

BB MICROSSEGURO PROTEÇÃO PESSOAL

Condições Gerais

Versão 2

**Grupo e Ramo: 1601 -
Microseguro de Pessoas**

CNPJ 28.196.889/0001-43

Processo SUSEP: 15414.900040/2012-19

NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO

Central de Atendimento Digital - www.bbseguros.com.br

Atendimento online via Chat (exceto feriados)

Horário de atendimento: de 2ª a 6ª feira, das 8h às 20h40
sábados das 9h às 15h20

Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC) 0800 729 7000

Deficientes auditivos ou de fala 0800 962 7373

Horário de atendimento: 24 horas (todos os dias)

Canal utilizado para Acionamento do Seguro e da Assistência 24h (Brasil)

Assistência 24h no exterior (55) 16 3111-8600

Horário de atendimento: 24 horas (todos os dias)

Ouvidoria BB Seguros 0800 880 2930

Deficientes auditivos ou de fala 0800 775 7003

Horário de atendimento: de 2ª a 6ª feira, das 8h às 18h (exceto feriados)

A Ouvidoria poderá ser acionada para atuar na defesa dos direitos dos consumidores, esclarecer e/ou solucionar demandas já tratadas pelos canais de atendimento habituais.

Canal de Conduta Ética 0800 444 8256

Horário de atendimento: 24 horas (todos os dias)

de 2ª a 6ª feira, das 9h às 19h com atendentes,
demais horários apenas atendimento eletrônico.

www.canaldecondutaetica.com.br/bbseguros

Canal exclusivo para denúncias sobre quaisquer práticas suspeitas de desvio de conduta ética relacionadas ao seguro.

As denúncias poderão ser feitas de forma anônima ou identificada e serão recepcionadas por uma empresa independente e especializada, assegurando o sigilo absoluto e o tratamento adequado a cada situação.

É importante fornecer o máximo de informações possíveis, possibilitando assim a análise assertiva do caso.

Todas as denúncias serão analisadas, investigadas e terão as medidas cabíveis aplicadas.

BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Av. das Nações Unidas, 14.261 • Ala A • 29º andar

04794-000 • Vila Gertrudes • São Paulo/SP

CNPJ: 28.196.889/0001-43

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS	4
1. NOME DO PLANO.....	4
2. DEFINIÇÕES.....	4
3. OBJETIVO DO PLANO.....	7
4. PÚBLICO-ALVO.....	7
5. COBERTURAS	7
6. RISCOS EXCLUÍDOS	10
7. CARÊNCIA.....	11
8. FORMA DE CONTRATAÇÃO	11
9. INÍCIO, VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE.....	12
10. CAPITALS SEGURADOS.....	12
11. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.....	12
12. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO	13
13. PAGAMENTO DO PRÊMIO.....	13
14. CANCELAMENTO DO SEGURO	13
15. PRAZO DE TOLERÂNCIA E REABILITAÇÃO DO SEGURO.....	14
16. TÉRMINO DA COBERTURA	14
17. BENEFICIÁRIOS	15
18. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	16
19. PERDA DE DIREITOS	17
20. PRESCRIÇÃO	18
21. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	18
22. CANAL DE DISTRIBUIÇÃO.....	18
23. SORTEIO	18
24. FORO.....	18
CONDIÇÕES ESPECIAIS DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE - DIH Acidente	19
1. OBJETO DO PLANO	19
2. DEFINIÇÕES	19
3. COBERTURA.....	19
4. FRANQUIA.....	20
5. RISCOS EXCLUÍDOS	20
6. INÍCIO DA COBERTURA.....	20
7. BENEFICIÁRIOS	21
8. TÉRMINO DA COBERTURA	21
9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	21
10. DISPOSIÇÕES FINAIS.....	21

CONDIÇÕES GERAIS

1. NOME DO PLANO

1.1. BB Microseguro Proteção Pessoal

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Aceitação do Risco:** Ato de aprovação de proposta submetida à seguradora para a contratação de seguro.

2.2. **Acidente Pessoal:** o evento com data caracterizada, exclusivo e **diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física**, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a invalidez permanente total ou parcial por acidente do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

2.2.1. incluem-se nesse conceito:

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

2.2.2. excluem-se desse conceito:

- a) as doenças, incluídas a caracterizada como Acidente Vascular Cerebral (AVC) e 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 lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- c) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido nesta cláusula.

2.3. **Apólice:** Documento que formaliza o contrato de seguro, estabelecendo os direitos e as obrigações da sociedade seguradora e do segurado e discriminando as garantias contratadas.

- 2.4. Assistência Funeral:** serviços de assistência funeral que a Seguradora oferece por intermédio de seus prestadores de serviço.
- 2.5. Aviso de Sinistro:** Comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento.
- 2.6. Beneficiário:** pessoa física designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro.
- 2.7. Boa-Fé:** No contrato de seguro, é o procedimento absolutamente honesto que têm o segurado e a Seguradora, agindo ambos com total transparência, isentos de vícios, e convictos de que agem em conformidade com a lei.
- 2.8. Capital Segurado:** valor máximo para a cobertura contratada, a ser pago ou reembolsado pela Seguradora, vigente na data da ocorrência do evento coberto.
- 2.9. Carência:** período contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução da vigência do seguro, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do evento coberto, o segurado ou o(s) beneficiário(s) não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.
- 2.10. Carregamento:** importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.
- 2.11. Cobertura:** É a designação genérica dos riscos assumidos pelo Segurador.
- 2.12. Companheiro(a):** é a pessoa que convive em união estável ou condição equiparada, configurada na convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família, devidamente comprovada por decisão judicial, escritura pública ou pelos meios previstos contratualmente.
- 2.13. Condições Contratuais:** Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, apólice individual, condições gerais, condições especiais e demais disposições contratuais da apólice.
- 2.14. Condições Especiais:** Conjunto das disposições específicas relativas a cada modalidade e/ou cobertura de um plano de seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.
- 2.15. Condições Gerais:** Conjunto das cláusulas, comuns a todas as modalidades e/ou coberturas de um plano de seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes.
- 2.16. Contrato:** Instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a sociedade seguradora que tem por objetivo estabelecer as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixar os direitos e obrigações do estipulante, da sociedade seguradora, dos segurados, dos assistidos e dos beneficiários.
- 2.17. Corretor:** é a pessoa física ou jurídica, legalmente autorizada a angariar e promover contratos de seguro entre as Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de Direito Privado. O corretor de seguros responderá civilmente perante os Segurados e as Seguradoras pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência no exercício da profissão.
- 2.18. Data do evento:** data da ocorrência do evento/risco coberto.
- 2.19. Declaração Pessoal de Saúde e Atividade:** é o documento legal e formal, utilizado para avaliação do risco pela seguradora, no qual o proponente presta as informações e declarações, inclusive sobre a atividade profissional exercida e o seu estado de saúde, sob sua inteira responsabilidade e sob as penas previstas no artigo 766 do Código Civil Brasileiro.

