

SEGURO DE PESSOAS
OMINT IDEAL
SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

**CONDIÇÕES GERAIS E
ESPECIAIS DE PRODUTO**

Omint | **VIDA INDIVIDUAL**
SEGUROS

Agosto/2020

I - CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO	7
2. DEFINIÇÕES – TERMOS TÉCNICOS	7
3. COBERTURAS.....	14
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	15
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS	17
6. ACEITAÇÃO DO SEGURO	17
7. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	18
8. CARÊNCIAS.....	18
9. PAGAMENTO DE PRÊMIOS.....	19
10. PERÍODO DE TOLERÂNCIA.....	20
11. CAPITAL SEGURADO.....	20
12. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO.....	20
13. OCORRÊNCIA DE SINISTROS	23
14. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	24
15. JUNTA MÉDICA.....	25
16. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S)	26
17. CANCELAMENTO DO SEGURO	26
18. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO.....	27
19. PERÍODO DE NÃO CONTESTAÇÃO.....	28
20. MODIFICAÇÃO DE RISCO	28
21. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	29
22. FORO CONTRATUAL	29

COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	30
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	30
3. CAPITAL SEGURADO.....	30
4. BENEFICIÁRIO	30
5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	30
6. DISPOSIÇÕES GERAIS	31

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	32
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	32
3. CAPITAL SEGURADO.....	32
4. BENEFICIÁRIO	33
5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	33
6. DISPOSIÇÕES GERAIS	33

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	34
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	39
3. CAPITAL SEGURADO.....	39
4. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	39
5. CANCELAMENTO	40
6. DISPOSIÇÕES GERAIS	40

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE MAJORADA

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	41
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	41
3. CAPITAL SEGURADO.....	42
4. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	42
5. CANCELAMENTO.....	43
6. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	43

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	44
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	45
3. CAPITAL SEGURADO.....	45
4. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	46
5. CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	46
6. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	46

COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	47
2. CONCEITOS.....	47
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	48
4. CAPITAL SEGURADO.....	49
5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	49
6. COMPROVAÇÃO DE INVALIDEZ.....	50
7. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO.....	53
8. CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	53
9. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	53

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	54
2. CARÊNCIA.....	54
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	54
4. CAPITAL SEGURADO.....	55
5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	55
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	55
7. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	56

COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	57
2. CARÊNCIA.....	57
3. DOENÇAS GRAVES E PROCEDIMENTOS MÉDICOS COBERTOS.....	57
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	60
5. CAPITAL SEGURADO.....	60
6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	61
7. CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	61
8. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	61

COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES AMPLIADA

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	62
2. CARÊNCIA.....	62
3. DOENÇAS GRAVES E PROCEDIMENTOS MÉDICOS COBERTOS.....	62
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	66
5. CAPITAL SEGURADO.....	67
6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	67
7. CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	67
8. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	68

COBERTURA DE FUNERAL INDIVIDUAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	69
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	69
3. CAPITAL SEGURADO.....	69
4. BENEFICIÁRIO	69
5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	69
6. DISPOSIÇÕES GERAIS	70

COBERTURA DE FUNERAL FAMILIAR

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	71
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	71
3. CAPITAL SEGURADO.....	71
4. BENEFICIÁRIO	71
5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	72
6. DISPOSIÇÕES GERAIS	73

COBERTURA DE JAZIGO

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

I - CONDIÇÕES GERAIS

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

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O presente seguro, vigente por período predeterminado, tem por objetivo garantir ao Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) o pagamento de indenização ou reembolso, 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. **Esse seguro está estruturado 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.**

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

2. DEFINIÇÕES – TERMOS TÉCNICOS

Ficam a seguir definidos os termos técnicos utilizados neste contrato:

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

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

Não se incluem no conceito de Acidente Pessoal:

- a) **as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**

- b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas 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 aumente 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 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 ou os Beneficiários à OMINT Seguros, assim que dele tenha conhecimento.

Beneficiário(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).

Coberturas: diversas garantias passíveis de contratação, disponibilizadas pela OMINT Seguros e definidas nas Condições Especiais. As Coberturas contratadas e suas particularidades constarão expressamente da Apólice de Seguro.

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

Condições Especiais: conjunto de disposições específicas das Coberturas, que, eventualmente, alteram e prevalecem sobre as Condições Gerais.

Condições Gerais: conjunto das cláusulas que regem um mesmo Plano de Seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Omint Seguros, 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 autorizada a angariar e promover contratos de seguro entre as Seguradoras e o Segurado. É um profissional autônomo escolhido pelo Segurado e/ou pelo seu representante legal junto à Seguradora.

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

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

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

Declaração Pessoal de Saúde e Atividade: 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 e/ou de Reabilitação, 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.

Domicílio: é o endereço de residência do SEGURADO no Brasil, por ele declarado no momento da contratação do seguro.

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 e não excluído nas Condições Gerais ou Especiais do Contrato de Seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seu(s) Beneficiário(s).

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

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

Fratura Óssea: é a perda da continuidade óssea, geralmente com separação de um osso em dois ou mais fragmentos, após um dos traumatismos.

Garantias: designação utilizada para definir as responsabilidades assumidas pela Seguradora em função do seguro contratado.

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.

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.

Prêmio: valor pago 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 interessada em contratar a(s) cobertura(s) do seguro.

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

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 Evento Coberto.

Renovação: recondução do Contrato de Seguro por novo período, por meio de emissão de nova Apólice, 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.

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

Seguradora: sociedade legalmente autorizada que, mediante recebimento do Prêmio, assume os riscos e garante o pagamento da Indenização em caso de ocorrência de Evento Coberto. É a Omint Seguros S.A..

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

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.

2.1. DEFINIÇÕES - TERMOS TÉCNICOS DAS CONDIÇÕES ESPECIAIS

Agravo Mórbido: evolução com piora de uma doença.

Alienação Mental: distúrbio mental ou neuro mental 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 aufera 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hígido: saudável.

