

OMINT IDEAL
SEGURO DE PESSOAS
INDIVIDUAL

CONDIÇÕES GERAIS E
ESPECIAIS DO PRODUTO



Dezembro/2025

CONDIÇÕES CONTRATUAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO	9
2. COBERTURAS.....	9
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	11
4. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS	12
5. ACEITAÇÃO DO SEGURO	12
6. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	13
7. CARÊNCIAS	14
8. PAGAMENTO DE PRÊMIOS.....	14
9. PERÍODO DE TOLERÂNCIA	15
10. CAPITAL SEGURADO.....	16
11. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO	16
12. OCORRÊNCIA DE SINISTROS	18
13. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	20
14. JUNTA MÉDICA	21
15. INDICAÇÃO E SUBSTITUIÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S)	22
16. CANCELAMENTO DO SEGURO	22
17. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO	23
18. PERÍODO DE NÃO CONTESTAÇÃO	24
19. MODIFICAÇÃO DE RISCO	25
20. DEFINIÇÕES – TERMOS TÉCNICOS.....	25
21. DEFINIÇÕES - TERMOS TÉCNICOS DAS CONDIÇÕES ESPECIAIS	30
22. DISPOSIÇÕES GERAIS	32
23. FORO CONTRATUAL	33

COBERTURA DE MORTE

1.	OBJETIVO DA COBERTURA	34
2.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	34
3.	CAPITAL SEGURADO.....	34
4.	BENEFICIÁRIO	34
5.	REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	34
6.	DISPOSIÇÕES CONTRATUAIS	35

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1.	OBJETIVO DA COBERTURA	36
2.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	36
3.	CAPITAL SEGURADO.....	37
4.	BENEFICIÁRIO	37
5.	REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	37
6.	CANCELAMENTO	37
7.	DISPOSIÇÕES CONTRATUAIS	38

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

2.	OBJETIVO DA COBERTURA	39
2.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	46
3.	CAPITAL SEGURADO.....	46
4.	REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	46
5.	CANCELAMENTO	47
6.	DISPOSIÇÕES CONTRATUAIS	47

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE MAJORADA

1.	OBJETIVO DA COBERTURA	48
2.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	49
3.	CAPITAL SEGURADO.....	49
4.	REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	49
5.	CANCELAMENTO	50
6.	DISPOSIÇÕES CONTRATUAIS	50

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1.	OBJETIVO DA COBERTURA	51
2.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	52
3.	CAPITAL SEGURADO.....	53
4.	REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	53
5.	CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	53
6.	DISPOSIÇÕES CONTRATUAIS	53

COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

1.	OBJETIVO DA COBERTURA	55
2.	CONCEITOS	55
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	56
4.	CAPITAL SEGURADO.....	57
5.	REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	57
6.	COMPROVAÇÃO DE INVALIDEZ	58
7.	PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO	61
8.	CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	61
9.	DISPOSIÇÕES CONTRATUAIS	61

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

1.	OBJETIVO DA COBERTURA	62
2.	CARÊNCIA.....	62
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	62
4.	CAPITAL SEGURADO.....	63
5.	REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	63
6.	CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	63
7.	DISPOSIÇÕES CONTRATUAIS	64

COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES

1.	OBJETIVO DA COBERTURA	65
2.	CARÊNCIA.....	65
3.	DOENÇAS GRAVES E PROCEDIMENTOS MÉDICOS COBERTOS	65
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	68
5.	CAPITAL SEGURADO.....	69
6.	REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	69
7.	CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	69
8.	DISPOSIÇÕES CONTRATUAIS	70

COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES AMPLIADA

1.	OBJETIVO DA COBERTURA	71
2.	CARÊNCIA.....	71
3.	DOENÇAS GRAVES E PROCEDIMENTOS MÉDICOS COBERTOS	71
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	76
5.	CAPITAL SEGURADO.....	76
6.	REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	76

7.	CANCELAMENTO DA COBERTURA	77
8.	DISPOSIÇÕES CONTRATUAIS	77

COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1.	OBJETIVO DA COBERTURA	78
2.	CARÊNCIA.....	78
3.	FRANQUIA	79
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	79
5.	CAPITAL SEGURADO - DIÁRIA SEGURADA.....	80
6.	REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	80
7.	CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	81
8.	DISPOSIÇÕES GERAIS	82