- 2.20. Doença ou Deficiência Preexistente:** são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado, anteriormente à data de início de vigência do seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento na data da contratação de seguro e não declaradas na proposta de contratação do seguro. Caracteriza-se, ainda, quando o segurado omite tratamento realizado na contratação do seguro. A omissão dessas doenças ou lesões, por ocasião da contratação do seguro, poderá ensejar a perda de direito ao seguro.
- 2.21. Endosso:** Documento, emitido pela seguradora, por intermédio do qual são alterados dados e condições de uma apólice, de comum acordo com o segurado.
- 2.22. Evento Coberto:** acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado.
- 2.23. Formulário de Aviso de Sinistro:** Documento pelo qual é formalizada a comunicação da ocorrência de um evento coberto à Seguradora, devidamente assinado pelo solicitante.
- 2.24. Indenização:** Valor que a sociedade seguradora deve pagar ao segurado ou beneficiário em caso de sinistro coberto pelo contrato de seguro.
- 2.25. Início de Vigência:** Data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.
- 2.26. Laudo Médico:** documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, sobre as condições físicas e de saúde do proponente.
- 2.27. Moradia Habitual:** lugar em que o segurado mantém a sua residência habitual dentro do território brasileiro.
- 2.28. Natimorto:** (ou nado-morto) trata-se do feto que morreu dentro do útero ou durante o parto, ou seja, quando ocorre óbito fetal.
- 2.29. Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos feitos pelo segurado, destinados ao custeio do seguro.
- 2.30. Prêmio Puro:** valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento, os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.
- 2.31. Proponente:** Pessoa, física ou jurídica, que pretende fazer o seguro, preenchendo e assinando uma proposta.
- 2.32. Proposta de Contratação:** Instrumento que formaliza o interesse do proponente em contratar o seguro.
- 2.33. Regime Financeiro de Repartição Simples:** estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os Segurados, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos cobertos ocorridos nesse período, não possibilita devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou Beneficiários.
- 2.34. Riscos Excluídos:** Todo evento danoso em potencial, não elencado entre os riscos cobertos na apólice de seguro é, implicitamente, um risco excluído. No entanto, para evitar litígios decorrentes de interpretação incorreta do risco coberto, e também porque alguns dos possíveis riscos excluídos podem ser redefinidos como riscos cobertos em Coberturas Básicas ou Adicionais, os riscos excluídos são elencados de forma explícita nos contratos de seguro, seja nas Condições Gerais, seja nas Condições Especiais. Portanto, este é o conceito restrito de risco excluído: são potenciais eventos danosos, elencados no contrato, mas NÃO contemplados pelo seguro, isto é, em caso de ocorrência, causando danos ao segurado, não haveria indenização ao segurado.

- 2.35. Segurado:** Pessoa física ou jurídica que, tendo interesse segurável, contrata o seguro em seu benefício pessoal ou de terceiro.
- 2.36. Seguradora:** Empresa autorizada pela SUSEP a funcionar no Brasil e que, recebendo o prêmio, assume os riscos descritos no contrato de seguro.
- 2.37. Sinistro:** ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do seguro.
- 2.38. Vigência do Seguro:** Intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o contrato de seguro.

3. OBJETIVO DO PLANO

- 3.1.** O objetivo do plano é garantir que nossos segurados e/ou seus familiares não tenham dificuldades financeiras para realizar um funeral, quando necessário. Quando for realizado o funeral, o cliente poderá escolher entre a prestação de serviços ou reembolso das despesas com notas fiscais, que tiveram com funeral. Também, garantimos que em caso de acidente com o segurado que cause sua morte de forma repentina, os beneficiários receberão uma indenização no valor descrito na apólice de seguro.
- 3.2.** Os segurados, familiares e beneficiários, deverão estar cientes das limitações da cobertura, verifique o item 6. deste contrato.

4. PÚBLICO-ALVO

- 4.1.** Poderão contratar este plano de microsseguro as pessoas que atenderem as condições abaixo:
- O(A) segurado(a) deverá ter no mínimo 18 anos e no máximo 64 anos;
 - Não poderão ter classificação de renda superior as classes E, D e C;
 - Deverão ter residência fixa no Brasil; e,
 - Deverão ter conta bancária em instituição financeira autorizada pelo Banco Central.

5. COBERTURAS

- 5.1.** As coberturas das condições gerais não são comercializadas separadamente. O segurado poderá apenas optar pela contratação do plano Individual ou Familiar, conforme item 5.3.2.
- 5.2.** O segurado poderá optar pela contratação da cobertura descrita nas condições especiais deste plano de microsseguro, mas somente em conjunto com as coberturas obrigatórias.
- 5.3. Cobertura de Reembolso de Despesas com Funeral (RF):** Consiste no reembolso das despesas com o funeral do(s) segurado(s), limitado ao valor do capital segurado.

5.3.1. Evento coberto: Morte por causas naturais ou acidentais

5.3.2. Conforme o plano escolhido:

- Individual:** Garante somente o funeral do segurado titular.
- Familiar:** Garante, além do segurado titular, o atual cônjuge (marido, esposa ou companheiro(a)) e filhos(as)/enteados(as) com as seguintes limitações de idade:
 - Até 21 anos de idade, se não estiver cursando ensino superior ou técnico e sem incapacidade física ou mental para o trabalho;
 - Até 24 anos de idade, se estiver realizando curso em estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau; e,
 - Sem limite de idade se tiverem incapacidade física ou mental para o trabalho.

No plano familiar, esta cobertura é extensiva aos natimortos, quando houver a realização do funeral.

5.3.3. Quando o segurado escolher a prestação serviços, não poderá solicitar o reembolso das notas fiscais.

5.3.4. Se escolher reembolso:

- a) Poderá escolher qualquer prestador de serviços.
- b) O reembolso será até o limite da cobertura, conforme descrito na apólice, e deverá apresentar as notas fiscais originais.

