

OMINT FOCO
SEGURO DE VIDA
INDIVIDUAL

CONDIÇÕES GERAIS E
ESPECIAIS DO PRODUTO

Omint
SEGUROS

Setembro/2024

CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO.....	8
2. COBERTURAS.....	8
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	10
4. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS.....	11
5. ACEITAÇÃO DO SEGURO	11
6. VIGÊNCIA.....	12
7. RENOVAÇÃO DO SEGURO.....	14
8. CARÊNCIAS.....	14
9. PAGAMENTO DE PRÊMIOS.....	15
10. PERÍODO DE TOLERÂNCIA.....	16
11. MODIFICAÇÃO PARA SEGURO COM VALOR SALDADO	16
12. CAPITAL SEGURADO.....	17
13. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO.....	17
14. OCORRÊNCIA DE SINISTROS.....	18
15. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	19
16. JUNTA MÉDICA.....	20
17. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S).....	21
18. CANCELAMENTO DO SEGURO.....	21
19. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO.....	22
20. PERÍODO DE NÃO CONTESTAÇÃO.....	23
21. MUDANÇA DE SEGURO.....	24
22. DEFINIÇÕES – TERMOS TÉCNICOS.....	24
23. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	32
24. FORO CONTRATUAL.....	32

CONDIÇÕES ESPECIAIS**COBERTURA BÁSICA DE MORTE – COBERTURA TEMPORÁRIA**

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	33
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	33
3. CAPITAL SEGURADO.....	33
4. BENEFICIÁRIO.....	33
5. VIGÊNCIA.....	34
6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	34
7. CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	35

**GARANTIA DE ANTECIPAÇÃO PARCIAL DO CAPITAL SEGURADO
PARA MORTE EM CASO DE DOENÇA TERMINAL**

1. OBJETIVO.....	36
2. DOENÇAS TERMINAIS COBERTAS.....	36
3. CARACTERIZAÇÃO DA DOENÇA TERMINAL.....	37
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	38
5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	38
6. CANCELAMENTO DA GARANTIA.....	38
7. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	39

CONDIÇÕES ESPECIAIS**COBERTURA ADICIONAL DE FUNERAL INDIVIDUAL**

1. OBJETIVO DA COBERTURA	40
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	40
3. CAPITAL SEGURADO.....	40
4. BENEFICIÁRIO.....	40

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	40
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	41
7. DISPOSIÇÕES GERAIS	41

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA ADICIONAL DE FUNERAL FAMILIAR

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	42
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	42
3. CAPITAL SEGURADO.....	42
4. BENEFICIÁRIO.....	42
5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	43
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	43
7. DISPOSIÇÕES GERAIS	43

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA ADICIONAL DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	45
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	45
3. CAPITAL SEGURADO.....	45
4. BENEFICIÁRIO.....	46
5. VIGÊNCIA.....	46
6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	46
7. CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	46
8. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	47

CONDIÇÕES ESPECIAIS**COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE**

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	48
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	53
3. CAPITAL SEGURADO.....	54
4. VIGÊNCIA.....	54
5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	54
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	55
7. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	55

CONDIÇÕES ESPECIAIS**COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE MAJORADA**

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	56
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	57
3. CAPITAL SEGURADO.....	57
4. VIGÊNCIA.....	57
5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	57
6. CANCELAMENTO	58
7. DISPOSIÇÕES GERAIS	58

CONDIÇÕES ESPECIAIS**COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES**

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	59
2. CARÊNCIA.....	59
3. DOENÇAS GRAVES E PROCEDIMENTOS MÉDICOS COBERTOS.....	59
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	62

5. CAPITAL SEGURADO.....	62
6. VIGÊNCIA.....	62
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	62
8. CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	63
9. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	63

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES AMPLIADA

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	64
2. CARÊNCIA.....	64
3. DOENÇAS GRAVES E PROCEDIMENTOS MÉDICOS COBERTOS.....	64
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	68
5. CAPITAL SEGURADO	68
6. VIGÊNCIA	68
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	68
8. CANCELAMENTO DA COBERTURA	69
9. DISPOSIÇÕES GERAIS	69

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	70
2. CARÊNCIA.....	70
3. FRANQUIA.....	70
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	71
5. CAPITAL SEGURADO - DIÁRIA SEGURADA.....	72
6. VIGÊNCIA.....	72
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	72
8. CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	73
9. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	73

CONDIÇÕES ESPECIAIS
COBERTURA ADICIONAL DE JAZIGO

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	74
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	74
3. CAPITAL SEGURADO.....	74
4. VIGÊNCIA.....	74
5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	74
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	75
7. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	75

CONDIÇÕES GERAIS

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

1. OBJETIVO DO SEGURO

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

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

2. COBERTURAS

2.1. As coberturas passíveis de contratação para este seguro dividem-se entre Cobertura Básica e Coberturas Adicionais, sendo obrigatória a contratação da Cobertura Básica **Morte – Cobertura Temporária (MT)** para efetivação deste seguro e acesso à contratação das Coberturas Adicionais abaixo mencionadas, respeitadas as conjugações oferecidas pela OMINT Seguros, regulamentações vigentes na data da contratação e os riscos excluídos destas Condições Gerais e das respectivas Condições Especiais.

A composição das Coberturas e o valor do prêmio poderão ser alterados para adequação ao resultado da análise de risco realizada pela Seguradora, mediante autorização prévia e expressa do Proponente, na Proposta de Contratação ou outro meio apropriado. as coberturas deste seguro estão abaixo discriminadas:

COBERTURAS BÁSICAS

- Morte – Cobertura Temporária (MT)

COBERTURAS ADICIONAIS

- Funeral Individual (FI)
- Funeral Familiar (FF)
- Jazigo (J)
- Morte Acidental (MA)
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada (IPA-Maj)
- Doenças Graves (DG)
- Doenças Graves Ampliada (DGA)
- Diária de Internação Hospitalar (DIH)

2.2. As coberturas Morte – Cobertura Temporária, Funeral Individual, Funeral Familiar e Jazigo estão estruturadas no Regime Financeiro de Capitalização, estrutura técnica em que os Prêmios são determinados de modo a gerar receitas capazes de, capitalizadas durante o período de cobertura, produzir montantes equivalentes aos valores atuais dos Capitais Segurados a serem pagos no respectivo período.

2.3. Por sua vez, as Coberturas Morte Acidental, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada, Doenças Graves, Doenças Graves Ampliada e Diária de Internação Hospitalar estão estruturadas no Regime Financeiro de Repartição Simples e, por este motivo, não está prevista a devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado, ao Beneficiário ou ao Responsável pelo Pagamento, uma vez que cada Prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações no período de Cobertura.

2.4. A cobertura básica de Morte – Cobertura Temporária, incluindo a garantia de Antecipação Parcial do Capital Segurado da Cobertura de Morte em caso de Doença Terminal compõe um único módulo, e sua contratação é obrigatória.

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

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

2.7. A contratação das Coberturas Adicionais está condicionada à prévia contratação da Cobertura Básica de Morte – Cobertura Temporária

2.8. As coberturas Adicionais de Doenças Graves e Doenças Graves Ampliada não poderão ser contratadas simultaneamente.

2.9. A cobertura Adicional de Jazigo somente poderá ser contratada em conjunto com as Coberturas Adicionais de Funeral Individual ou Funeral Familiar.

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

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

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

contratadas.