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

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

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

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

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

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

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

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

3. COBERTURAS

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

- 3.1.1. Morte (M)**
- 3.1.2. Morte Acidental (MA)**
- 3.1.3. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)**
- 3.1.4. Invalidez Permanente por Acidente Majorada (IPA-Maj)**
- 3.1.5. Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)**
- 3.1.6. Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)**
- 3.1.7. Diagnóstico de Câncer (DC)**
- 3.1.8. Doenças Graves (DG)**
- 3.1.9. Doenças Graves Ampliada (DGA)**
- 3.1.10. Funeral Individual (FI)**
- 3.1.11. Funeral Familiar (FF)**
- 3.1.12. Jazigo (J)**

3.2. As coberturas contratadas pelo Segurado estarão expressas na Apólice de Seguro.

3.3. Deverá ser contratada, no mínimo, a cobertura de Morte ou de Morte Acidental.

3.4. As Coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Invalidez Permanente Total por Acidente não poderão ser contratadas simultaneamente.

3.5. A Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente Majorada só poderá ser contratada simultaneamente com a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

3.6. A cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, somente poderá ser contratada conjuntamente com as coberturas de Morte e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente ou Invalidez Permanente Total por Acidente.

3.7. As Coberturas de Diagnóstico de Câncer, Doenças Graves e Doenças Graves Ampliada não poderão ser contratadas simultaneamente.

3.8. As coberturas de Funeral Individual e Funeral Familiar não poderão ser contratadas conjuntamente.

3.9. A cobertura de Jazigo só poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Funeral Individual ou Funeral Familiar.

3.10. Na hipótese de contratação simultânea e recolhimento de Prêmio das coberturas de Morte e Morte Acidental, ocorrendo Sinistro de morte por Acidente Pessoal coberto, serão pagos os Capitais Segurados das duas coberturas.

3.11. O pagamento da Indenização por Morte, Morte Acidental, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, Funeral Individual, Funeral Familiar e/ou Jazigo, na hipótese de falecimento do Segurado, implica o cancelamento do seguro para toda e qualquer cobertura contratada.

3.12. Se, depois de paga a Indenização pela Cobertura de Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) ou Invalidez Permanente por Acidente Majorada (IPA Maj.), o Segurado vier a óbito, 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 de Morte e/ou Morte Acidental, de acordo com as coberturas contratadas.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídos das coberturas do seguro os eventos ocorridos em consequência:

- a) de doenças ou lesões preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Contratação;**
- 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 voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do segurado, ocorrido nos primeiros 2 (dois) anos contados a partir da data de início da vigência do seguro;**
- f) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto nos casos de utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**

- g) de danos sofridos em decorrência de fenômenos da natureza, de caráter extraordinário, tais como inundações, terremotos, erupções vulcânicas, tempestade ciclônica atípica, furacões, maremotos, quedas de corpos siderais, meteoritos ou quaisquer cataclismos decorrentes de catástrofes naturais ou calamidade pública;**
- h) de perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;**
- i) de viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem;**
- j) direta ou indiretamente de ato terrorista, cabendo à Omint Seguros comprovar com toda documentação hábil, acompanhada de laudo que caracterize a natureza do atentado, independentemente do seu propósito, desde que tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade competente;**
- k) de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo(s) Beneficiário(s) ou pelo representante legal, de um ou de outro;**
- l) de acidentes ocorridos durante a participação do Segurado em apostas ou rachas;**
- m) de acidentes em que o Segurado, na condição de condutor de veículos ou equipamentos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares, que requeiram aptidão, não possua habilitação legal para tanto;**
- n) de qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto quando for diretamente decorrente de Acidente Pessoal;**
- o) de choque anafilático e suas consequências, exceto quando for diretamente decorrente de Acidente Pessoal;**
- p) de anomalias do nascimento, independentemente de quando se manifestem, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Contratação;**
- q) de toda e qualquer consequência resultante de morte ou lesões causadas, direta ou indiretamente por atividades criminosas ou dolosas do Segurado, bem como aqueles provocados por atos, ação ou omissão do Segurado, causados por má fé;**
- r) de cirurgias plásticas estéticas ou reparadoras, tratamentos estéticos ou rejuvenescedores;**
- s) de danos sofridos em consequência da prática de desportos de competição, bem como nos treinos para competição e apostas; e**
- t) de gastos com funeral, urna ou cerimônia fúnebre, exceto se contratada a Cobertura de Funeral Individual ou de Funeral Familiar.**

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS

5.1. As coberturas contratadas serão aplicáveis em âmbito geográfico mundial, com exceção das Coberturas de Funeral Individual e Funeral Familiar para as quais o âmbito de cobertura será nacional nos casos em que haja a opção de prestação de serviço de Assistência Funeral, e não de reembolso de despesas.

6. ACEITAÇÃO DO SEGURO

6.1. Poderá ser aceito como Segurado todo Proponente com idade mínima de 18 (dezoito) e máxima de 65 (sessenta e cinco) anos de idade.

6.2. O presente seguro será contratado, alterado ou renovado mediante Proposta de Contratação, preenchida e assinada pelo Proponente, seu representante ou por 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, ficando a sua dispensa a critério da Omint.

6.2.1. O disposto neste item não se aplica aos seguros contratados por meios remotos, nos termos da regulamentação específica, no que se refere à assinatura do Proponente.

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

6.4. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias corridos para manifestar-se sobre a Proposta, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

6.4.1. A solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração da proposta poderá ser feita apenas uma vez, durante o referido prazo de 15 (quinze) dias corridos.

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

6.6. 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 corridos, caracterizará a aceitação tácita da Proposta de Contratação.

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

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

7. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

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

7.2. A Apólice de Seguro terá seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas da data para tal fim nela indicada.

7.3. O início e o término de Vigência de cada Cobertura serão fixados na Apólice de Seguro, conforme os critérios especificados nas respectivas Condições Especiais.

7.4. Caso a Proposta de Contratação tenha sido recepcionada pela Seguradora sem pagamento do Prêmio, o início de Vigência da Cobertura será a data da aceitação da Proposta de Contratação pela OMINT Seguros ou outra data acordada entre a OMINT Seguros e o Segurado. O fim de Vigência da cobertura não poderá ultrapassar o fim de Vigência da Apólice de Seguro.