5.3.5. Se escolher prestação de serviços:

- a) A rede será apenas a rede credenciada de prestadores de serviços. Deverá entrar em contato por ligação para Central de Atendimento, gratuitamente de qualquer lugar do Brasil.
- b) O valor total da prestação de serviços será até o limite da cobertura, conforme descrito na apólice. **Se a soma das despesas ultrapassarem o valor contratado, a diferença não será de responsabilidade da seguradora.**

5.3.6. Estarão cobertas pelo seguro algumas despesas com funeral, seja para enterro ou cremação, conforme lista abaixo:

- a) Ornamentação de Urna, flores da época para o interior da urna;
- b) Caixão: de responsabilidade do serviço de assistência funeral, o pagamento das despesas relacionadas à aquisição da urna funerária, podendo ser na modalidade sextavado;
- c) Carro funerário para o transporte do corpo do segurado desde o local em que estiver até o local do velório e, depois, se for o caso, ao local do enterro, desde que dentro do mesmo município;
- d) Carreto/caixão (no município de moradia habitual);
- e) Representante da prestadora de serviços: pessoa designada pela prestadora de serviços, responsável por providenciar todos os documentos necessários ao encaminhamento do enterro junto à funerária, tomando as medidas necessárias à realização do funeral, podendo solicitar o acompanhamento de membro da família, se necessário;
- f) Registro do óbito: de responsabilidade do serviço de assistência funeral, o registro de óbito em cartório, sendo que, se necessário, será solicitado o acompanhamento de um membro da família;
- g) Sepultamento: de responsabilidade do serviço de assistência funeral, incluindo o pagamento das respectivas taxas relacionadas ao enterro nas modalidades municipal ou particular;
- h) Taxa de cremação (onde existir este serviço no município de moradia habitual);
- i) Remoção do corpo/transporte (no município de moradia habitual);
- j) Repatriamento (até o município de moradia habitual);
- k) Paramentos (essas): de responsabilidade do serviço de assistência funeral, os castiçais e velas que acompanham a urna, bem como aparelhos de ozona;
- l) Mesa de condolências;
- m) Velas;

- n) Velório (valor equivalente a taxa cobrada pela Prefeitura do município de moradia habitual);
- o) Véu; e
- p) Um enfeite e uma coroa de flores, confeccionada com flores da época, incluindo uma faixa de dizeres redigida pela própria família.

5.3.7. A seguradora não será responsável se algum item acima não estiver disponível no local onde será realizado o funeral.

5.3.8. Se os valores dos itens forem regulamentados pela legislação municipal e houver necessidade de urnas especiais (gorda, zincada) e/ou preparação do corpo para o velório em razão da data da morte, **não será de responsabilidade da seguradora se o limite do capital segurado for insuficiente e o beneficiário deverá realizar o pagamento da diferença.**

5.3.9. Em caso de cremação o corpo será transportado por um raio máximo de 100 km (cem quilômetros), da cidade em que ocorrer a morte até a cidade em que exista o serviço, com posterior retorno das cinzas aos familiares.

5.3.10. Em caso do enterro do corpo será utilizado o túmulo da família, se houver. Caso contrário, o túmulo será alugado em cemitério público, sendo que se não for possível, será alugado em cemitério particular onde existe um acordo de concessão com a prefeitura local.

5.3.11. Traslado: é o transporte do corpo da cidade onde ocorreu a morte do segurado até onde ele reside ou até a onde será feito o enterro, conforme escolhido pela família.

- a) Em caso de prestação de serviços, o transporte será feito até o município que o beneficiário escolher, mas a distância entre o município da morte até o escolhido não poderá ser maior que a distância do município onde o segurado faleceu e onde ele mora.

Se a distância for maior, o beneficiário terá que assumir o pagamento da diferença entre os valores.

- b) Caso a família se recuse em realizar o pagamento da diferença, **A SEGURADORA FICARÁ ISENTA DA RESPONSABILIDADE DE PRESTAR O SERVIÇO.**

5.3.12. Se solicitado, a seguradora poderá enviar mensagens urgentes e pré-definidas sobre o acontecimento, para a família do segurado ou outras pessoas indicadas.

5.3.13. Âmbito Geográfico: A cobertura do seguro será em todo o planeta.

- a) Os serviços de assistência somente poderão ser executados no Brasil. Apenas para o serviço de transporte do corpo, poderá ter origem em qualquer parte do planeta até o município de moradia no Brasil.

5.3.14. Capital Segurado: O capital segurado da cobertura de Reembolso de Despesas com Funeral no plano Individual ou Familiar será de até R\$ 3.000,00 (três mil reais) em reembolso ou prestação de serviços, de acordo com a escolha do beneficiário.

5.4. Cobertura de Morte Acidental (MA): consiste no pagamento único ao(s) beneficiário(s) indicado(s) e no valor da cobertura, ambos descritos na apólice do seguro, apenas em caso de morte acidental do segurado titular.

5.4.1. Evento coberto: Morte Acidental.

5.4.2. Âmbito Geográfico: A cobertura do seguro será em todo o planeta.

5.4.3. Capital Segurado: O capital segurado para cobertura de Morte Acidental será de R\$ 10.000,00 (dez mil reais).

6. RISCOS EXCLUÍDOS

6.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS, DESTE SEGURO OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DIRETA OU INDIRETA:

- a) **DE ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO SEGURADO PRINCIPAL OU DEPENDENTE, PELO BENEFICIÁRIO OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE QUALQUER DELES;**
- b) **DE DOENÇAS OU LESÕES QUE, APESAR DE INDAGADO PELA SOCIEDADE SEGURADORA E SEREM DE CONHECIMENTO DO SEGURADO PRINCIPAL OU DEPENDENTE, NÃO FORAM DECLARADAS QUANDO DA CONTRATAÇÃO DO MICROSSEGURO;**
- c) **DE SUICÍDIO OU SEQUELAS DECORRENTES DA SUA TENTATIVA, CASO OCORRAM NOS 2 (DOIS) PRIMEIROS ANOS ININTERRUPTOS DE VIGÊNCIA DA COBERTURA, CONTADOS DA DATA DE CONTRATAÇÃO OU DE SUA RECONDUÇÃO DEPOIS DE SUSPENSO;**
- d) **DE EPIDEMIAS OU PANDEMIAS DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE;**
- e) **DE FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA;**
- f) **DE DANOS E PERDAS CAUSADOS POR ATOS TERRORISTAS; E,**
- g) **DE ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, DE GUERRA QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, GUERRA CIVIL, REVOLUÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES, EXCETO A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR E ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM.**

6.2. ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA):

- a) **INTERCORRÊNCIA OU COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO;**
- b) **ACIDENTES CARDIOVASCULARES, ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC), ANEURISMA, SÍNCOPE, APOPLEXIA, EPILEPSIA E ACIDENTES MÉDICOS, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE COBERTO;**
- c) **ACIDENTES SOFRIDOS ANTES DA CONTRATAÇÃO DO SEGURO, AINDA QUE SUAS SEQUELAS TENHAM SE MANIFESTADO DURANTE SUA VIGÊNCIA; E**
- d) **CIRURGIAS PLÁSTICAS OU TRATAMENTOS ESTÉTICOS, EXCETO SE TIVER FINALIDADE COMPROVADAMENTE RESTAUDORA DE DANO PROVOCADO POR ACIDENTE PESSOAL COBERTO.**