2.13. As Coberturas contratadas pelo Segurado constarão da Apólice.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) de doenças ou lesões preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Contratação, observado o que dispõem as Cláusulas 19 (Perda de Direito à Indenização) e 20 (Período de Não Contestação);**
- b) direta ou indireta, resultantes de, ou para os quais tenham contribuído radiações ionizantes de contaminação pela radioatividade de qualquer combustível nuclear, ou de resíduo nuclear, resultante de combustão de material nuclear, bem como os, direta ou indiretamente, causados por armas nucleares, ficando ainda entendido que, para fins desta exclusão a palavra combustão abrangerá qualquer processo auto sustentador de fusão nuclear;**
- c) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, rebelião, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública ou delas decorrentes, greves, tumultos, motins, "lock-out", exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio a outrem;**
- d) de eventos provocados por epidemia ou pandemia declaradas por órgão competente;**
- e) de lesão intencionalmente auto infligida, suicídio ou sua tentativa, independente da sanidade mental do segurado, ocorrido nos primeiros 2 (dois) anos contados a partir da data de início da vigência do seguro;**
- f) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto nos casos de utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- g) de danos sofridos em decorrência de fenômenos da natureza, de caráter extraordinário, tais como inundações, terremotos, erupções vulcânicas, tempestade ciclônica atípica, furacões, maremotos, quedas de corpos siderais, meteoritos ou quaisquer cataclismos decorrentes de catástrofes naturais ou calamidade pública;**
- h) de perturbações e intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;**
- j) direta ou indiretamente de ato terrorista, cabendo à OMINT Seguros comprovar com toda documentação hábil, acompanhada de laudo que caracterize a natureza do atentado,**

independentemente do seu propósito, desde que tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade competente;

- k) de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Responsável pelo Pagamento, pelo(s) Beneficiário(s) ou pelo representante legal, de um ou de outro;
- l) de acidentes em que o Segurado, na condição de condutor de veículos ou equipamentos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares, que requeiram aptidão, não possua habilitação legal para tanto;
- m) de toda e qualquer consequência resultante de morte ou lesões causadas, direta ou indiretamente por atividades criminosas ou dolosas do Segurado, bem como aqueles provocados por atos, ação ou omissão do Segurado, causados por má fé;
- n) de gastos com funeral, urna ou cerimônia fúnebre, exceto se contratada a Cobertura Básica de Funeral Individual ou Funeral Familiar; e
- o) de despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros, exceto se contratada a Cobertura Adicional de Jazigo.

4. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS

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

5. ACEITAÇÃO DO SEGURO

5.1. A idade mínima para contratação do Seguro é de 18 (dezoito) anos e a idade máxima é de 70 (setenta) anos.

5.2. O presente seguro será contratado ou alterado mediante Proposta de Contratação, preenchida e assinada pelo Proponente, seu representante ou corretor de seguros habilitado, documento este que conterá os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco. A Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividade – DPSA – é parte integrante da Proposta de Contratação e deverá ser preenchida e assinada pelo Proponente, ficando a sua dispensa a critério da OMINT.

5.3. No caso de seguro sobre a vida de outros, o Responsável pelo Pagamento será obrigado a declarar o seu interesse pela preservação da vida do Segurado.

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

5.5. Para avaliação do risco, além da Proposta de Contratação e Declaração Pessoal de Saúde

e Atividade, a Seguradora poderá sugerir, opcionalmente, ao Proponente a realização de exames médicos ou paramédicos e/ou laboratoriais solicitados e/ou oferecidos, o que determinará os termos da aplicação da Cláusula 20 (Período de Não Contestação).

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

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

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

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

5.10. A emissão da Apólice de Seguro será feita em até 15 (quinze) dias corridos, a partir da data de aceitação da Proposta de Contratação.

6. VIGÊNCIA

6.1. A apólice estará vigente enquanto a Cobertura Básica Morte – Cobertura Temporária estiver ativa, e desde que sejam pagos os Prêmios referentes ao prazo de pagamento previamente escolhido pelo Segurado, observadas a Cláusula 18 (Cancelamento) e as hipóteses de cancelamento de cada uma das Coberturas, conforme definido nas respectivas Condições Especiais.

6.2. O início de Vigência da Apólice será a data do recebimento, pela Seguradora, da Proposta de Contratação de Seguro de Vida devidamente preenchida e assinada, com o comprovante de pagamento da antecipação do primeiro Prêmio, respeitado o disposto na Cláusula 5 (Aceitação do Seguro) destas Condições.

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

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

Contratação pela Seguradora.

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

6.6. A vigência deste seguro é temporária, conforme as opções e o limite de idade a seguir:

	Coberturas	Prazo de Pagamento	Limite de Idade
BÁSICA	Morte – Cobertura Temporária	10, 15, 20 ou 30 anos	Desde que o período de vigência não ultrapasse o limite máximo de 80 anos de idade.
ADICIONAIS	Funeral Individual	10, 15, 20 ou 30 anos	Desde que o período de vigência não ultrapasse o limite máximo de 75 anos de idade.
	Funeral Familiar		
	Jazigo		
	Morte Acidental		
	Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente		
	Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada	5 anos	Desde que o período de vigência não ultrapasse o limite máximo de 70 anos de idade
	Doenças Graves		
	Doenças Graves Ampliada		
	Diária de Internação Hospitalar	5 anos	

6.7. A Cobertura Básica Morte – Cobertura Temporária será automaticamente cancelada quando o Segurado completar 80 (oitenta) anos.

6.8. As Coberturas Adicionais Funeral Individual, Funeral Familiar, Jazigo, Morte Acidental, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada serão automaticamente canceladas quando o Segurado completar 75 (setenta e cinco) anos.

6.9. As Coberturas Adicionais de Doenças Graves, Doenças Graves Ampliada e Diária de Internação Hospitalar serão automaticamente canceladas quando o Segurado completar 70 (setenta) anos.

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

6.11. O término de Vigência das Coberturas Adicionais poderá não coincidir com o final de Vigência da Cobertura Básica.

6.12. Este seguro poderá ser alterado durante sua Vigência para Seguro com Valor Saldado,

por solicitação do Segurado, seu representante ou por corretor de seguros habilitado, mediante preenchimento de formulário específico, desde que respeitados os limites mínimos de Capital Segurado e prazo de Vigência do seguro, estabelecidos na Apólice, bem como atendidas as condições estabelecida na Cláusulas 11 abaixo prevista.

7. RENOVAÇÃO DO SEGURO

7.1. Na hipótese de contratação da cobertura básica de Morte-Cobertura Temporária pelo prazo de pagamento de 10 (dez) ou 15 (quinze) anos, o presente seguro poderá ser renovado para novo seguro temporário com o mesmo prazo de pagamento, desde que a nova vigência não ultrapasse o limite máximo de idade de 80 (oitenta) anos do Segurado.

7.2. A primeira renovação é automática e sem, necessariamente, a realização de nova análise de risco. É facultado ao Segurado ou à Seguradora optar pela não renovação deste seguro, desde que manifeste tal intenção com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do término de vigência.

7.3. As coberturas adicionais Doenças Graves, Doenças Graves Ampliada, Diária de Internação Hospitalar poderão ser renovadas automaticamente, pelo mesmo período da contratação originária, salvo se a Omint Seguros ou o Segurado, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, comunicar por escrito o desinteresse pela Renovação.

7.4. A Renovação automática das Coberturas Adicionais acima citadas só poderá ocorrer uma única vez, devendo as renovações posteriores serem feitas obrigatoriamente de forma expressa.