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

7.5. A Vigência das Coberturas Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Permanente por Acidente Majorada, Invalidez Permanente Total por Acidente, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, Diagnóstico de Câncer, Doenças Graves, Doenças Graves Ampliada, Funeral Individual, Funeral Familiar e Jazigo poderá não coincidir com a Vigência das Coberturas de Morte e/ou Morte Acidental, devendo as coberturas iniciarem e terminarem dentro do prazo de Vigência da respectiva Apólice de Seguro.

7.6. Esse seguro é por prazo determinado e terá vigência de 1 (um) ano e poderá ser renovado automaticamente uma única vez, por igual período, salvo se a OMINT Seguros ou o Segurado, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, comunicar por escrito o desinteresse na renovação.

7.7. A Renovação automática do seguro só poderá ocorrer uma única vez, devendo as renovações posteriores serem feitas, obrigatoriamente, de forma expressa.

7.8. Respeitado o período correspondente ao Prêmio pago, a Cobertura cessa automaticamente no final do prazo de Vigência da Apólice de Seguro, caso esta não seja renovada.

7.9. Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar a Apólice de Seguro, deverá comunicar ao Segurado mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam ao final de Vigência da Apólice de Seguro.

8. CARÊNCIAS

8.1. Não haverá prazo de Carência para as coberturas de Morte, Morte Acidental, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Permanente por Acidente Majorada, Invalidez Permanente Total por Acidente, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, Funeral Individual, Funeral Familiar e Jazigo.

8.2. Para as coberturas de Diagnóstico de Câncer, Doenças Graves e Doenças Graves Ampliada, haverá período de Carência de 90 (noventa) dias, contados a partir do início de Vigência da Apólice de Seguro.

8.3. 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 Apólice de Seguro, bem como sobre as parcelas aumentadas dos capitais solicitados após o início de Vigência do seguro.

9. PAGAMENTO DE PRÊMIOS

9.1. Os prêmios serão pagos mensalmente, trimestralmente, semestralmente ou anualmente, de acordo com o estabelecido na Proposta de Contratação e sempre antecipadamente ao período de cobertura.

9.2. O pagamento do Prêmio será feito à Seguradora por meio da rede bancária, débito em conta corrente, cartão de débito ou de crédito ou, ainda, outras formas admitidas em lei, acordadas previamente entre o Segurado e a OMINT Seguros no momento da contratação.

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

9.4. Servirão de comprovante de pagamento do Prêmio:

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

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

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

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

9.7. Os prêmios em atraso serão acrescidos de atualização monetária pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA/IBGE ou, na falta deste, pelo Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo - IPC/FIPE além de juros moratórios de 6% (seis por cento) ao ano, calculados pro rata die.

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

9.9. Este seguro está estruturado sob Regime Financeiro de Repartição Simples, que não contempla o resgate ou a devolução de Prêmios pagos pelo Segurado.

10. PERÍODO DE TOLERÂNCIA

10.1. Será adotado o prazo 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 com desconto 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 de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo - IPC/FIPE.

10.3. A Omint notificará o responsável pelo pagamento do Prêmio, com antecedência de pelo menos 10 (dez) dias antes do término do prazo de tolerância, por meio de correspondência, advertindo-o quanto à necessidade de quitação dos Prêmios em atraso, sob pena de Cancelamento do seguro.

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

10.4. Transcorrido o prazo de tolerância, o seguro será automaticamente cancelado, sem que seja devido ao Segurado ou a seus Beneficiários a percepção proporcional de qualquer Indenização ou devolução dos Prêmios pagos.

10.5. Não será permitido qualquer pagamento ou repasse de Prêmio depois de esgotado o prazo de tolerância, salvo se previamente acordado por escrito com a Omint Seguros. Desse modo, se for realizado qualquer pagamento sem prévia autorização, este valor não será considerado e será restituído mediante a apresentação do respectivo comprovante à Omint Seguros.

11. CAPITAL SEGURADO

11.1. Para fins deste seguro, o Capital Segurado estabelecido na Apólice de Seguro 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.

11.2. O Capital Segurado para cada Cobertura contratada neste seguro estará estabelecido na Apólice de Seguro em moeda corrente nacional.

12. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO

12.1. O Capital Segurado contratado pelo Segurado e, por consequência, o respectivo Prêmio serão atualizados monetariamente a cada aniversário da Apólice de Seguro com base na variação acumulada do índice indicado no item 12.3 desta cláusula, durante o período de 12 (doze) meses anteriores, contados desde a última atualização anual.

12.2. Quando houver pagamento de Prêmio único ou de periodicidade anual, os Capitais Segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo índice previsto no item 12.3 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.

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

12.3.1. 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.

12.4. Além da atualização monetária, o valor dos Prêmios relativos às coberturas de Morte, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, Diagnóstico de Câncer, Doenças Graves, Doenças Graves Ampliada, Funeral Individual, Funeral Familiar e Jazigo sofrerá acréscimo em decorrência da mudança de idade do Segurado e conseqüente aumento do risco, com a finalidade de manter o equilíbrio atuarial, financeiro e econômico do plano, na forma da lei.

12.5. O acréscimo de que trata o item anterior será realizado anualmente, na data de aniversário da Apólice de Seguro, caso esta seja renovada, de acordo com a mudança de idade do Segurado, conforme a tabela a seguir:

Idade	Reenquadramento Etário por Cobertura								
	Morte / Funeral Individual / Jazigo	IFPD	Diagnóstico de Câncer (homens)	Diagnóstico de Câncer (mulheres)	Doenças Graves (homens)	Doenças Graves (mulheres)	Doenças Graves Ampliada (homens)	Doenças Graves Ampliada (mulheres)	Funeral Familiar
26	4,50%	0,70%	2,44%	8,80%	6,75%	9,72%	6,93%	9,68%	2,25%
27	4,15%	0,69%	4,76%	10,76%	7,18%	10,07%	6,93%	9,68%	2,12%
28	3,99%	1,03%	6,56%	12,15%	7,45%	8,74%	6,93%	8,13%	2,08%
29	3,84%	1,19%	6,24%	11,83%	7,30%	8,66%	6,93%	8,15%	2,04%
30	3,83%	1,51%	6,27%	11,69%	7,30%	8,66%	6,93%	8,17%	2,07%
31	3,56%	1,65%	6,58%	11,65%	7,41%	7,25%	6,93%	6,75%	1,96%
32	3,56%	2,11%	7,12%	11,65%	16,72%	13,32%	16,00%	12,75%	1,99%
33	3,56%	2,39%	7,32%	11,56%	7,65%	8,40%	6,91%	7,84%	2,02%
34	3,92%	2,64%	7,34%	11,40%	7,53%	3,21%	6,80%	2,70%	2,25%
35	4,68%	3,18%	7,66%	11,27%	8,07%	13,76%	7,29%	13,23%	2,74%
36	5,56%	3,38%	10,00%	11,15%	9,07%	8,31%	8,22%	7,84%	3,31%
37	6,61%	3,98%	10,60%	11,01%	10,34%	8,26%	9,43%	7,84%	4,03%
38	7,95%	4,37%	10,79%	10,93%	10,79%	8,20%	9,88%	7,84%	4,96%
39	9,16%	4,84%	10,75%	10,82%	10,71%	8,15%	9,86%	7,84%	5,88%
40	10,28%	5,37%	10,84%	10,64%	11,04%	8,11%	10,25%	7,84%	6,80%
41	11,26%	5,81%	10,98%	10,43%	11,62%	8,08%	10,89%	7,84%	7,69%
42	12,13%	6,27%	11,10%	6,91%	12,31%	8,07%	11,65%	7,83%	8,56%
43	12,73%	6,85%	10,93%	7,09%	12,34%	8,06%	11,80%	7,83%	9,28%

Idade	Reenquadramento Etário por Cobertura								
	Morte / Funeral Individual / Jazigo	IFPD	Diagnóstico de Câncer (homens)	Diagnóstico de Câncer (mulheres)	Doenças Graves (homens)	Doenças Graves (mulheres)	Doenças Graves Ampliada (homens)	Doenças Graves Ampliada (mulheres)	Funeral Familiar
44	12,88%	7,30%	10,69%	8,37%	12,00%	8,05%	11,56%	7,83%	9,69%
45	12,68%	7,90%	10,62%	5,85%	11,97%	8,03%	11,58%	7,83%	9,82%
46	12,26%	8,26%	10,98%	5,80%	12,12%	8,00%	11,75%	7,83%	9,73%
47	11,73%	8,81%	11,15%	14,58%	12,37%	7,97%	12,00%	7,83%	9,53%
48	11,10%	9,26%	10,99%	5,70%	12,47%	7,94%	12,12%	7,83%	9,20%
49	10,50%	9,66%	10,77%	5,65%	12,23%	7,92%	11,92%	7,83%	8,85%
50	9,83%	10,02%	10,71%	5,65%	11,82%	7,91%	11,54%	7,83%	8,41%
51	9,22%	10,48%	10,62%	5,63%	11,46%	7,90%	11,20%	7,83%	7,99%
52	8,60%	10,78%	10,73%	5,69%	10,90%	7,90%	10,65%	7,83%	7,54%
53	8,02%	11,12%	10,82%	5,88%	10,52%	7,91%	10,28%	7,82%	7,10%
54	7,56%	11,42%	10,79%	6,02%	10,19%	7,91%	9,96%	7,82%	6,75%
55	7,21%	11,69%	10,69%	5,94%	9,69%	7,90%	9,47%	7,82%	6,49%
56	6,92%	11,90%	10,57%	5,70%	-0,83%	2,75%	-1,01%	2,69%	6,27%
57	6,71%	12,17%	10,43%	5,31%	8,42%	7,86%	8,26%	7,82%	6,12%
58	6,60%	12,35%	10,25%	4,83%	7,74%	7,84%	7,60%	7,82%	6,05%
59	6,75%	12,53%	10,12%	4,50%	7,24%	7,82%	7,11%	7,81%	6,22%
60	7,15%	12,69%	10,10%	4,39%	6,95%	7,81%	6,83%	7,81%	6,62%
61	7,74%	12,82%	10,17%	4,50%	6,82%	7,81%	6,70%	7,81%	7,20%
62	8,43%	12,95%	0,27%	4,83%	6,82%	7,82%	6,70%	7,81%	7,88%
63	9,14%	13,06%	10,43%	5,24%	6,96%	7,83%	6,83%	7,80%	8,59%
64	9,73%	13,16%	10,48%	5,49%	6,96%	7,83%	6,83%	7,80%	9,19%
65	10,18%	13,23%	10,43%	5,56%	6,72%	7,82%	6,60%	7,80%	9,66%
66	10,49%	13,35%	1,12%	5,47%	6,29%	7,82%	6,18%	7,79%	10,01%
67	10,69%	13,39%	10,16%	5,26%	5,72%	7,81%	5,63%	7,79%	10,24%
68	10,80%	13,45%	9,98%	4,90%	5,06%	7,79%	4,98%	7,78%	10,39%
69	10,81%	13,50%	9,87%	4,65%	4,59%	7,78%	4,53%	7,78%	10,44%
70	10,75%	13,55%	9,84%	4,65%	4,41%	7,77%	4,34%	7,78%	10,42%
a partir de 71 anos	12,00%								

12.6. As coberturas de Morte Acidental, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Permanente por Acidente Majorada e Invalidez Permanente Total por Acidente não sofrerão alteração em função da mudança de idade do Segurado.

13. OCORRÊNCIA DE SINISTROS

13.1. 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.

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

13.2. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para finalização da regulação do Sinistro e pagamento do Capital Segurado eventualmente devido, contados a partir do recebimento pela Seguradora de toda documentação básica constante da Cláusula 14 (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.

13.3. 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 14 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) e seus subitens, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo mencionado no item 13.2 desta cláusula será suspenso, voltando a correr a partir do primeiro dia útil subsequente ao recebimento pela OMINT Seguros dos documentos e informações complementares.

13.3.1. Não respeitado o prazo previsto no item 13.2 desta cláusula, os valores das obrigações pecuniárias devidas serão acrescidos de juros moratórios e atualização monetária, de uma só vez, conforme definido nos subitens 13.4 e 13.5 desta cláusula, aplicados a partir da data do Evento, independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

13.4. As indenizações estarão sujeitas à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no item 12.3 destas Condições Gerais, a partir da data do Evento até a data do efetivo pagamento, na hipótese de não cumprimento do prazo estabelecido no item 13.2.