7. CARÊNCIA

- 7.1. DURANTE OS PRIMEIROS 2 (DOIS) ANOS APÓS DE CONTRATAÇÃO, NÃO HAVERÁ COBERTURA SE O SEGURADO, OU SEUS DEPENDENTES, TENTAREM SE MATAR OU COMETEREM SUICÍDIO.**
- 7.2. EM CASO DE RENOVAÇÃO, NÃO SERÁ INICIADO NOVO PRAZO DE CARÊNCIA.**

8. FORMA DE CONTRATAÇÃO

- 8.1. APÓS O ENVIO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO, TENDO O SEGURADO CONHECIDO AS CONDIÇÕES CONTRATUAIS, O SEGURO ESTARÁ CONTRATADO APÓS A SEGURADORA COMUNICAR QUE A PROPOSTA ENCAMINHADA PELO SEGURADO OU CORRETOR DE MICROSSEGUROS HABILITADO FOI ACEITA.**
- 8.2. Poderá ser aceito como segurado, todo proponente que atenderem as condições no item 4 - PÚBLICO-ALVO.**
- 8.3. PODERÁ SER ANALISADO O RISCO DE TODA PROPOSTA.**
- 8.4. A proposta do seguro será preenchida e enviada corretamente. Inclusive com respostas da declaração pessoal de saúde, datada e assinada pelo proponente ou pelo corretor de seguros/microseguros habilitado. A Seguradora tem até 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data de protocolo da proposta, para aceitar ou recusar o risco.**
- 8.5. Havendo a necessidade de mais informações, o prazo de 15 (quinze) dias será suspenso e voltará a correr a partir da data de protocolo das informações solicitadas para o segurado. A seguradora poderá fazer essa solicitação apenas uma única vez.**
- 8.6. Se a proposta for recusada, o proponente será comunicado com a devida justificativa.**
- 8.7. Se não houver qualquer comunicação da seguradora, a data de aceitação será a do término dos 15 (quinze) dias.**
- 8.8. Em caso de omissões, informações erradas ou declarações que possam afetar a aceitação ou o valor do prêmio do seguro, o segurado poderá perder o direito a cobertura, sem devolução do que foi pago. Mesmo que não seja propositalmente, ou não for por má-fé do segurado, a Seguradora terá o direito, a seu critério de cancelar o contrato ou a cobrar a diferença do prêmio, conforme o disposto no artigo 766 do Código Civil.**
- 8.9. Se houver pagamento antecipado do prêmio do seguro, isso não implica na aceitação obrigatória da proposta por parte da seguradora. Assim, durante a avaliação do risco, como informado nos itens 8.4 e 8.5, haverá a cobertura condicional, conforme definição do item a seguir.**
- 8.10. Considera-se cobertura condicional é aquela em que a Seguradora dará cobertura durante o prazo de até 15 (quinze) dias, a contar da data do recebimento da proposta pela Seguradora com pagamento de prêmio antecipado.**
- 8.11. Caso a proposta seja recusada, os valores pagos, líquidos de IOF, serão devolvidos, menos o prêmio “*pro rata temporis*” (*proporcional ao tempo*) correspondente ao tempo em que foi analisado o risco e houve a cobertura condicional. A devolução será feita no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos após a formalização da recusa.**
- 8.12. O PRÊMIO, A QUE SE REFERE O ITEM 8.11., SERÁ ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE - ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, OU OUTRO ÍNDICE QUE VENHA SUBSTITUÍ-LO, COM BASE NA VARIAÇÃO POSITIVA APURADA ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DA FORMALIZAÇÃO DA RECUSA E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO.**

- 8.13. **ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 8.12, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O PRÊMIO ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE, DE 0,25% (ZERO VÍRGULA VINTE E CINCO POR CENTO) AO MÊS “PRO-RATA TEMPORIS” (PROPORCIONAL AO TEMPOR), DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO FIM DO PRAZO DE 10 (DEZ) DIAS CORRIDOS PARA A DEVOLUÇÃO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.**
- 8.14. **É PROIBIDA A CONTRATAÇÃO DO SEGURO POR MEIO DE PROCURAÇÃO.**
- 8.15. Quando a proposta for aceita, a seguradora emitirá uma apólice de seguro que será entregue ao segurado.

9. INÍCIO, VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

- 9.1. **A cobertura do seguro começa às 24 (vinte e quatro) horas do dia escolhido para pagamento do seguro e permanece pelo tempo definido na apólice, mediante pagamento das mensalidades do seguro. No caso de propostas recepcionadas com pagamento do prêmio total ou parcial, o início da cobertura será as 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção das propostas pela Seguradora.**
- 9.2. A vigência da apólice será de 5 (cinco) anos, sendo renovada automaticamente uma única vez e pelo mesmo período. A renovação automática não ocorrerá apenas se a Seguradora ou o Segurado, avisar com 60 (sessenta) dias de antecedência, que não tem interesse em renová-la.
- 9.3. **As demais renovações da apólice deverão ser acordadas entre as partes, sendo que é obrigação da seguradora comunicar o interesse pela renovação com no mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência. A seguradora poderá entrar em contato por escrito ou por meios remotos.**
- 9.4. Será aplicado o mesmo procedimento do item 9.3 se a seguradora não tiver interesse pela renovação.
- 9.5. Em cada uma das renovações do seguro, será enviada nova apólice ao segurado.

10. CAPITAIS SEGURADOS

- 10.1. O capital segurado será igual ao valor máximo de indenização quando ocorrer algum dos eventos cobertos pelo seguro.
- 10.2. Considera-se como data do evento, para determinar a responsabilidade da Seguradora e do valor de indenização:
- Para a cobertura de Reembolso de Despesas com Funeral: para o plano Individual, a data de falecimento do segurado titular ou para o plano familiar, a data de falecimento do segurado titular e/ou dependente;
 - Para a cobertura de Morte Acidental: a data do acidente do segurado titular.

11. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

- 11.1. Para evitar a desvalorização do capital segurado contratado, o mesmo será atualizado com base no IGP-M/FGV (Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas).
- 11.1.1. Para o fator de atualização será utilizado o acumulo de 12 (doze) meses desse índice, contado a partir de 2 (dois) meses antes da renovação do seguro.
- 11.2. No caso de extinção o índice do item 11.1., será utilizado o IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo - Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou outro índice oficial que venha a substituí-lo.
- 11.3. Por causa do aumento do capital segurado, o prêmio (preço do seguro) também terá aumento.

12. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO

- 12.1. A cada ano completo de vigência da apólice, o valor do Prêmio da cobertura de **Reembolso de Despesas com Funeral** será ajustado por causa do aumento da idade do(s) segurado(s) e assim do seu risco, de acordo com a tabela a seguir:

Faixa Etária do Segurado na atualização do seguro	% Reajuste Etário do Prêmio
Até 44 anos:	0,00
De 45 a 70 anos:	8,00
Acima de 70 anos:	9,20

- 12.1.1. Além do reajuste etário a que se refere o item acima, anualmente, na mesma data, haverá atualização monetária do capital segurado, e conseqüentemente do prêmio, conforme item 11.

13. PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 13.1. O valor do prêmio será definido na data de contratação ou renovação do seguro.
- 13.2. Os pagamentos dos prêmios do seguro serão efetuados mensalmente e através de débito em conta ou cartão de crédito na data de vencimento escolhida pelo cliente e informada na apólice.
- 13.3. Para garantir seu direito à cobertura, o segurado deverá pagar as mensalidades até a data de seu vencimento.
- 13.4. Caso a data de vencimento do prêmio de seguro seja um feriado bancário ou fim de semana, será efetuado no 1º (primeiro) dia útil em que houver expediente bancário após o vencimento.
- 13.5. Caso haja falta de pagamento da mensalidade do seguro ou seu cancelamento, será aplicado o disposto nos itens **14 - CANCELAMENTO DO SEGURO** e **15 - PRAZO DE TOLERÂNCIA E REABILITAÇÃO DO SEGURO**.

14. CANCELAMENTO DO SEGURO

- 14.1. **SE NÃO HOUVER O PAGAMENTO DA 1ª (PRIMEIRA) MENSALIDADE DO SEGURO, ATÉ A DATA DE SEU VENCIMENTO CARACTERIZARÁ A NÃO CONTRATAÇÃO OU NÃO RENOVAÇÃO DO SEGURO.**
- 14.2. **DECORRIDO O PRAZO DE INADIMPLÊNCIA ESTABELECIDO NO ITEM 15 - PRAZO DE TOLERÂNCIA E REABILITAÇÃO DO SEGURO, SEM QUE TENHA(M) SIDO RETOMADO O PAGAMENTO DO PRÊMIO, O SEGURO FICARÁ AUTOMATICAMENTE E DE PLENO DIREITO CANCELADO, INDEPENDENTE DE QUALQUER INTERPELAÇÃO JUDICIAL OU EXTRAJUDICIAL, SEM QUE CAIBA RESTITUIÇÃO DE QUALQUER MENSALIDADE DO SEGURO JÁ PAGA.**
- 14.3. Se o segurado tiver o desejo de cancelar o seguro, deverá encaminhar à seguradora o pedido por carta de próprio punho e assinada.
- 14.4. No caso de morte do segurado, o seguro será extinto automaticamente na data do evento coberto.
- 14.5. Em caso de cancelamento, não haverá devolução de prêmio, sendo garantida a cobertura de acordo com o prêmio pago.

15. PRAZO DE TOLERÂNCIA E REABILITAÇÃO DO SEGURO

- 15.1. NA FALTA DE PAGAMENTO DE MENSALIDADE POSTERIOR À PRIMEIRA, SERÁ INICIADO O PRAZO DE TOLERÂNCIA.**
- 15.2. NÃO HAVERÁ CANCELAMENTO DA COBERTURA ENQUANTO NÃO OCORRER A FALTA DE PAGAMENTO DE OUTRA MENSALIDADE, CONSECUTIVAS OU NÃO, DESTA FORMA, ESTARÃO COBERTOS OS SINISTROS OCORRIDOS ANTES DO CANCELAMENTO DA COBERTURA, E, SERÁ SUBTRAÍDO DA INDENIZAÇÃO O VALOR DA MENSALIDADE PENDENTE.**
- 15.3. A Seguradora enviará correspondência ao segurado em até 10 (dez) dias após a falta de pagamento da 1ª (primeira) mensalidade, advertindo quanto à necessidade de quitação do prêmio de seguro em atraso até a data de vencimento da 2ª (segunda) mensalidade, sob pena de cancelamento do contrato. Esta correspondência funciona como notificação para o cumprimento da contraprestação do contrato (pagamento do prêmio), sob pena da aplicação do disposto no item 15.4 destas condições gerais.**
- 15.4. O NÃO PAGAMENTO DO PRÊMIO NO PRAZO DEFINIDO NA CORRESPONDÊNCIA DE QUE TRATA O ITEM 15.3 RESULTARÁ NO CANCELAMENTO DO SEGURO, E NÃO PODERÁ MAIS SER REATIVADO. HAVENDO INTERESSE DEVERÁ SER CONTRATADO UM NOVO SEGURO ATENDENDO TODOS OS PRÉ-REQUISITOS PARA ACEITAÇÃO DO PROPONENTE NO SEGURO, CONFORME O DISPOSTO NO ITEM 8 DESTAS CONDIÇÕES GERAIS. EM CASO DE NOVA CONTRATAÇÃO, NÃO SERÁ ADMITIDO QUALQUER VÍNCULO COM O SEGURO CANCELADO POR FALTA DE PAGAMENTO.**
- 15.5. AS MENSALIDADES ATRASADAS SERÃO COBRADAS DE UMA SÓ VEZ E ACRESCIDAS DA VARIAÇÃO DO IPCA/IBGE - ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, CALCULADA NA BASE PRÓ-RATA DIA, OU POR OUTRO ÍNDICE OFICIAL QUE VENHA A SUBSTITUÍ-LO.**
- 15.6. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 15.5, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O PRÊMIO ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE, DE 0,25% AO MÊS “PRO-RATA TEMPORIS”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO VENCIMENTO DO PRÊMIO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.**

16. TÉRMINO DA COBERTURA

- 16.1. A cobertura terminará:**
- a) quando o segurado solicitar por escrito à seguradora o cancelamento da apólice;**
 - b) quando o segurado deixar de contribuir com o prêmio;**
 - c) quando terminar o período de vigência correspondente ao prêmio de seguro efetivamente pago;**
 - d) com o falecimento do segurado titular, a partir da data da morte;**
 - e) com a dissolução do matrimônio, o cônjuge perderá automaticamente o direito a cobertura descrita no item 5.3.2.;**
 - f) para os filhos maiores de 21 (vinte e um) anos ou 24 (vinte e quatro) anos, quando cabíveis.**