7.5. No momento da renovação, os prêmios do seguro terão reajuste em decorrência da mudança de idade do Segurado e consequente aumento do risco, com a finalidade de manter o equilíbrio atuarial, financeiro e econômico do plano, na forma da lei.

8. CARÊNCIAS

8.1. Não haverá prazo de carência para a Cobertura Básica, tampouco para as Coberturas Adicionais de Funeral Individual, Funeral Familiar, Morte Acidental, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada e Jazigo.

8.2. Para as Coberturas Adicionais de Doenças Graves, Doenças Graves Ampliada e Diária de Internação Hospitalar, haverá período de carência de 90 (noventa) dias, contados a partir do início de vigência da Cobertura.

8.3. Na Cobertura Adicional de Doenças Graves Ampliada, especificamente para a doença "Esclerose Múltipla", haverá carência de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do início de vigência da Cobertura.

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

9. PAGAMENTO DE PRÊMIOS

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

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

9.3. O Segurado poderá optar pelos seguintes períodos de pagamento de prêmio, sempre respeitados os limites de idade e de vigência previstos na cláusula 6.6:

- a) Por 10 anos;
- b) Por 15 anos
- c) Por 20 anos;
- d) Por 30 anos;

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

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

9.6. Servirão de comprovante de pagamento do Prêmio:

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

9.7. Caso o Responsável pelo Pagamento opte pelo débito em conta corrente ou cartão de crédito, na hipótese de cancelamento, por qualquer motivo, da conta corrente ou do cartão de crédito em que ocorria o débito, sem notificação prévia, automaticamente será estabelecida a cobrança por meio de boleto bancário.

9.8. A qualquer tempo, o Responsável pelo Pagamento poderá solicitar à Central de Atendimento a alteração do meio de cobrança.

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

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

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

10. PERÍODO DE TOLERÂNCIA

10.1. Para efeito deste seguro, será adotado o Período de Tolerância de 60 (sessenta) dias, período durante o qual a falta de pagamento do Prêmio não ensejará o imediato cancelamento do seguro.

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

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

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

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

a) as Coberturas Morte Acidental, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada, Doenças Graves, Doenças Graves Ampliada e Diária de Internação Hospitalar serão automaticamente canceladas, sem que seja devida ao Segurado, a seus Beneficiários ou ao Responsável pelo Pagamento a percepção proporcional de qualquer indenização ou devolução dos Prêmios pagos;

b) em relação às Coberturas Morte – Cobertura Temporária, Funeral Individual, Funeral Familiar e Jazigo a Apólice será suspensa conforme previsto na Cláusula 11 abaixo.

10.5. A Reserva técnica continuará sendo constituída normalmente durante o Período de Tolerância.

11. MODIFICAÇÃO PARA SEGURO COM VALOR SALDADO

11.1. O Responsável pelo Pagamento poderá, a partir do 25º (vigésimo quinto) mês da emissão da Apólice, desde que o seguro esteja com os Prêmios pagos em dia e durante o período de pagamento dos Prêmios, solicitar a mudança do seguro original para Seguro com Valor Saldado, para a Cobertura **Básica Morte – Cobertura Temporária e para as Coberturas Adicionais Funeral Individual, Funeral Familiar e Jazigo**, caso contratadas, interrompendo o pagamento dos Prêmios a vencer e mantendo-se o direito à percepção de tais Coberturas, pelo período de vigência original, com o valor do Capital Segurado de cada Cobertura devidamente reduzido na data de solicitação da modificação, respeitado o Capital Segurado mínimo estipulado pela Seguradora e observado o disposto na Cláusula 11.4. A solicitação de modificação para Seguro com Valor Saldado deve ser feita em formulário apropriado.

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

11.3. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para analisar a solicitação de modificação para

Seguro com Valor Saldado, a partir da data do seu recebimento. Caso a mudança para Seguro com Valor Saldado não seja possível, a Seguradora comunicará ao Responsável pelo Pagamento, por meio de correspondência, mantendo as coberturas e regras dispostas nestas Condições Contratuais.

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

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

12. CAPITAL SEGURADO

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

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

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

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

12.5 A aceitação da alteração de Capital Segurado estará sujeita à análise de risco, conforme previsto na Cláusula 5 destas Condições Gerais. A alteração somente produzirá efeito a partir da formalização da aceitação da referida solicitação.

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

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

13. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO

13.1. O Capital Segurado contratado pelo Segurado e, por consequência, o respectivo Prêmio serão atualizados monetariamente a cada aniversário da Apólice com base na variação acumulada do índice indicado no item 13.3 destas Condições Gerais, contados a partir do 3º (terceiro) mês anterior ao da última atualização anual.

13.2. Quando houver pagamento de prêmio em periodicidade anual, os Capitais Segurados

pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo índice previsto no item 13.3 desde a data da última atualização até a data de ocorrência do respectivo Evento Coberto, sendo que, nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

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

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

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

14. OCORRÊNCIA DE SINISTROS

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

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

14.3. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para finalização da regulação do sinistro e pagamento do Capital Segurado eventualmente devido, contados a partir do recebimento pela Seguradora de toda documentação básica constante da Cláusula 15 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro), além daqueles indicados nas Condições Especiais de cada cobertura contratada, bem como de todos os demais que se fizerem necessários e pertinentes à liquidação do sinistro.

14.4. Em caso de dúvida fundada e justificável, a OMINT Seguros poderá solicitar ao(s) Beneficiários(s) ou ao Segurado outros documentos, além daqueles estabelecidos na Cláusula 15 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) e seus subitens, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo mencionado no item 14.3 desta cláusula será suspenso, voltando a correr a partir do primeiro dia útil subsequente ao recebimento pela OMINT Seguros dos documentos e informações complementares.

14.5. Não respeitado o prazo previsto no item 14.3 desta cláusula, os valores das obrigações pecuniárias devidas serão acrescidos de juros moratórios e atualização monetária, conforme definido nos subitens 14.6 e 14.7 desta cláusula, aplicados a partir da data de ocorrência do sinistro, independentemente de notificação ou interpelação judicial.

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

14.7. As indenizações estarão sujeitas à atualização monetária pela variação positiva do índice

estabelecido no item 13.3 destas Condições Gerais, a partir da data do evento até a data do efetivo pagamento.

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

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

14.10. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e os documentos necessários serão de responsabilidade do Segurado e/ou Beneficiário(s), salvo as diretamente realizadas pela OMINT Seguros.

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

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

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

15. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

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

15.1.1. Para qualquer sinistro:

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

- a) Formulário de Aviso de Sinistro;
- b) Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização/Reembolso de Despesas;
- c) Declaração de Únicos Herdeiros, na hipótese de inexistir indicação de Beneficiário, nos termos do item 17.2 da Cláusula 17 (Designação e Alteração de Beneficiários).

15.1.2. Documentos do Segurado (cópias autenticadas):

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

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

- a) Carteira de Identidade (RG);
- b) CPF;
- c) Comprovante de residência (data recente);
- d) Certidão de Nascimento (se solteiro) ou Certidão de Casamento emitida após o óbito do Segurado;
- e) Em caso de companheiro(a), além dos documentos indicados acima, providenciar:
 - i. Cópia da anotação na Carteira de Trabalho; ou
 - ii. Comprovante de Dependente do INSS ou no Imposto de Renda; ou
 - iii. Declaração de União Estável registrada em cartório pelo Segurado, com data anterior à ocorrência do sinistro, com declaração de duas testemunhas atestando que o Segurado vivia maritalmente, especificando data e se deixou filhos, com assinatura reconhecida em cartório.
- f) Termo de Curatela, no caso de Beneficiário(s) incapaz(es).