13.4.1. A atualização monetária será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de ocorrência do Sinistro e aquele publicado antes da data de sua efetiva liquidação.

13.5. A título de juros de mora, será utilizado o percentual de 6% (seis por cento) ao ano, calculado *pro rata die* a partir do dia seguinte ao término do prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 13.2 até a data do efetivo pagamento.

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

13.7. 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.

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

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

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

14. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

14.1. 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**:

14.1.1. 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 16.2 da Cláusula 16 (Designação e Alteração de Beneficiários).

14.1.2. Documentos do Segurado (cópias autenticadas):

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

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

- a) Carteira de Identidade (RG);
- b) CPF;
- c) Comprovante de residência;
- 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, se houver; 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).

14.1.4. 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.

14.2. Em qualquer hipótese, a OMINT Seguros poderá solicitar documentos complementares além daqueles já descritos nas Condições Contratuais, para término da liquidação do Sinistro.**14.3. 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.****15. JUNTA MÉDICA**

15.1. 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 formada por 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.

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

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

16. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S)

16.1. 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.

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

16.3. 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).

16.4. 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.

16.5. 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.

16.6. Se a OMINT Seguros não for cientificada até o período estabelecido no item 16.5 desta cláusula, quanto à substituição de Beneficiário(s), desobrigar-se-á, pagando o Capital Segurado ao antigo Beneficiário.

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

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

17. CANCELAMENTO DO SEGURO

17.1. 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;
- c) automaticamente, com o pagamento do Capital Segurado da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença;
- d) mediante solicitação do Segurado à Omint Seguros, hipótese em que não haverá qualquer devolução de valores;
- e) pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais ou das Condições Especiais;
- f) 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.

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

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

17.4. 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.

17.5. Durante a Vigência, a Apólice de Seguro não poderá ser cancelada pela Seguradora sob alegação de alteração da natureza dos riscos.

18. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

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

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

a) na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

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

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

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

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

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

- b) prática de dolo, fraude ou sua tentativa, simulação para obter ou majorar a Indenização ou, ainda, se o Segurado ou Beneficiário tentar obter vantagem indevida com o Sinistro;**
- c) agravamento intencional do risco objeto do contrato.**

19. PERÍODO DE NÃO CONTESTAÇÃO

19.1. 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 18 (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 Reabilitação; ou**
- b) 60 (sessenta) meses da data de emissão da Apólice ou da data de Reabilitação do seguro, aprovada pela Seguradora, caso o Segurado não tenha se submetido a exames médicos ou paramédicos e/ou laboratoriais solicitados e/ou oferecidos, opcionalmente, pela Seguradora, por ocasião da análise da Proposta de Contratação ou Reabilitação.**

20. MODIFICAÇÃO DE RISCO

20.1 O Segurado deverá comunicar à Seguradora, qualquer alteração ocorrida durante a Vigência da Apólice de Seguro que implique em circunstância que modifique a natureza dos Riscos Cobertos.

20.1.1 Considera-se alteração de risco, entre outras, as seguintes ocorrências:

- a) Mudança de profissão do Segurado;**
- b) Mudança de residência do Segurado para outro país;**
- c) Prática de esportes (profissional ou amador) tais como (mas não se limitando a estes): alpinismo, kitesurf, windsurf, ski aquático, caça submarina, rafting, mergulho com cilindro ou subaquático usando snorkel, navegação em cursos de águas rápidas (balsas, boias, outros), jet ski, wakeboarding, todo esporte de inverno praticado fora das pistas regulamentadas, escaladas de montanhas ou cavernas, motocross, mountain bike, boxe, qualquer tipo de artes marciais, pólo, rugby, hóquei em campo, hóquei no gelo, hóquei em patins, equitação/hipismo, automobilismo, skate, esgrima, asa-delta, lançamento de altura por corda elástica (bungee jumping), aviação, voo livre, paraquedismo ou similares (parapente, wingsuit, base jump), qualquer prática de esporte com utilização de armas brancas ou de fogo e demais esportes considerados de alto risco;**
- d) O hábito de fumar.**

20.1.2 O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o Risco Coberto, sob pena de perder direito à Cobertura, caso fique comprovado que silenciou por má-fé.

20.1.2.1 Tal comunicação será submetida novamente à análise de Aceitação do Risco.

20.1.2.2 Poderá a Seguradora, dentro dos 15 (quinze) dias corridos seguintes ao recebimento do aviso de agravação do Risco, dar ciência, por escrito, da decisão de cancelar a Cobertura contratada, restringi-la ou cobrar a diferença de Prêmio cabível.

20.2 O Cancelamento do seguro em razão da situação descrita no subitem anterior só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação ao Segurado, devendo ser restituída a diferença do Prêmio calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

20.3 A não comunicação de circunstâncias que caracterizem o agravamento de Risco implicará na perda ao direito do Capital Segurado contratado, conforme previsto no artigo 769 do Código Civil que dispõe sobre o dever do Segurado comunicar à Seguradora todo incidente que, de qualquer modo, possa agravar o Risco Coberto.

20.4 Doenças desenvolvidas e/ou descobertas após início da Vigência do seguro não serão motivo de nova análise de risco e, portanto, não há necessidade de serem comunicadas à Seguradora.

21. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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

22. FORO CONTRATUAL

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

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

1.2. A Cobertura de Morte não se acumula com as Coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Permanente Total por Acidente e Invalidez Permanente por Acidente Majorada, caso contratadas conjuntamente. Se, depois de paga a indenização por invalidez permanente por acidente, por quaisquer dessas coberturas, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pela cobertura de Morte, deduzida a importância já paga por invalidez, conforme item 3.12 das Condições Gerais.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

3. CAPITAL SEGURADO

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

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

4. BENEFICIÁRIO

4.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será pago ao(s) Beneficiário(s) indicado pelo Segurado ou, na falta de indicação, aos herdeiros legais, conforme indicado pela Cláusula 16 das Condições Gerais.