COBERTURA DE FUNERAL INDIVIDUAL

1.	OBJETIVO DA COBERTURA	83
2.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	83
3.	CAPITAL SEGURADO.....	83
4.	BENEFICIÁRIO	83
5.	REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	84
6.	DISPOSIÇÕES CONTRATUAIS	85

COBERTURA DE FUNERAL FAMILIAR

1.	OBJETIVO DA COBERTURA	86
2.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	86
3.	CAPITAL SEGURADO.....	86
4.	BENEFICIÁRIO	87

5.	REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	87
6.	DISPOSIÇÕES CONTRATUAIS	88

COBERTURA DE JAZIGO

1.	OBJETIVO DA COBERTURA	89
2.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	89
3.	CAPITAL SEGURADO.....	89
4.	REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	89
5.	DISPOSIÇÕES CONTRATUAIS	90

COBERTURA ADICIONAL DE CIRURGIA

1.	OBJETIVO DA COBERTURA	91
2.	CARÊNCIA.....	92
3.	GARANTIA.....	92
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	101
5.	VIGÊNCIA	102
6.	REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	102
7.	CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	103
8.	DISPOSIÇÕES GERAIS	103

COBERTURA ADICIONAL DE QUEBRA OSSOS

1.	OBJETIVO DA COBERTURA	104
2.	GARANTIA.....	105
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	107
4.	VIGÊNCIA.....	108
5.	CAPITAL SEGURADO DO EVENTO	108

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA	110
7. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	110
8. PAGAMENTO DO BENEFÍCIO	110
8. DISPOSIÇÕES GERAIS	111

I - CONDIÇÕES CONTRATUAIS

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 Contratuais estabelecem os direitos e as obrigações da Omint, dos Segurados e de seu(s) Beneficiário(s).

2. COBERTURAS

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

2.1.1. Morte (M)

2.1.2. Morte Acidental (MA)

2.1.3. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)

2.1.4. Invalidez Permanente por Acidente Majorada (IPA-Maj)

2.1.5. Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)

2.1.6. Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)

2.1.7. Diagnóstico de Câncer (DC)

2.1.8. Doenças Graves (DG)

2.1.9. Doenças Graves Ampliada (DGA)

2.1.10. Funeral Individual (FI)

2.1.11. Funeral Familiar (FF)

2.1.12. Jazigo (J)

2.1.13. Diária de Internação Hospitalar (DIH)

2.1.14. Proteção Cirúrgica (PC)

2.1.15. Quebra de Ossos (QO)

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

2.3. Deverá ser contratada a cobertura de Morte e ou Morte Acidental.

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

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

2.6. 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.

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

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

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

2.10. 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.

2.11. 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.

2.12. 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.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. 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, locaute ("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 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 em que o Segurado, na condição de condutor de veículos ou equipamentos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares, que requeiram aptidão, não possua habilitação legal para tanto;
- m) de choque anafilático e suas consequências, exceto quando for diretamente decorrente de Acidente Pessoal;
- n) de anomalias do nascimento, independentemente de quando se manifestem, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Contratação;
- o) 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;
- p) de gastos com funeral, urna ou cerimônia fúnebre, exceto se contratada a Cobertura de Funeral Individual ou de Funeral Familiar; e
- q) de despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros, exceto se contratada a Cobertura de Jazigo.

4. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS

4.1. 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.

5. ACEITAÇÃO DO SEGURO

5.1. Poderá ser aceito como Segurado todo Proponente com idade mínima de 18 (dezoito) e máxima de 70 (setenta) anos de idade.

5.2. 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.

5.2.1. 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.

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

5.4. A Seguradora terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos para manifestar-se sobre a Proposta, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

5.5. Para análise e aceitação do risco ou da alteração da Proposta, a Seguradora poderá solicitar documentos complementares durante o referido prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos.

5.6. A contagem do prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos acima referido será interrompida nos casos em que seja necessária a requisição de outros documentos ou dados para análise do risco e terá novo início a partir da data em que se der a entrega da documentação.