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

- a) Carteira de Identidade (RG);
- b) Certidão de Nascimento (se solteiro) ou Certidão de Casamento emitida após o óbito do Segurado;
- c) Termo de Curatela, no caso de Beneficiário(s) incapaz;
- d) Termo de Tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de Beneficiário(s) menor(es), órfão(s) de pai e mãe.

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

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

16. JUNTA MÉDICA

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

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

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

17. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S)

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

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

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

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

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

17.6. Se a OMINT Seguros não for cientificada até o período estabelecido no item 17.5 desta cláusula, quanto à substituição de Beneficiário(s), desobrigar-se-á, pagando o Capital Segurado ao antigo Beneficiário.

17.7. Em caso de indicação de pessoa jurídica como Beneficiária do seguro, deverá ser comprovado o legítimo interesse para que ela figure nessa condição.

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

18. CANCELAMENTO DO SEGURO

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

- a) por falta de pagamento de parcela do prêmio, após o prazo disposto no item 10.1 destas Condições Gerais;
- b) automaticamente, com a morte do Segurado durante a vigência do Seguro;
- c) mediante solicitação do Segurado à Omint Seguros, hipótese em que não haverá qualquer devolução de valores;
- d) pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais ou das Condições Especiais;
- e) se houver dolo, culpa grave, prática de fraude, consumada ou tentada, por parte do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato.

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

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

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

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

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

19. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

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

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

a) na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

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

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

c) na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o seguro após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de Prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu

valor a diferença de Prêmio cabível.

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

- a) tentativa de um ou de outro de impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências necessárias para resguardar os direitos da Seguradora;
- b) inobservância da Lei ou das obrigações convencionadas nestas condições;
- c) prática de dolo, fraude ou sua tentativa, simulação para obter ou majorar a indenização ou, ainda, se o Segurado, Responsável pelo Pagamento ou o Beneficiário tentarem obter vantagem indevida com o sinistro.

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

19.5. O Segurado é obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o Risco Coberto, sob pena de perder o direito à indenização se for provado que silenciou de má-fé. Recebido o aviso de agravação do risco, sem culpa do Segurado, a Seguradora poderá:

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

19.6. Devido à estruturação técnica deste seguro, a Seguradora não utilizará a informação de agravamento de Risco Coberto para alterar direitos e deveres ora previstos nestas Condições Gerais e Especiais, incluindo a decisão de cancelar o seguro, restringir a cobertura ou cobrar a diferença de Prêmio.

20. PERÍODO DE NÃO CONTESTAÇÃO

20.1. A Seguradora não poderá contestar o pagamento do Capital Segurado em casos de Doenças ou Lesões Preexistentes do Segurado, desde que respeitadas as regras estabelecidas na Cláusula 19 (Perda de Direito à Indenização) e se, na data do evento, os seguintes prazos, aplicáveis conforme a hipótese, já tiverem decorrido:

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

solicitados e/ou oferecidos, opcionalmente, pela Seguradora, por ocasião da análise da Proposta de Contratação.

21. MUDANÇA DE SEGURO

212.1. O Segurado poderá solicitar a mudança de sua Apólice de Seguro de Vida Temporário para uma Apólice de Seguro de Vida com cobertura vitalícia oferecido e comercializado pela seguradora à época da mudança, a partir do 25º (vigésimo quinto) mês da emissão da Apólice e desde que o seguro esteja em vigor e com os prêmios pagos em dia, respeitando os valores mínimos estabelecidos de Capital Segurado e Prêmio. A requisição de mudança deve ser feita por escrito, antes da ocorrência de um Sinistro.

21.2. Para esta Mudança de Seguro, o Segurado fica dispensado de apresentar nova Declaração de Saúde e de realizar novos exames, desde que a solicitação ocorra até a metade do período de vigência da Morte – Cobertura Temporária, originalmente contratada.

21.3. Recebido o requerimento, a seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias corridos para se manifestar sobre a aceitação da mudança para outro seguro, cujo capital segurado não poderá exceder o Capital segurado deste seguro, vigente na época da mudança.

21.4. A mudança de seguro só poderá ser feita antes de o segurado completar 60 (sessenta) anos de idade.

21.5. A Cobertura Morte - Cobertura Vitalícia será calculada com base na idade em que o segurado solicitar a mudança de seguro.

21.6. O novo seguro terá início de vigência na data em que a Seguradora aceitar a mudança. Entretanto, o período de não contestação não terá novo início, mantendo-se o mesmo da apólice original, ou seja, não será contado novo Período de Não Contestação.

21.7. As Coberturas Adicionais inicialmente contratadas permanecerão na apólice original se a mudança não for de 100% (cem por cento) do Capital Segurado, respeitando os limites mínimos de Capitais Segurados para manter as demais coberturas a apólice original ativa.

21.8. Caso a Mudança de Seguro utilize 100% (cem por cento) do Capital Segurado da Morte - Cobertura Temporária, as Coberturas Adicionais serão canceladas.

22. DEFINIÇÕES – TERMOS TÉCNICOS

Ficam a seguir definidos os termos técnicos utilizados neste contrato:

Acidente Pessoal: evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se:

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

Não se incluem no conceito de Acidente Pessoal:

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

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

Apólice de Seguro: Documento emitido pela Omint Seguros, por qualquer meio que se possa comprovar, físico ou por meios remotos, nos termos da regulamentação específica, formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente.

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

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

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

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

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

Cancelamento: resolução antecipada do contrato de seguro.

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

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

Carregamento: importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

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

Coberturas de risco: coberturas de seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada.

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

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

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

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

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

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

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

Declaração Médica: documento elaborado na forma de relatório ou similar, no qual o médico-

assistente ou algum outro médico escolhido pelo Segurado ou pelos Beneficiários emite sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

Declaração Pessoal de Saúde e Atividade: conjunto de informações fornecidas pelo Proponente à Seguradora sobre suas condições de saúde, seu histórico médico familiar e suas atividades, na data da assinatura do referido documento, que configura parte integrante da Proposta de Contratação, responsabilizando-se o Proponente/Segurado pela veracidade e integralidade das informações prestadas.

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

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

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

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

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

Garantia: designação utilizada para definir as demais responsabilidades assumidas pela Seguradora no âmbito da Cobertura Básica de Morte – Cobertura Temporária, correspondente à Antecipação Parcial da Cobertura de Morte em caso de Doença Terminal.

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

Início de Vigência: data a partir da qual a(s) cobertura(s) contratada(s) será(ão) garantida(s) pela Seguradora.

Médico Assistente: profissional legalmente licenciado para a prática da medicina e que seja o responsável pelo tratamento de uma pessoa ou que esteja emitindo documentos médicos (relatórios, atestados, declarações etc.) para quem interessar, sob autorização do paciente. Não serão aceitos como médico assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nesses casos nenhuma indenização por parte da OMINT Seguros.

Nota técnica atuarial: documento elaborado por atuário, que contém a estruturação técnica do plano de seguro, mantendo estreita relação com as condições contratuais.

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

Período de Não Contestação: período durante o qual a Seguradora não poderá alegar Doença ou Lesão Preexistente para contestar o pagamento da Indenização, observadas as regras estabelecidas no tocante a declarações inexatas e omissões.

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

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

Processo SUSEP: é o número de registro do produto junto à Susep (Superintendência de Seguros Privados), a ser comercializado pela OMINT SEGUROS.