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Em caso de Sinistro, cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 13 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 14 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como:

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

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

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

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

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

1.3. A Cobertura de Morte Acidental não se acumula com as Coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Permanente Total por Acidente e Invalidez Permanente por Acidente Majorada, caso contratadas conjuntamente. Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente, por quaisquer dessas coberturas, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pela cobertura de Morte Acidental, deduzida a importância já paga por invalidez, conforme item 3.12 das Condições Gerais.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

3. CAPITAL SEGURADO

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

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

4. BENEFICIÁRIO

4.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será pago ao(s) Beneficiário(s) indicado pelo Segurado ou, na falta de indicação, aos herdeiros legais, conforme indicado pela Cláusula 16 (Designação e Alteração de Beneficiários) das Condições Gerais.

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Em caso de Sinistro, cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 13 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 14 (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.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA 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 Apólice de Seguro, exceto se o acidente for decorrente dos Riscos Excluídos, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

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

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

1.4. A Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente não se acumula com as Coberturas de Morte e 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 pelas coberturas de Morte e/ou Morte Acidental, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente, conforme item 3.12 das Condições Gerais.

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 total ou 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%, 50% e 25%, respectivamente.

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

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

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

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

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

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

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

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

DISCRIMINAÇÃO	SOBRE CAPITAL SEGURADO
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	%
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia Bilateral	100
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 fístulas	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 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do seguro, estão expressamente excluídos desta Cobertura os acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de:

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

3. CAPITAL SEGURADO

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

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

4. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

4.1. Em caso de Sinistro, cabe ao(s) Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 13 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 14 (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.

5. CANCELAMENTO

5.1. Caso haja caracterização de invalidez permanente e total de um ou mais membros do Segurado, que determine o pagamento integral do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, a Cobertura será cancelada, com a consequente devolução de Prêmios eventualmente pagos após o pagamento da indenização, devidamente atualizados.

5.2. Quando o Segurado atingir 70 (setenta) anos de idade, esta Cobertura será automaticamente cancelada.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE 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% do Capital Segurado caso seja constatada sua invalidez permanente por Acidente Pessoal, **decorrente de um dos eventos citados no item 1.4 destas Condições Especiais**. O pagamento será realizado após a conclusão do tratamento ou quando estiverem esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, desde que constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, em virtude de lesão física causada por Acidente Pessoal devidamente coberto e ocorrido durante o período de Vigência da Apólice de Seguro, exceto se o acidente for decorrente dos riscos excluídos, 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 2 das Condições Gerais (Definições – Termos Técnicos) das Condições Gerais deste seguro.

1.4. Os eventos que caracterizam a Invalidez Permanente 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 perda anatômica total do mesmo ou esmagamento com lesão vascular e nervosa grave.

1.6. A Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente Majorada não se acumula com as Coberturas de Morte e 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 pelas coberturas de Morte e/ou Morte Acidental, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente Majorada, conforme item 3.12 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 por acidente majorada.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

3. CAPITAL SEGURADO

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

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. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

4.1. Em caso de sinistro, cabe ao(s) Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 13 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 14 (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.

5. CANCELAMENTO

5.1. Reconhecida a Invalidez Permanente por Acidente Majorada pela Seguradora, a indenização será paga de uma única vez e a Cobertura será cancelada com a consequente devolução de Prêmios eventualmente pagos após o pagamento da indenização, devidamente atualizados.

5.2. Quando o Segurado atingir 70 (setenta) anos de idade, esta Cobertura será automaticamente cancelada.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, **desde que contratada e pago o Prêmio a ela correspondente**, garante ao Segurado o pagamento do valor do Capital Segurado contratado em caso de Invalidez Permanente por Acidente, caso haja a perda, redução ou impotência funcional **definitiva e total** de um membro ou órgão, especificada no item 1.11 destas Condições Especiais, em virtude de lesão física provocada por Acidente Pessoal devidamente coberto, ocorrido durante o período de vigência da Apólice, exceto se o acidente for decorrente dos riscos excluídos, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

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

1.3. Para fins desta cobertura, entende-se como **Invalidez Permanente Total por Acidente a perda, redução ou impotência funcional definitiva e total de um membro ou órgão constantes da Tabela prevista no item 1.11 desta Cobertura, em virtude de lesão física, causada por Acidente Pessoal devidamente coberto.**

1.4. A Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente não se acumula com as Coberturas de Morte e/ou 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 pelas coberturas de Morte e/ou Morte Acidental, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente, conforme item 3.12 das Condições Gerais.

1.5. Após conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e verificada a existência de invalidez permanente total por acidente avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará ao próprio Segurado, de uma só vez, uma Indenização correspondente a 100% do Capital Segurado contratado.

1.6. Quando o mesmo acidente resultar em invalidez definitiva e total de mais de um membro ou órgão, a Indenização corresponderá a 100% do valor do Capital Segurado, não podendo exceder esse montante.

1.7. 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.

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

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

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

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

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância 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. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

4.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 13 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 14 (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 em tratamento quando da entrega do aviso de sinistro.

5. CANCELAMENTO DA COBERTURA

5.1. Caso haja caracterização de invalidez permanente e total de um ou mais membros do Segurado, que determine o pagamento integral do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, a Cobertura será cancelada com a consequente devolução de Prêmios eventualmente pagos após o pagamento da Indenização, devidamente atualizados.

5.2. Quando o Segurado atingir 70 (setenta) anos de idade, esta Cobertura será automaticamente cancelada.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, **desde que contratada e pago o Prêmio a ela correspondente**, garante ao Segurado a antecipação do pagamento do Capital Segurado contratado para a cobertura de Morte, em caso de caracterização de invalidez funcional permanente total do Segurado, exclusivamente em consequência de doença que cause a perda da sua existência independente, conforme critérios específicos definidos nas **Cláusulas 2 e 6** destas Condições Especiais, exceto se decorrente de risco excluído, observadas as demais cláusulas constantes desta Condição Especial e das Condições Gerais do Seguro.

1.2. O pagamento do Capital Segurado em função da caracterização da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, desde que efetivamente comprovada, será considerado como uma antecipação da Cobertura de Morte, razão pela qual seu pagamento extinguirá imediata e automaticamente a Cobertura de Morte, assim como o presente seguro.