17. BENEFICIÁRIOS

- 17.1.** Para a cobertura de **Reembolso de Despesas com Funeral (RF)**, o beneficiário será o responsável pelo acionamento da prestação de serviços ou quem comprovar o pagamento das despesas efetuadas com o funeral.
- 17.2.** Para a cobertura de **Morte Acidental (MA)**, será paga de uma só vez e será devida ao(s) beneficiário(s) indicado(s) na proposta de contratação.
- 17.3.** Todo segurado deverá indicar, na respectiva proposta de contratação, o beneficiário do seguro.
- 17.4. O SEGURADO PODE SUBSTITUIR O BENEFICIÁRIO A QUALQUER MOMENTO, MEDIANTE CONTATO COM A CENTRAL DE ATENDIMENTO DA SEGURADORA E ENVIO DE CORRESPONDÊNCIA ASSINADA, INDICANDO OS NOVOS BENEFICIÁRIOS.**
- 17.4.1. O CONTATO COM A CENTRAL DE ATENDIMENTO NÃO FINALIZA A SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO E NÃO DISPENSA O ENVIO DE CORRESPONDÊNCIA DEVIDAMENTE ASSINADA.**
- 17.4.2. QUALQUER ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO SOMENTE TERÁ VALIDADE 24 HORAS DA DATA DE PROTOCOLO NA SEGURADORA DA CARTA DE SOLICITAÇÃO ASSINADA PELO SEGURADO.**
- 17.4.3. EM CASO DE NÃO RECEBIMENTO DA CARTA SOLICITANDO A ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO, A SEGURADORA APLICARÁ A DISTRIBUIÇÃO DO CAPITAL SEGURADO CONFORME INDICAÇÃO IMEDIATAMENTE ANTERIOR.**
- 17.5. EM CASO DE INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIO IMPEDIDO POR LEI OU QUE TENHA PROVOCADO A MORTE DO SEGURADO, OU AINDA, NA IMPOSSIBILIDADE DE PAGAMENTO AO(S) BENEFICIÁRIO(S) INDICADO(S), A INDENIZAÇÃO SERÁ PAGA CONFORME DISPOSTO NO ARTIGO 1.829 DO CÓDIGO CIVIL.**
- 17.6. CASO A SOMA DOS PERCENTUAIS DE DISTRIBUIÇÃO DE CAPITAL SEGURADO AO(S) BENEFICIÁRIO(S) INDICADO(S) ULTRAPASSE EQUIVOCADAMENTE 100% (CEM POR CENTO), SERÁ APLICADA A SEGUINTE REGRA:**
- 17.6.1. SERÃO RATEADOS ENTRE OS BENEFICIÁRIOS, OBEDECENDO-SE À MESMA PROPORÇÃO DOS PERCENTUAIS ORIGINALMENTE INDICADOS PELO SEGURADO.**
- 17.7. CASO A SOMA DOS PERCENTUAIS DE DISTRIBUIÇÃO DE CAPITAL SEGURADO AOS BENEFICIÁRIOS NÃO ATINJA 100% (CEM POR CENTO), DEVIDO A EQUÍVOCO DO SEGURADO NA DETERMINAÇÃO DESSES PERCENTUAIS, SERÁ APLICADA A SEGUINTE REGRA:**
- 17.7.1. SERÁ DISTRIBUÍDO ENTRE ELES, OBEDECENDO-SE À MESMA PROPORÇÃO DOS INDICADOS PELO SEGURADO.**
- 17.8. NO CASO DE MORTE DO BENEFICIÁRIO INDICADO NA PROPOSTA, OCORRIDO EM DATA ANTERIOR A MORTE DO SEGURADO, O SEGURADO PODERÁ PROPOR NOVA INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIO. CASO NÃO HAJA A INDICAÇÃO, A PARTE DESTINADA AO BENEFICIÁRIO PRÉ-MORTO SERÁ RATEADA ENTRE OS DEMAIS BENEFICIÁRIOS INDICADOS, DE ACORDO COM A PROPORÇÃO DO PERCENTUAL ORIGINALMENTE DEFINIDO PELO SEGURADO PARA CADA BENEFICIÁRIO.**
- 17.8.1. CASO NÃO HAJA OUTRO(S) BENEFICIÁRIO(S) INDICADO(S), SERÁ APLICADO O DISPOSTO NO ARTIGO 792 DO CÓDIGO CIVIL.**

18. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 18.1.** No caso de ocorrência de evento coberto, o(s) beneficiário(s) ou seu representante legal, deverá apresentar a sociedade seguradora os documentos listados nos itens 18.2 e/ou 18.6, por meio da central de atendimento, impresso próprio, carta, telegrama ou fax e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à seguradora.
- 18.2.** Para cobertura de **Reembolso de Despesas com Funeral (RF)**, em caso de **reembolso**, para o processo de regulação do sinistro, o beneficiário deverá apresentar os documentos relacionados abaixo:
- a) Aviso de Sinistro;
 - b) Cópia da certidão de óbito do segurado;
 - c) Original das Notas fiscais e recibos das despesas com o funeral;
 - d) Cópia do RG ou CPF da pessoa que efetuou o pagamento das despesas com o funeral.
- 18.3.** As despesas para comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação correrão por conta do beneficiário, exceto aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.
- 18.4.** O prazo máximo para o pagamento da indenização é de 10 (dez) dias corridos contados a partir da data de protocolo de entrega da documentação comprobatória, requerida nos documentos contratuais, junto à sociedade Seguradora.
- 18.4.1.** Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 10 (dez) dias conforme descrito acima, o capital segurado será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo - Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional.
- 18.5.** Quando a cobertura de reembolso das despesas com funeral for substituída pela prestação de serviços, os benefícios deverão ser prestados **no prazo máximo de 24 (horas) contados a partir da data e hora de protocolo de entrega da documentação comprobatória**, requerida nos documentos contratuais, junto à sociedade Seguradora.
- 18.6.** Documentação para o evento **Morte Acidental**:
- a) Aviso de sinistro;
 - b) Cópia da certidão de óbito do segurado;
 - c) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO), se for o caso;
 - d) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), se acidente automobilístico e o segurado for o condutor;
 - e) Documentos de identificação do(s) beneficiários:
 - i. Cópias de RG(s) e CPF(s) do(s) beneficiário(s) indicado(s). Na falta do RG, para beneficiário(s) menor(es) de idade poderá(ão) ser enviada(s) cópia(s) autenticada(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento;
- 18.6.1.** Os menores de dezoito anos deverão ser assistidos por um dos seus pais, e na sua falta, por quem legalmente os represente nos atos da vida civil, mediante apresentação de documentação comprobatória.
- 18.7.** O valor a ser indenizado ao beneficiário será igual ao valor do capital segurado vigente na data do evento.