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

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

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

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

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

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

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

Reserva técnica: característica dos seguros de pessoas com coberturas de risco no regime financeiro de capitalização atuarial que considera probabilidades, variáveis biométricas (mortalidade, morbidade, invalidez e outras) e taxa de juros para fazer face aos compromissos da Seguradora com seus Segurados.

Responsável pelo Pagamento: pessoa física ou jurídica, que pode ser o próprio Segurado ou terceiro, que assume o compromisso de pagar os Prêmios.

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

Risco Coberto: evento previsto na Apólice de Seguro de Vida que, em caso de comprovada concretização, enseja o pagamento do Capital Segurado.

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

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

Segurado: pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

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

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

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

22.1. DEFINIÇÕES - TERMOS TÉCNICOS DAS CONDIÇÕES ESPECIAIS

Agravo Mórbito: evolução com piora de uma doença.

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

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

Atividade Profissional: ocupação profissional declarada pelo Proponente, reconhecida legalmente, da qual ele auferir seu rendimento e provém seu sustento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Doença em Estágio Terminal: aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade (sem horizonte terapêutico), sendo o Segurado considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente. Aquela

para a qual o único tratamento institucionalizado é o paliativo para aliviar dores e desconfortos.

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

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

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

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

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

Hígido: saudável.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

23. DISPOSIÇÕES GERAIS

23.1. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP – Superintendência de Seguros Privados.

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

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

23.4. A aceitação da proposta estará sujeita à análise de risco.

24. FORO CONTRATUAL

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

OMINT SEGUROS S.A.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA BÁSICA DE MORTE – COBERTURA TEMPORÁRIA

A Cobertura Básica de Morte – Cobertura Temporária engloba, além da do Risco de morte do Segurado, a Garantia de Antecipação Parcial do Capital Segurado para Morte em caso de Doença Terminal, de acordo com as condições e limites dispostos a seguir.

1. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

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

1.4. Essa cobertura possui a Garantia de Antecipação Parcial do Capital Segurado para Morte em caso de doença terminal.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos na Cláusula 3 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do seguro.

3. CAPITAL SEGURADO

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

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

4. BENEFICIÁRIO

4.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será pago ao(s) Beneficiário(s) indicado pelo Segurado ou, na falta de indicação, aos herdeiros legais, conforme indicado pela Cláusula 17

(Designação e Alteração de Beneficiários) das Condições Gerais.

5. VIGÊNCIA

5.1. A presente Cobertura vigorará pelo prazo determinado de 10 (dez), 15 (quinze), 20 (vinte) ou 30 (trinta) anos.

Para os prazos de 10 (dez), 15 (quinze), a primeira Renovação poderá ocorrer de forma automática por igual prazo inicialmente contratado, nos termos da Cláusula 7.2 das Condições Gerais.

5.1.1. A Vigência será definida pelo Proponente, considerando que a soma do prazo mais a idade do Proponente no momento da contratação ou da Renovação Automática não poderá ultrapassar 80 (oitenta) anos.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro, cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 14 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 15 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como:

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

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

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

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

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

7.1. Esta cobertura será cancelada nas seguintes hipóteses:

- a) automaticamente, com a morte do Segurado durante a Vigência do seguro;**
- b) com o fim do período de Vigência da apólice.**

GARANTIA DE ANTECIPAÇÃO PARCIAL DO CAPITAL SEGURADO PARA MORTE EM CASO DE DOENÇA TERMINAL

1. OBJETIVO

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

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

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

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

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

2. DOENÇAS TERMINAIS COBERTAS

2.1. Câncer

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

São riscos excluídos dessa doença:

- a) tumores histologicamente classificados como pré-malignos, não invasivos ou in situ (incluindo carcinoma ductal ou lobular in situ da mama e neoplasia intraepitelial cervical – NIC-1, NIC-2 e NIC-3);**
- b) câncer de próstata com classificação histológica com escore de Gleason menor do que 7 (sete) ou estadiamento menos avançado que T2, N0, M0;**

- c) leucemia linfocítica (ou linfoide) crônica – LLC no estágio A de Binet;
- d) carcinoma basocelular e carcinoma de células escamosas da pele, exceto se houver metástase, e melanoma maligno estágio IA (T1 a, N0, M0);
- e) carcinoma papilífero da tireoide menor que 1cm de diâmetro e histologicamente classificado como T1, N0, M0;
- f) micro carcinoma papilífero da bexiga histologicamente classificado como Ta;
- g) policitemia rubra vera e trombocitemia essencial;
- h) gamopatia monoclonal de significado indeterminado;
- i) linfoma MALT gástrico responsivo à terapêutica de erradicação do H. pylori;
- j) tumor estromal gastrointestinal (GIST) estádios I e II, de acordo com o Manual do American Joint Committee on Cancer (AJCC), 7ª edição, 2010;
- k) linfoma cutâneo, exceto se houve tratamento com quimioterapia ou radioterapia;
- l) carcinoma micro invasivo da mama (classificado histologicamente como T1mic), exceto se foi realizada mastectomia, quimioterapia e radioterapia;
- m) carcinoma micro invasivo do colo uterino (classificado histologicamente como estágio IA1), exceto se foi realizada histerectomia, quimioterapia ou radioterapia.

2.2. Doença Cardíaca Grave

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

São riscos excluídos dessa doença:

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

2.3. Insuficiência Renal Terminal

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

2.4. Doença Pulmonar Grave

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

3. CARACTERIZAÇÃO DA DOENÇA TERMINAL

3.1. Caracterizada a Doença Terminal, nos termos acima, **será adiantado ao próprio Segurado**

50% (cinquenta por cento) do Capital Segurado para a Cobertura Básica de Morte ou valor diverso especificado na Apólice, vigente na data da Declaração Médica do diagnóstico da doença terminal.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos excluídos relacionados na Cláusula 3 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais, não estão cobertos os eventos decorrentes de:

- a) quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas em que a causa determinante seja o exercício peculiar de alguma atividade profissional;**
- b) doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo; e**
- c) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.**

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Para fazer jus a esta Garantia, o Segurado deverá provar à Seguradora que sua sobrevivência é de 6 (seis) meses a partir da data do diagnóstico da doença terminal.

5.2. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 14 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 15 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os seguintes documentos, sendo que, em caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

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

6. CANCELAMENTO DA GARANTIA

6.1. Esta Garantia será cancelada nas seguintes hipóteses:

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

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1. Todas as disposições acima quanto à Garantia de Antecipação Parcial do Capital Segurado para Morte em caso de Doença Terminal são parte integrante das Condições Especiais da Cobertura Básica de Morte – Cobertura Temporária.

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA ADICIONAL DE FUNERAL INDIVIDUAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Mediante a contratação da presente Cobertura, fica revogada a exclusão constante do item 3.1, alínea "n", das Condições Gerais.

3. CAPITAL SEGURADO

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

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

4. BENEFICIÁRIO

4.1. Será(ão) Beneficiário(s) dessa cobertura aquele(s) que provar(em) que arcou(aram) com as despesas de funeral do Segurado.

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Na hipótese de solicitação de reembolso, cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 14 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 15 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como:

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

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

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

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

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA

6.1. Esta Cobertura será cancelada **caso haja o cancelamento da Cobertura Básica de Morte – Cobertura Temporária.**

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais do Seguro, portanto aplicam-se a esta Cobertura todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA ADICIONAL DE FUNERAL FAMILIAR

1. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

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

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Mediante a contratação da presente Cobertura, fica revogada a exclusão constante do item 3.1, alínea "n", das Condições Gerais.