2. CONCEITOS

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

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

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao controle clínico;
- c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), **única e exclusivamente em decorrência de doença**;
- e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;

g) Deficiência visual, decorrente de doença:

- . Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- . Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- . Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
- . Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;**i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:**

- . Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
- . Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
- . Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

2.3. Outros quadros clínicos serão reconhecidos como riscos cobertos, desde que atingida a pontuação necessária após avaliação por meio de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF) constante da **Cláusula 6 - Comprovação de Invalidez Funcional por Doença** destas Condições Especiais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta ou indiretamente, de lesão física e/ou psíquica causada por Acidente Pessoal;**
- b) quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas em que a causa determinante seja o exercício peculiar de alguma Atividade Profissional; e**
- c) doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.**

3.2. 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, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.

3.3. A apresentação de documentos médicos pelo Segurado que indiquem a caracterização de incapacidade parcial e/ou de natureza profissional não implica a caracterização do Sinistro, havendo necessidade de comprovação da perda da sua existência independente.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de Sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro, vigente na data da caracterização da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.

4.2. O Capital Segurado desta cobertura está limitado a 100% do capital da Cobertura de Morte.

4.3. Para efeito de determinação do valor do Capital Segurado, considera-se como data do evento a data da caracterização da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, indicada na declaração do médico assistente do Segurado.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de Sinistro, o Segurado deverá proceder conforme descrito na **Cláusula 13** (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na **Cláusula 14** (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) Declaração Médica com informações e registros médicos, contendo diagnóstico inicial, evolução e indicação da data **exata** do atingimento de um estágio de doença que se enquadre no conceito de Quadro Clínico Incapacitante, conforme definido nos **subitens 2.2 e 2.3** destas Condições Especiais e que justifique a inviabilidade de forma irreversível do Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado;
- b) Exames complementares realizados para o diagnóstico, acompanhamento e comprovação da doença incapacitante;
- c) Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver) ou comprovação da atividade exercida, se houver;
- d) A avaliação da perda cognitiva deverá incluir, além dos testes de memória, exames de sangue e imagens do cérebro (tomografia, PET, SPECT, ressonância magnética).

5.1.1. É facultado à OMINT Seguros, no caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do Sinistro e/ou, se for o caso, à sua liquidação.

5.1.2. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico sempre que a OMINT Seguros julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

5.2. A data da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença será a indicada na Declaração Médica, consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento ou, ainda, estabelecida por meio da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos a qualquer tempo.

6. COMPROVAÇÃO DE INVALIDEZ

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

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

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

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

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

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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE ASSISTÊNCIA À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELLECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E/OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.	20

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

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

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

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

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

7. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. Sendo reconhecida a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença pelo médico da Seguradora, esta pagará o valor do Capital Segurado de uma só vez ao próprio Segurado.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

8.1. O pagamento do Capital Segurado por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, desde que efetivamente comprovada, será considerado como uma antecipação da Cobertura de Morte, sendo que seu pagamento extinguirá imediata e automaticamente a cobertura de Morte, assim como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

8.2. Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, esta cobertura permanecerá em vigor, assim como a cobertura de Morte e as demais eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de Prêmios.

8.3. 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 à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

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 qualquer doença neoplásica (câncer), ocorrido durante a Vigência da Apólice de Seguro, 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 de câncer deverá ser comprovado por meio de exames médicos.

1.2. 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).

1.3. O Segurado somente terá direito à indenização se a doença neoplásica (câncer) 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.

1.4. 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 Apólice de Seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) tumores benignos ou pré-cancerosos;**
- b) tumores histologicamente classificados como pré-malignos, não invasivos ou in situ (incluindo carcinoma ductal ou lobular in situ da mama e neoplasia intra-epitelial cervical – NIC-1, NIC-2 e NIC-3);**
- c) câncer de próstata com diagnóstico histológico de T1N0M0, de acordo com a classificação internacional TNM;**
- d) Leucemia linfática crônica (LLC) inferior ao estágio RAI 3;**

- e) **Papilífero e carcinoma folicular de tireoide, com diagnóstico histológico de T1a* (tumor de 1 cm ou menos em sua maior dimensão), a menos que haja linfonodos e/ou metástase à distância;**
- f) **carcinoma basocelular e carcinoma de células escamosas da pele, exceto se houver metástase, e melanoma maligno estágio IA (T1 a, N0, M0);**
- g) **micro carcinoma papilífero da bexiga histologicamente classificado como Ta;**
- h) **todos os tumores na presença de infecção por HIV ou AIDS.**

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Em caso de Sinistro, cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 13 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 14 (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 do câncer, 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 do Curador ou do Tutor, respectivamente;
- d) Tomografia computadorizada ou exame de ressonância magnética confirmando o diagnóstico.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA

6.1. Com o pagamento do Capital Segurado por Diagnóstico de Câncer, se extingue, imediata e automaticamente, esta Cobertura. Nessa hipótese, os Prêmios relativos à Cobertura de Diagnóstico de Câncer, eventualmente pagos após a data do requerimento do pagamento do Capital Segurado, serão devolvidos, atualizados monetariamente.

6.2. A Cobertura de Morte, bem como as demais coberturas eventualmente contratadas e vigentes à época do pagamento do Capital Segurado por Diagnóstico de Câncer continuarão em vigor, sendo devido o pagamento do Prêmio correspondente.

6.3. Não restando comprovado o Diagnóstico de Câncer, esta Cobertura permanecerá em vigor, assim como a cobertura de Morte e as demais eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de Prêmios.

6.4. Quando o Segurado atingir 70 (setenta) anos de idade, esta Cobertura será automaticamente excluída da Apólice de Seguro.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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 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 3 destas Condições Especiais, ocorridos durante a Vigência da Apólice de Seguro, exceto se decorrente de Risco Excluído, observadas a Carência e as demais cláusulas constantes desta Condição Especial e das Condições Gerais do Seguro. O diagnóstico definitivo da doença grave deverá ser comprovado por meio de exames médicos.

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

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

1.4. Para fins desta Cobertura, adota-se a definição de Acidente Pessoal constante da Cláusula 2 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.