- 18.8. Quando a seguradora recusar a cobertura de um evento com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicar o fato ao(s) beneficiário(s) por escrito, no prazo de 10 (dez) dias contados da data de entrega de toda a documentação que constatou e fundamentou a recusa, informando os motivos para a mesma.
- 18.9. As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro.

19. PERDA DE DIREITOS

- 19.1. A SEGURADORA NÃO PAGARÁ QUALQUER INDENIZAÇÃO, NEM RESTITUIRÁ O(S) PRÊMIO(S) DO SEGURO E TERÁ AINDA DIREITO AO RECEBIMENTO DO PRÊMIO VENCIDO, SE O SEGURADO, SEUS PREPOSTOS, SEUS BENEFICIÁRIOS, SEU CORRETOR OU SEUS REPRESENTANTES LEGAIS:
- A) FIZER(EM) DECLARAÇÕES ERRADAS OU OMITIR(EM) CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM AFETAR A ACEITAÇÃO DA PROPOSTA OU NO VALOR DO PRÊMIO. NESTE CASO, O SEGURADO FICARÁ OBRIGADO AO PAGAMENTO DO PRÊMIO VENCIDO;
 - B) FALTAR(EM) COM O CUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES AJUSTADAS NO CONTRATO DE SEGURO;
 - C) NO CASO DE FRAUDE CONSUMADA OU TENTATIVA DE FRAUDE SIMULANDO ACIDENTE OU AGRAVANDO AS SUAS CONSEQUÊNCIAS.
- 19.2. SE A INEXATIDÃO OU A OMISSÃO NAS DECLARAÇÕES PREVISTAS NO ITEM 19.1., ALÍNEA "A" NÃO RESULTAR DE MÁ-FÉ, A SEGURADORA PODERÁ:
- I. NA HIPÓTESE DE NÃO OCORRÊNCIA DO SINISTRO:
 - A) CANCELAR O SEGURO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, A PARCELA PROPORCIONAL AO TEMPO DECORRIDO; OU
 - B) MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA.
 - II. 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. O SEGURADO É OBRIGADO A COMUNICAR À SEGURADORA LOGO QUE SAIBA DE TODA E QUALQUER POSSIBILIDADE DE AGRAVAR CONSIDERAVELMENTE O RISCO COBERTO, SOB PENA DE PERDER O DIREITO À GARANTIA, SE PROVADO QUE SILENCIOU DE MÁ-FÉ, CONFORME ARTIGO 769 DO CÓDIGO CIVIL.
- 19.3.1. RECEBIDA A COMUNICAÇÃO FORMALIZADA A RESPEITO DE QUALQUER INCIDENTE QUE AGRAVE O RISCO, SEM CULPA GRAVE DO SEGURADO, A SEGURADORA PODERÁ RESCINDIR O CONTRATO DE SEGURO, NO PRAZO MÁXIMO DE 15 (QUINZE) DIAS APÓS O RECEBIMENTO DO AVISO DA AGRAVAÇÃO DO RISCO, MEDIANTE COMUNICAÇÃO POR ESCRITO AO SEGURADO.
- 19.3.2. RESCISÃO DO CONTRATO DE SEGURO SÓ SERÁ VÁLIDA 30 (TRINTA) DIAS APÓS A NOTIFICAÇÃO, DEVENDO SER RESTITUÍDA A DIFERENÇA DO PRÊMIO, CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO PERÍODO A DECORRER.

20. PRESCRIÇÃO

20.1. Os prazos prescricionais, ou de perda dos direitos, são aqueles definidos em Lei.

21. DISPOSIÇÕES GERAIS

21.1. Os tributos que incidirem ou vierem a incidir sobre os prêmios serão pagos por quem a legislação vigente determinar.

21.2. **A contratação de planos de microsseguro de pessoas é limitada em 2 (duas) contratações sobre o risco coberto para um mesmo segurado por companhia seguradora dentro de períodos de vigência sobrepostos e respeitado o limite de capital segurado da legislação em vigor.**

21.3. **O registro destas condições gerais na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.**

21.4. **As condições contratuais deste produto 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.**

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

21.6. Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da seguradora.

21.7. A propaganda e a promoção do seguro, somente podem ser feitas com autorização, por escrito, e supervisão da seguradora, respeitadas as condições gerais e as normas de seguro, ficando a seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

22. CANAL DE DISTRIBUIÇÃO

22.1. O presente microsseguro será comercializado pelos canais de distribuição da instituição financeira que fará a divulgação do plano.

23. SORTEIO

23.1. A Seguradora cederá ao Segurado o direito de participação em sorteios mensais a partir do plano de capitalização adquirido e custeado pela mesma.

23.2. Mensalmente cada segurado receberá um número da sorte e a divulgação dos números e resultados será feita pelo mesmo canal de distribuição do seguro, conforme item 22.

23.3. Estarão elegíveis apenas os segurados ativos e vigentes no período de apuração para o sorteio.

23.4. Em caso de cancelamento da proposta durante o período de apuração dos elegíveis, o segurado perderá o direito a participar do sorteio.

23.5. Será facultada a seguradora a renovação ou não do contrato com a sociedade de capitalização após seu vencimento, não sendo necessária prévia anuência dos segurados.

24. FORO

24.1. Fica eleito o Foro da Comarca de domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE - DIH Acidente

1. OBJETO DO PLANO

O objetivo destas condições especiais é aumentar a cobertura do plano BB Microsseguro Proteção Pessoal oferecendo em caso de acidente com o segurado titular do plano, tendo ele que ficar internado em hospital, será feito o pagamento ao próprio segurado de uma indenização fixa, por cada dia de internação hospitalar.

2. DEFINIÇÕES

Diária de Internação Hospitalar: é o valor contratado pelo segurado por dia, por período superior a 24 (vinte e quatro) horas de hospitalização, comprovados através de notas fiscais ou qualquer outro instrumento legal de cobrança, pedido médico de internação acompanhado de relatório médico ou declaração do hospital onde ocorreu a internação.

Hospital: instituição legalmente autorizada pelo Ministério da Saúde correspondente, para o diagnóstico, cuidados médicos e cirúrgicos de feridos ou doentes, oferecendo centros cirúrgicos, médicos e enfermeiras certificados, disponíveis 24 horas por dia. **Não entende-se como estabelecimento hospitalar: casa de saúde, ambulatórios, instituições para atendimento de deficientes mentais e/ou doentes psiquiátricos, centro de diagnose, laboratórios, “day hospital”, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescença para idosos ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool.**

Médico: é o profissional cadastrado no CRM (Conselho Regional de Medicina) legalmente autorizado a exercer a prática da medicina.