3. CAPITAL SEGURADO

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

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

4. BENEFICIÁRIO

4.1. Será(ão) Beneficiário(s) dessa cobertura aquele(s) que provar(em) que arcou(aram) com as despesas de funeral do Segurado ou de seus familiares.

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Na hipótese de solicitação de reembolso, cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 14 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 15 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como:

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

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

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

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

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA

6.1. Esta Cobertura será cancelada **caso haja o cancelamento da Cobertura Básica de Morte – Cobertura Temporária**.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais do Seguro, portanto aplicam-se a esta Cobertura todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA ADICIONAL DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

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

1.2. Para fins desta Cobertura, adota-se a definição de Acidente Pessoal constante da Cláusula 22 das Condições Gerais (Definições – Termos Técnicos) das Condições Gerais deste seguro.

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos excluídos relacionados na Cláusula 3 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais da Apólice, estão expressamente excluídos desta cobertura os acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de:

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

3. CAPITAL SEGURADO

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

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

4. BENEFICIÁRIO

4.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será pago ao(s) Beneficiário(s) indicado pelo Segurado ou, na falta de indicação, aos herdeiros legais, conforme indicado pela Cláusula 17 (Designação e Alteração de Beneficiários) das Condições Gerais.

5. VIGÊNCIA

5.1. A presente Cobertura vigorará até os 75 (setenta e cinco) anos de idade do segurado, sem possibilidade de Renovação tácita ou expressa após essa idade, nos termos da Cláusula 6.7 das Condições Gerais.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro, cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 14 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 15 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os seguintes documentos, sendo que, em caso de envio de **cópias**, essas deverão ser **autenticadas**:

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

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

7.1. Esta Cobertura será cancelada:

- a) caso haja o cancelamento da Cobertura Básica de Morte;
- b) quando o Segurado completar 75 (setenta e cinco) anos de idade; ou
- c) se houver modificação da Apólice para Seguro com Valor Saldado.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais do Seguro, portanto aplicam-se a esta Cobertura todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, **desde que contratada e pago o prêmio a ela correspondente**, garante ao Segurado uma indenização, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente, proporcional ao valor do Capital Segurado contratado, caso haja a perda, redução ou impotência funcional definitiva total ou parcial de um membro ou órgão, em virtude de lesão física provocada por Acidente Pessoal devidamente coberto ocorrido durante o período de vigência da Cobertura, exceto se o acidente for decorrente dos riscos excluídos, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

1.2. Para fins desta Cobertura, adota-se a definição de Acidente Pessoal constante da Cláusula 22 (Definições – Termos Técnicos) das Condições Gerais deste seguro.

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

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

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

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

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

1.8. Na falta de indicação do percentual de redução do órgão ou membro do Segurado por

conta do acidente sofrido e, sendo informado apenas o grau de redução como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, equivalente ½ (metade), e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 (um terço) do respectivo dedo	
Encurtamento de um dos membros inferiores:	
- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- de 4 (quatro) centímetros	10
- de 3 (três) centímetros	6
- Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	
DIVERSAS	%
MANDÍBULA	
Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
Em grau mínimo	10
Em grau médio	20
Em grau máximo	30
NARIZ	
Perda total do nariz	25
Perda total do olfato	07
Perda do olfato com alterações gustativas	10
APARELHO VISUAL	
Lesões das vias lacrimais	
Unilateral	07
Unilateral com fistulas	15
Bilateral	14
Bilateral com fistulas	25
Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris	
Ectrópio unilateral	03
Ectrópio bilateral	06
Entrópio unilateral	07
Entrópio bilateral	14
Má oclusão palpebral unilateral	03
Má oclusão palpebral bilateral	06
Ptose palpebral unilateral	05
Ptose palpebral bilateral	10

APARELHO DA FONAÇÃO	
Perda de substância (palato mole e duro)	15
Amputação total da língua	50
Parcial - menos de 50% (cinquenta por cento)	15
- mais de 50% (cinquenta por cento)	30
SISTEMA AUDITIVO	
Perda total de uma orelha	08
Perda total das duas orelhas	16
ARTICULAÇÕES (ANQUILOSES)	
Para as posições viciosas, acrescentar as porcentagens previstas 25 (vinte e cinco), 50 (cinquenta) ou 75% (setenta e cinco por cento) de seu valor, conforme a posição desfavorável observada, ou seja, em grau mínimo, médio ou máximo, respectivamente.	
PERDA DA FORÇA OU DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE MEMBROS	
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.	
Perda do braço	15
APARELHO URINÁRIO	
Perda de um rim	
Função renal preservada	15
Redução em grau mínimo da função renal	25
Redução em grau médio da função renal	50
Insuficiência renal	75
APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
Perda de um testículo	10
Perda de dois testículos	30
Amputação traumática do pênis	50
Perda do útero antes da menopausa	40
Perda do útero depois da menopausa	10
PAREDE ABDOMINAL	
Hérnia traumática	10
No caso de cura cirúrgica da hérnia traumática (sem indenização)	00
SÍNDROMES PSIQUIÁTRICAS	
Síndrome pós-concussional	10
Transtorno neurótico (estresse pós-traumático)	02
PESCOÇO	
Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Paralisia de uma corda vocal	10

Paralisia de duas cordas vocais	30
Traqueostomia definitiva	40
TÓRAX	
APARELHO RESPIRATÓRIO	
Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):	
Função respiratória preservada	15
Redução em grau mínimo da função respiratória	25
Redução em grau médio da função respiratória	50
Insuficiência respiratória	75
MAMAS	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20
ABDOME (ÓRGÃOS E VÍSCERAS)	
Gastrectomia parcial	10
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
INTESTINO DELGADO	
Ressecção parcial sem repercussão funcional	10
Ressecção parcial com repercussão funcional em grau mínimo	20
Ressecção parcial com repercussão funcional em grau médio	45
Ressecção parcial ou total com repercussão funcional em grau máximo	70
INTESTINO GROSSO	
Colectomia parcial sem transtorno funcional	05
Colectomia parcial com transtorno funcional em grau mínimo	10
Colectomia parcial com transtorno funcional em grau médio	35
Colectomia total	60
Colostomia definitiva	50
RETO E ÂNUS	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Extirpação da vesícula biliar	07

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos Riscos Excluídos desta Cobertura definidos na Cláusula 3 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do seguro, estão expressamente excluídos desta Cobertura os acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de:

a) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações

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

3. CAPITAL SEGURADO

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

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

4. VIGÊNCIA

4.1. A presente Cobertura vigorará até os 75 (setenta e cinco) anos de idade do segurado, sem possibilidade de Renovação tácita ou expressa após essa idade, nos termos da Cláusula 6.7 das Condições Gerais.

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro, cabe ao(s) Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 14 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 15 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de **cópias**, essas deverão ser **autenticadas**:

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

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA

6.1. Esta Cobertura será cancelada nas seguintes hipóteses:

- a) caso haja o cancelamento da Cobertura Básica de Morte;**
- b) quando o Segurado completar 75 (setenta e cinco) anos de idade;**
- c) se houver modificação da Apólice para Seguro com Valor Saldado; ou**
- d) caso haja caracterização de invalidez permanente de mais de um ou mais membros do Segurado, que determine o pagamento integral do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, a presente Cobertura será cancelada, não havendo reintegração do Capital Segurado.**

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais do Seguro, portanto aplicam-se a esta Cobertura todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE MAJORADA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, **desde que contratada e pago o Prêmio a ela correspondente**, garante ao Segurado o pagamento de 100% (cem por cento) do Capital Segurado caso seja constatada sua invalidez permanente total ou parcial por Acidente Pessoal devidamente coberto ocorrido durante o período desta Cobertura e **decorrente de um dos eventos citados no item 1.4 destas Condições Especiais**, exceto se o acidente for decorrente dos riscos excluídos, mediante comprovação por laudo médico e desde que as lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

1.2. Esta Cobertura só estará disponível para contratação quando for contratada a Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

1.3. Para fins desta Cobertura, adota-se a definição de Acidente Pessoal constante da Cláusula 22 (Definições – Termos Técnicos) das Condições Gerais deste seguro.