2. CARÊNCIA

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

3. DOENÇAS GRAVES E PROCEDIMENTOS MÉDICOS COBERTOS

3.1. Câncer

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

3.1.1. São riscos excluídos dessa doença:

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

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

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

3.2.1. São riscos excluídos desse procedimento:

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

3.3. Infarto Agudo do Miocárdio

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

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

3.3.1. São riscos excluídos dessa doença:

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

3.4. Insuficiência Renal Terminal

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

3.5. Acidente Vascular Cerebral

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

3.5.1. São riscos excluídos dessa doença:

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

3.6. Transplantes de Órgãos

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

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

3.6.1. São riscos excluídos dessa doença:

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

3.7. Paralisia

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

5. CAPITAL SEGURADO

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

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

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

6.1. Em caso de Sinistro, cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 13 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 14 (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 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.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

7.1. Com o pagamento do Capital Segurado contratado para a Cobertura de Doenças Graves, se extingue, imediata e automaticamente, esta Cobertura. Nessa hipótese, os Prêmios relativos à Cobertura de Doenças Graves eventualmente pagos após a data do requerimento do pagamento do Capital Segurado, serão devolvidos, atualizados monetariamente.

7.2. A Cobertura de Morte, bem como as demais coberturas eventualmente contratadas e vigentes à época do pagamento do Capital Segurado por Doenças Graves, continuarão em vigor, sendo devido o pagamento do Prêmio correspondente.

7.3. Não restando comprovado o Sinistro, esta Cobertura permanecerá em vigor, assim como a cobertura de Morte e as demais eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de Prêmios.

7.4. Quando o Segurado atingir 70 (setenta) anos de idade, esta Cobertura será automaticamente excluída da Apólice.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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 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 Apólice, exceto se decorrente de Risco Excluído, observadas a Carência prevista na Cláusula 2 desta cobertura e as demais cláusulas constantes desta Condição Especial e das Condições Gerais do Seguro. O diagnóstico definitivo da doença grave deverá ser comprovado por meio de exames médicos.

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

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

1.4. Para fins desta Cobertura, adota-se a definição de Acidente Pessoal constante da Cláusula 2 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 ampliada.

2. CARÊNCIA

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

2.2. Na Cobertura 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 Apólice de Seguro.

3. DOENÇAS GRAVES E PROCEDIMENTOS MÉDICOS COBERTOS

3.1. Câncer

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

3.1.1. São riscos excluídos dessa doença:

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

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

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

3.2.1. São riscos excluídos desse procedimento:

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

3.3. Infarto Agudo do Miocárdio

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

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

3.3.1. São riscos excluídos dessa doença:

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

3.4. Insuficiência Renal Terminal

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

3.5. Acidente Vascular Cerebral

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

3.5.1. São riscos excluídos dessa doença:

- a) acidentes vasculares cerebrais isquêmicos transitórios e síndromes correlatas (ex.: Isquemia Cerebral

Transitória – ICT);

- b) dano traumático do cérebro;
- c) infartos lacunares sem déficit neurológico e sintomas neurológicos provocados por enxaquecas.

3.6. Transplantes de Órgãos

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

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

3.6.1. São riscos excluídos dessa doença:

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

3.7. Paralisia

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

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

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

5. CAPITAL SEGURADO

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

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

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

6.1. Em caso de Sinistro, cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 13 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 14 (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 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.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

7.1. Com o pagamento do Capital Segurado por Doenças Graves Ampliada, se extingue, imediata e automaticamente, esta Cobertura. Nessa hipótese, os Prêmios relativos à Cobertura de Doenças Graves eventualmente pagos após a data do requerimento do pagamento do Capital Segurado, serão devolvidos, atualizados monetariamente.

7.2. A Cobertura de Morte, bem como as demais coberturas eventualmente contratadas e vigentes à época do pagamento do Capital Segurado por Doenças Graves Ampliada continuarão em vigor, sendo devido o pagamento do Prêmio correspondente.

7.3. Não restando comprovado o Sinistro, esta Cobertura permanecerá em vigor, assim como a cobertura de Morte e as demais eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de Prêmios.

7.4. Quando o Segurado atingir 70 (setenta) anos de idade, esta Cobertura será automaticamente excluída da Apólice.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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 DE FUNERAL INDIVIDUAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos excluídos relacionados na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais, não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

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

3. CAPITAL SEGURADO

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

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

4. BENEFICIÁRIO

4.1. Será(ão) Beneficiário(s) dessa cobertura o(s) responsável(is) pelo pagamento das despesas de funeral do Segurado. A comprovação deverá ser por meio de apresentação das notas fiscais originais.

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Na hipótese de solicitação de reembolso, cabe ao(s) responsável(is) pelo pagamento proceder(em) conforme descrito na Cláusula 13 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 14 (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. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE FUNERAL FAMILIAR

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada e pago o Prêmio a ela correspondente, garante ao(s) Beneficiário(s) ou ao(s) responsável(is) pelo pagamento, se diverso, o reembolso de 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 e filhos. A enumeração é taxativa e não exemplificativa.

1.2.1. Considera-se filho do Segurado aquele assim definido na legislação do Imposto de Renda, isto é, a filha, o filho, a enteada ou o enteado, até 21 (vinte e um) anos, ou até 24 (vinte e quatro) anos, se ainda estiver cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho.

1.3. Alternativamente ao reembolso das despesas incorridas com o funeral do Segurado, o(s) Beneficiário(s) poderá(ão) optar pela utilização do serviço de Assistência Funeral, a ser prestado por empresa terceirizada contratada pela OMINT. 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. Além dos riscos excluídos relacionados na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais, não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

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

3. CAPITAL SEGURADO

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

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

4. BENEFICIÁRIO

4.1. Será(ão) Beneficiário(s) dessa cobertura o(s) responsável(is) pelo pagamento das despesas de funeral do Segurado. A comprovação deverá ser por meio de apresentação das notas fiscais originais.

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Na hipótese de solicitação de reembolso, cabe ao(s) responsável(is) pelo pagamento proceder(em) conforme descrito na Cláusula 13 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 14 (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 de 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. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE JAZIGO

1. OBJETIVO DA COBERTURA

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

3. CAPITAL SEGURADO

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

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

4. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

4.1. Em caso de Sinistro, cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 13 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 14 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como:

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

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

4.3. 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; e

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

5.2. 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.