Tratamentos Cirúrgicos: aqueles que exigem ato cirúrgico em regime de internação hospitalar, resultantes de acidente pessoal ocorrido com o segurado.

Tratamentos Clínicos: aqueles que, por sua gravidade ou complexidade, exigem internações hospitalares, resultantes de acidente pessoal ocorrido com o segurado.

UTI (Unidade de Terapia Intensiva) ou CTI (Centro de Terapia Intensiva): unidade complexa de um hospital dotada de sistema de monitorização contínua que admite pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos e que com o suporte e tratamento intensivos tenham possibilidade de se recuperar.

3. COBERTURA

3.1. Cobertura de Diárias de Internação Hospitalar decorrente de Acidente (DIH_{Acidente}): Consiste no pagamento de indenização proporcional ao período de internação hospitalar do segurado, limitado ao número máximo de diárias estabelecido nas condições especiais e observadas a franquia e/ou carência, quando previstas, sendo vedada a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares incorridas.

3.1.1. Evento Coberto: Internações em Hospital por causa de acidente com o segurado titular.

3.1.2. Esta cobertura não poderá ser contrata separadamente das coberturas definidas nas condições gerais deste plano.

3.1.3. A contratação desta cobertura não implica em garantia de internação hospitalar. A responsabilidade pela obtenção de vaga para internação em hospital é do próprio segurado, de seus familiares ou de seu acompanhante.

- 3.1.4.** A indenização será paga somente após alta médica para contabilização dos dias de internação.
- 3.1.5. Âmbito Geográfico:** A cobertura deste seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.
- 3.1.6. Limite Máximo de Eventos:** Será limitado em **3 (três) internações hospitalares por acidente ao ano** para esta cobertura.
- 3.1.7. Limite Máximo de Diárias:** Haverá cobertura para **no máximo 45 (quarenta e cinco) diárias** de internação hospitalar por acidente ao ano, respeitando o limite de máximo de eventos.
- 3.1.7.1.** Os casos de re-internação, isto é, **nova internação após alta médica, mas por causa do mesmo acidente**, serão somadas as diárias da internação anterior e respeitado o limite máximo de 45 diárias, não sendo considerado como outro evento.
- 3.1.8. Capital Segurado:** O capital segurado desta cobertura será correspondente a R\$ 50,00 (cinquenta reais) vezes a quantidade de diárias de internação hospitalar por acidente.
- 3.1.8.1.** Para cálculo da responsabilidade da Seguradora e do capital segurado, considera-se **a quantidade de diárias a partir da data da internação hospitalar subtraindo o período de franquia**, conforme definido no item 4 - **FRANQUIA**.

4. FRANQUIA

- 4.1.** Será aplicada franquia de 24 (vinte e quatro) horas, desta forma a indenização será paga a partir do 2º (segundo) dia de internação hospitalar.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

- 5.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA GARANTIA DESTA COBERTURA AS INTERNAÇÕES OCORRIDAS EM CONSEQUÊNCIA DE:**
- 5.1.1. INTERCORRÊNCIA OU COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO;**
- 5.1.2. ACIDENTES CARDIOVASCULARES, ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC), ANEURISMA, SÍNCOPE, APOPLEXIA, EPILEPSIA E ACIDENTES MÉDICOS, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE COBERTO;**
- 5.1.3. ACIDENTES SOFRIDOS ANTES DA CONTRATAÇÃO DO SEGURO, AINDA QUE SUAS SEQUELAS TENHAM SE MANIFESTADO DURANTE SUA VIGÊNCIA; E**
- 5.1.4. CIRURGIAS PLÁSTICAS OU TRATAMENTOS ESTÉTICOS, EXCETO SE TIVER FINALIDADE COMPROVADAMENTE RESTAUDORA DE DANO PROVOCADO POR ACIDENTE PESSOAL COBERTO.**

6. INÍCIO DA COBERTURA

- 6.1.** A cobertura de Diárias de Internação Hospitalar decorrente de Acidente começará a vigorar a partir da data de aceitação do seguro ou do endosso de inclusão da cobertura.

7. BENEFICIÁRIOS

- 7.1. Considera-se como beneficiário desta cobertura o próprio segurado.
- 7.2. Ocorrendo a morte do segurado antes que ele receba a indenização deverão ser aplicadas as regras conforme item 17 - BENEFICIÁRIOS das Condições Gerais.

8. TÉRMINO DA COBERTURA

8.1. A garantia desta cobertura termina:

- a) Quando ocorrer qualquer das hipóteses previstas nas condições gerais da apólice, para cancelamento, não renovação do seguro ou de término da cobertura do seguro;
- b) Na eventualidade de ocorrência de sinistro por Morte, a partir da data da morte;
- c) Quando for cancelada a cobertura de Diária de Internação Hospitalar decorrente de acidente (DIH_{Acidente}), a pedido o segurado titular;
- d) Quando indenizado a quantidade total de diárias contratadas para a cobertura de Diária de Internação Hospitalar, por ano;
- e) Quando esgotado o limite máximo de eventos por ano.

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 9.1. Ocorrendo a Internação Hospitalar decorrente de acidente, coberta pelo seguro, o segurado ou seu representante legal, deverá comunicar imediatamente o sinistro à Seguradora, por meio da central de atendimento da Aliança do Brasil.
- 9.2. **A regulação do sinistro se dará conforme definido no item 18 das Condições Gerais.**
- 9.3. Além dos documentos descritos no item 18.2 alíneas “a”, para o processo de regulação da cobertura de Diárias de Internação Hospitalar decorrente de acidente deverão ser apresentados também os seguintes documentos:
- a) Cópia do documento de identificação do(a) segurado(a);
 - b) Relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas e diagnósticos necessários;
- 9.4. **O pagamento da indenização não tem caráter de reembolso.**
- 9.5. Quando a comunicação da internação não atender os pré-requisitos citados no item 9.3, a seguradora poderá exigir do médico-assistente e da instituição hospitalar documentação complementar que caracterize, suficientemente, a internação.
- 9.6. **Quando a Seguradora recusar o sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicar o fato ao(s) beneficiário(s) por escrito, no prazo de 10 (dez) dias contados da data da entrega da documentação comprobatória, requerida nos documentos contratuais, expressando os motivos.**

10. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 10.1. Aplicam-se às coberturas previstas nesta cláusula adicional todos os termos e as disposições contidas nas condições gerais que não contrariem os dispositivos expressos nesta Condição Especial.