1.4. Os eventos que caracterizam a Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada são:

- a) a perda total da função de um dos dedos indicadores das mãos;
- b) a perda total da função de um dos dedos polegares das mãos, inclusive o metacarpiano;
- c) a perda total da visão de um olho; e
- d) a perda total da função de um dos membros superiores.

1.5. Entende-se por perda total da função de um dedo (polegar ou indicador) a sua perda anatômica total ou esmagamento com lesão vascular e nervosa grave.

1.6. A Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada não se acumula com a Cobertura Básica de Morte – Cobertura Temporária, tampouco com a Cobertura Adicional de Morte Acidental. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pela Cobertura Básica de Morte – Cobertura Temporária e pela Cobertura Adicional de Morte Acidental, caso contratadas conjuntamente, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada, conforme item 2.12 das Condições Gerais.

1.7. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, assim como por órgãos do Poder Público e por outras instituições público-privadas não caracteriza, por si só, a Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos Riscos Excluídos desta Cobertura definidos na Cláusula 3 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do seguro, estão expressamente excluídos desta Cobertura os acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de:

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

3. CAPITAL SEGURADO

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

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

4. VIGÊNCIA

4.1. A presente Cobertura vigorará até os 75 (setenta e cinco) anos de idade do segurado, sem possibilidade de Renovação tácita ou expressa após essa idade, nos termos da Cláusula 6.7 das Condições Gerais.

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro, cabe ao(s) Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 14 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 15 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- a) Radiografias do Segurado (quando houver);
- b) Guia de Internação Hospitalar (quando houver);
- c) Cópia da Carteira de Habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
- d) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;

- e) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de acidente de trabalho;
- f) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- g) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- h) Atestado de alta médica definitiva, discriminando as sequelas deixadas pelo acidente e se o Segurado encontrava-se em tratamento quando da entrega do aviso de sinistro.

6. CANCELAMENTO

6.1. Esta Cobertura será cancelada nas seguintes hipóteses:

- a) caso haja o cancelamento da Cobertura Básica de Morte – Cobertura Temporária;
- b) quando o Segurado completar 75 (setenta e cinco) anos de idade;
- c) se houver modificação da Apólice para Seguro com Valor Saldado; ou
- d) caso haja a caracterização da Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada do Segurado, que determine o pagamento integral do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, não havendo reintegração do Capital Segurado.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais do Seguro, portanto, aplicam-se a esta Cobertura todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES

1. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

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

1.4. Para fins desta Cobertura, adota-se a definição de Acidente Pessoal constante da Cláusula 22 (Definições – Termos Técnicos) das Condições Gerais deste seguro.

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

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

2. CARÊNCIA

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

3. DOENÇAS GRAVES E PROCEDIMENTOS MÉDICOS COBERTOS

3.1. Câncer

Para efeito dessa cobertura, câncer significa a presença de um tumor de células malignas, caracterizado pelo crescimento descontrolado e pela proliferação dentro do organismo seguido de

invasão e destruição de tecidos vizinhos e/ou metástases distantes. Esta definição inclui a leucemia, linfomas e cancro, como a doença de Hodgkin. Os melanomas malignos estão incluídos nesta definição, caso o tumor seja maior ou igual a pT1bN0M0 (Breslow > 1 mm de espessura vertical, ou com ulceração ou nível de Clark IV/V).

3.1.1. São riscos excluídos dessa doença:

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

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

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

3.2.1. São riscos excluídos desse procedimento:

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

3.3. Infarto Agudo do Miocárdio

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

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

3.3.1. São riscos excluídos dessa doença:

- a) o infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST, somente com elevação de troponina

“I” ou “T”;

- b) **outras síndromes coronarianas agudas (por exemplo, angina de peito estável ou instável);**
e
- c) **infarto do miocárdio silencioso.**

3.4. Insuficiência Renal Terminal

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

3.5. Acidente Vascular Cerebral

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

3.5.1. São riscos excluídos dessa doença:

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

3.6 Transplantes de Órgãos

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

- a) coração;
- b) pulmão;
- c) fígado;
- d) pâncreas;
- e) rim;
- f) intestino delgado; ou
- g) medula óssea.

3.6.1. São riscos excluídos dessa doença:

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

3.7. Paralisia

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos excluídos relacionados na Cláusula 3 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais e em cada uma das doenças/procedimentos listados na Cláusula 2 destas Condições Especiais, não estão cobertos os eventos decorrentes de:

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

5. CAPITAL SEGURADO

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

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

6. VIGÊNCIA

6.1. A presente Cobertura vigorará pelo prazo determinado de 5 (cinco) anos, com a primeira Renovação ocorrendo de forma automática, por igual prazo. As demais renovações poderão ocorrer de maneira tácita ou expressa, nos termos da Cláusula 7.4 das Condições Gerais.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 14 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 15 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os

seguintes documentos, sendo que, em caso de envio de **cópias**, essas deverão ser **autenticadas**:

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

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

8.1. Esta Cobertura também será cancelada nas seguintes hipóteses:

- a) com o pagamento do Capital Segurado para a Cobertura de Doenças Graves, hipótese em que Prêmios desta Cobertura eventualmente pagos após a data do requerimento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente;**
- b) caso haja o cancelamento da Cobertura Básica de Morte; ou**
- c) se houver modificação da Apólice para Seguro com Valor Saldado.**
- d) Quando o Segurado atingir 70 (setenta) anos de idade, esta Cobertura será automaticamente excluída da Apólice.**

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

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

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se a esta Cobertura todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES AMPLIADA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

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

1.4. Para fins desta Cobertura, adota-se a definição de Acidente Pessoal constante da Cláusula 22 (Definições – Termos Técnicos) das Condições Gerais deste seguro.

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

2. CARÊNCIA

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

2.1.1. Especificamente para a doença “Esclerose Múltipla”, haverá carência de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do início de vigência da Cobertura.

3. DOENÇAS GRAVES E PROCEDIMENTOS MÉDICOS COBERTOS

3.1. Câncer

Para efeito dessa cobertura, câncer significa a presença de um tumor de células malignas, caracterizado pelo crescimento descontrolado e pela proliferação dentro do organismo seguido de invasão e destruição de tecidos vizinhos e/ou metástases distantes. Esta definição inclui a leucemia, linfomas e cancro, como a doença de Hodgkin. Os melanomas malignos estão incluídos nesta

definição, caso o tumor seja maior ou igual a pT1bN0M0 (Breslow > 1 mm de espessura vertical, ou com ulceração ou nível de Clark IV/V).

3.1.1. São riscos excluídos dessa doença:

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

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

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

3.2.1. São riscos excluídos desse procedimento:

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

3.3. Infarto Agudo do Miocárdio

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

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

3.3.1. São riscos excluídos dessa doença:

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

e

c) infarto do miocárdio silencioso.

