hospitalares ou riscos cobertos, não serão reconhecidas as internações ocorridas em:

- Qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de Hospital;
- Instituições para atendimento de deficientes mentais e/ou doentes psiquiátricos, inclusive o departamento psiquiátrico de um hospital geral;
- Clínicas de repouso, asilos e assemelhados e/ou locais de acomodação para idosos;
- Clínicas e/ou locais de tratamento para recuperação de viciados em álcool, drogas e/ou entorpecentes;
- Instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais;
- Casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies;
- Clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou “SPAs”;
- “Home care” (internação domiciliar).

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão excluídos da presente cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes,



ZURICH[®]

experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;



ZURICH[®]

- b) Atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) Toda e qualquer internação hospitalar não emergencial ou eletiva de caráter clínico ou cirúrgico;
- d) Gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos e suas consequências, tratamento para esterilização, fertilização, desde que não decorrentes de acidente pessoal coberto;
- e) Os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;
- f) Suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - Do início de vigência do seguro; ou
 - Da solicitação de aumento de Capital Segurado. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- g) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Credor;
- h) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- i) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente.
- j) Procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, e mudança de sexo, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;
- k) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de Sinistro ocorrido na vigência do seguro;
- l) Cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;
- m) Tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
- n) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
- o) Tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
- p) Doenças degenerativas da coluna vertebral inclusive hérnia discal, com exceção de tratamento cirúrgico;
- q) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida (SIDA/AIDS);



ZURICH[®]

- r) Doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;
- s) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;
- t) Prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da 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;
- u) Eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- v) Eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- w) Eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar no respectivo Bilhete de Seguro.

4.1.1. O Capital Segurado corresponde a cada internação hospitalar do segurado, ou em até 30 (trinta) dias da data de internação, o período que for maior, respeitados o valor máximo de cada parcela e a quantidade máxima de parcelas constantes do Bilhete de Seguro, observados a Carência, Franquia e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis..

4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado a data de internação do Segurado por determinação médica.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura não será reintegrado.

6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

7. CARÊNCIA

7.1. O período de Carência é de 30 (trinta) dias contados a partir do início de vigência, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do seguro.

7.2. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

8. FRANQUIA

8.1. O período de Franquia é de 48 (quarenta e oito) horas ininterruptas por evento, e será contado a partir do momento da hospitalização do Segurado, por determinação médica.

8.2. Internações por período igual ou inferior à franquia não dão direito a indenização.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia simples da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- Cópia simples do comprovante de endereço em nome do segurado (ex. conta de luz, telefone etc.);
- Cópias simples da Comunicação de Acidente de Trabalho (se houver);
- Original da Declaração do Hospital, comprovando causa, data de internação e data de alta médica;
- Cópia do contrato de financiamento, do compromisso financeiro ou da fatura do cartão de crédito;
- Comprovante do saldo devedor ou extrato atualizado da dívida ou compromisso, na data do afastamento do Segurado de toda e qualquer atividade laborativa;
- AUTONOMOS: Comprovante de Registro INSS, Declaração de Imposto de Renda, ou carta de próprio punho declarando suas atividades, assinada com firma reconhecida;
- Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- Cópia simples da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia simples do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- Declaração do segurado com a informação de telefone e de endereço de e-mail, caso houver.

9.2. Importante: a Seguradora poderá solicitar a atualização mensal destas informações ao Segurado. Nesta hipótese, a não apresentação poderá ensejar a suspensão do pagamento da Indenização.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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