3.4. Insuficiência Renal Terminal

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

3.5. Acidente Vascular Cerebral

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

3.5.1. São riscos excluídos dessa doença:

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

3.6. Transplantes de Órgãos

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

- a) coração;**
- b) pulmão;**
- c) fígado;**
- d) pâncreas;**
- e) rim;**
- f) intestino delgado; ou**
- g) medula óssea.**

3.6.1. São riscos excluídos dessa doença:

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

3.7. Paralisia

É a perda total e irreversível do uso de dois ou mais membros (superiores ou inferiores), causada por paralisia, apenas devido a Acidente Pessoal coberto ou doença. Estas condições devem ter sido

medicamente documentadas por, pelo menos, 3 (três) meses a partir da data do diagnóstico.

3.8. Cegueira ou Perda da Visão

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

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

3.9. Cirurgia para Troca de Valvas Cardíacas

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

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

3.10. Cirurgia de Enxerto da Aorta

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

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

3.11. Esclerose Múltipla

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

3.12. Surdez ou Perda da Audição

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

3.13. Queimaduras Graves (Grande Queimado)

Queimaduras de terceiro grau, cobrindo ao menos 20% (vinte por cento) da área da superfície do corpo do Segurado ou que atinjam pelo menos 20% (vinte por cento) da superfície do rosto ou

cabeça. O diagnóstico deverá ser confirmado por um especialista e evidenciado pelos resultados da carta de Lund Browder ou um calculador equivalente de áreas corporais queimadas.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos excluídos relacionados na Cláusula 3 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais e em cada uma das doenças/procedimentos listados na Cláusula 2 destas Condições Especiais, não estão cobertos os eventos decorrentes de:

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

5 CAPITAL SEGURADO

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

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

6. VIGÊNCIA

6.1. A presente Cobertura vigorará pelo prazo determinado de 5 (cinco) anos, com a primeira Renovação ocorrendo de forma automática por igual prazo. As demais renovações poderão ocorrer de maneira tácita ou expressa, nos termos da Cláusula 7.4 das Condições Gerais.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 14 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 15 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os seguintes documentos, sendo que, em caso de envio de **cópias**, essas deverão ser **autenticadas**:

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

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

8.1. Esta Cobertura será cancelada nas seguintes hipóteses:

- a) com o pagamento do Capital Segurado por Doenças Graves Ampliada, hipótese em que os Prêmios desta Cobertura eventualmente pagos após a data do requerimento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente;**
- b) caso haja o cancelamento da Cobertura Básica de Morte; ou**
- c) se houver modificação da Apólice para Seguro com Valor Saldado;**
- d) Quando o Segurado atingir 70 (setenta) anos de idade, esta Cobertura será automaticamente excluída da Apólice.**

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

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

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se a esta Cobertura todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1. OBJETIVO DA COBERTURA

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

1.2. Para fins desta Cobertura, adota-se a definição de Acidente Pessoal constante da Cláusula 22 das Condições Gerais (Definições – Termos Técnicos) das Condições Gerais deste seguro.

1.3. Para fins desta cobertura entende-se como Unidade de Terapia Intensiva (UTI): área especializada dentro da estrutura hospitalar que reúne equipamentos de alta complexidade tecnológica e equipe multidisciplinar especializada para a realização de tratamentos em terapia intensiva. Os cuidados ministrados aos pacientes deverão compreender:

- a) cuidados para estabilizar os sistemas fisiológicos principais para a manutenção da vida;
- e
- b) cuidados que não possam ser executados em outras unidades do hospital devido a técnica próprias de UTI.

1.4 A Cobertura está limitada ao pagamento de, no máximo, **250 (duzentas e cinquenta) Diárias Seguradas por Evento Coberto, totalizando 1.250 (hum mil, duzentas e cinquenta) diárias durante a vigência desta cobertura, respeitadas as exclusões, bem como os prazos de Carência e de Franquia previstos na Cláusula 2 e 3 destas Condições Especiais.**

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

2. CARÊNCIA

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

3. FRANQUIA

3.1. Esta Cobertura possui Franquia de **4 (quatro) dias, conforme definido na Proposta de Contratação e estabelecido na Apólice, ou seja, somente estarão cobertas as internações**

hospitalares a partir, inclusive, do 5º (quinto) dia da respectiva internação hospitalar.

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos excluídos relacionados na Cláusula 3 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais, não estão cobertos os eventos decorrentes de:

- a) tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia;
- b) tratamentos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças com ela relacionadas;
- c) diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;
- d) tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos;
- e) qualquer procedimento relacionado a gravidez, parto ou aborto, exceto em caso de Acidente Pessoal;
- f) exame ou check-up preventivo;
- g) qualquer procedimento para tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento;
- h) cirurgias plásticas em geral, exceto as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de Acidente Pessoal ocorrido na vigência do seguro;
- i) tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de Acidente Pessoal;
- j) tratamento cirúrgico da obesidade mórbida;
- k) tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados à tentativa de suicídio ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos da data de início de vigência do seguro, ou atos ilícitos dolosos devidamente comprovados;
- l) tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;
- m) tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;
- n) tratamento e/ou cirurgia de hérnias de qualquer natureza, exceto em caso de Acidente Pessoal;
- o) internação domiciliar, mesmo que decorrente de Acidente Pessoal;
- p) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- q) investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação;
- r) tratamento cirúrgico devido a artroscopia e desvio de septo nasal;
- s) qualquer classe de neoplasia maligna (Câncer) sem invasão ou "in situ" (incluindo displasia cervical), assim como o câncer de pele, exceto melanoma de invasão;
- t) angiografia e/ou qualquer outra intervenção intra-arterial (angioplastia, endarterectomia, embolectomia e similares); e
- u) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com estes, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças

Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC ou similares, que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicas, em qualquer tempo; e

- v) despesas médicas incorridas com a internação hospitalar e/ou tratamento médico do Segurado.**

5. CAPITAL SEGURADO - DIÁRIA SEGURADA

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

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

6. VIGÊNCIA

6.1. A presente Cobertura vigorará pelo prazo determinado de 5 (cinco) anos, com a primeira Renovação ocorrendo de forma automática por igual prazo. As demais renovações poderão ocorrer de maneira tácita ou expressa, nos termos da Cláusula 7.4 das Condições Gerais.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 14 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 15 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os seguintes documentos, sendo que, em caso de envio de **cópias**, essas deverão ser **autenticadas**:

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

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

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

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

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

8.1. Esta cobertura será cancelada nas seguintes hipóteses:

- a) caso haja esgotamento do limite de Diárias Seguradas contratado;**
- b) caso haja o cancelamento da Cobertura Básica de Morte; ou**
- c) se houver modificação da Apólice para Seguro com Valor Saldado;**
- d) Quando o Segurado atingir 70 (setenta) anos de idade, esta Cobertura será automaticamente excluída da Apólice.**

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se a esta Cobertura todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA ADICIONAL DE JAZIGO

1. OBJETIVO DA COBERTURA

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos na Cláusula 3 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do seguro.

2.2. Mediante a contratação da presente Cobertura, fica revogada a exclusão constante do item 3.1, alínea "o", das Condições Gerais.

3. CAPITAL SEGURADO

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

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

4. VIGÊNCIA

4.1. A presente Cobertura vigorará até os 75 (setenta e cinco) anos de idade do segurado, sem possibilidade de Renovação tácita ou expressa após essa idade, nos termos da Cláusula 6.7 das Condições Gerais.

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro, cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 14 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 15 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como:

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

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

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

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

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA

6.1. Esta Cobertura será cancelada:

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

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais do Seguro, portanto aplicam-se a esta Cobertura todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

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



www.omint.com.br