5.7. A Seguradora procederá, obrigatoriamente, à comunicação formal, no caso de não aceitação da Proposta, justificando a recusa. A ausência de manifestação por escrito da Seguradora, no prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos, caracterizará a aceitação tácita da Proposta de Contratação.

5.8. 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.

5.8.1. A cobertura provisória concedida durante a análise da proposta, na forma prevista na cláusula 5.8, não obriga a seguradora à aceitação definitiva do risco.

5.9. A emissão da Apólice de Seguro será feita em até 30 (trinta) dias corridos, a partir da data de aceitação da Proposta de Contratação.

5.10. A utilização de Meios Remotos na emissão da apólice garante ao Segurado a possibilidade de impressão do documento e, a qualquer tempo, o fornecimento de sua versão física, mediante solicitação à Seguradora.

6. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

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

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

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

6.4. 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.

6.4.1. Quando a Proposta de Contratação for recepcionada com adiantamento de valor para futuro pagamento total ou parcial do Prêmio, será concedida cobertura provisória, e o início de Vigência da apólice se dará a partir da data de recepção da Proposta de Contratação pela Seguradora. Em caso de recusa da Proposta, aplicar-se-á o disposto no item 5.7 destas Condições Contratuais.

6.5. 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 30 (trinta) dias, comunicar por escrito o desinteresse na renovação.

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

6.7. 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.

6.8. Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar a Apólice de Seguro, deverá comunicar ao Segurado mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias que antecedam ao final de Vigência da Apólice de Seguro.

7. CARÊNCIAS

7.1. 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, Jazigo e Quebra de Ossos.

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

7.3. Não haverá prazo de Carência para sinistros decorrentes de Acidentes Pessoais, exceto no caso de suicídio, que, na forma do art. 120 da Lei nº 15.040/2024, 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.

8. PAGAMENTO DE PRÊMIOS

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

8.2. 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.

8.3. 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.

8.4. 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.

8.5. 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.

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

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

8.7. 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 legais, calculados pro rata die.

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

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

9. PERÍODO DE TOLERÂNCIA

9.1. Para efeito deste seguro, será adotado o Período de Tolerância de 60 (sessenta) dias, em atendimento aos artigos 20, § 1º, e 21 da Lei nº 15.040/2024, período durante o qual a falta de pagamento do Prêmio não ensejará o imediato cancelamento do seguro. Verificada a falta de pagamento de qualquer parcela do Prêmio, exceto a prestação única ou a primeira parcela, a OMINT comunicará o Segurado, por meio de notificação advertindo-o quanto à necessidade de quitação dos Prêmios em atraso, nos termos dos artigos 20, §2º, e 21 da Lei nº 15.040/2024.

9.2. Durante o período de tolerância, a cobertura do presente Seguro permanecerá vigente e eventual indenização devida será paga com desconto dos Prêmios devidos e não pagos, sendo estes acrescidos de juros moratórios legais 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.

9.2.1. A qualquer momento, antes do término do período de tolerância, o Segurado poderá efetuar o pagamento dos Prêmios em atraso, acrescidos de juros moratórios legais e atualização monetária pelo IPCA/IBGE ou, na falta deste, o IPC/FIPE.

9.3. Transcorrido o Período de Tolerância, caso não haja quitação dos Prêmios em aberto, 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, conforme art. 21, §1º, da Lei nº 15/040/2024.

9.4. Não será permitido qualquer pagamento ou repasse de Prêmio depois de esgotado o período 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 ao Segurado e/ou o responsável pelo pagamento mediante a apresentação do respectivo comprovante à Omint Seguros.

10. CAPITAL SEGURADO

10.1. 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.

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

11. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO

11.1. 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 11.3 desta cláusula, durante o período de 12 (doze) meses anteriores, contados desde a última atualização anual.

11.2. 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 11.3 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.

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

11.4. 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.

11.5. 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, Jazigo e Proteção Cirúrgica sofrerá acréscimo em decorrência da mudança de idade do Segurado e consequente aumento do risco, com a finalidade de manter o equilíbrio atuarial, financeiro e econômico do plano, na forma da lei.

11.6. 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%
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%								

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

12. OCORRÊNCIA DE SINISTROS

12.1. O Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) deverá(ão), diante da ocorrência/conhecimento de Sinistro, comunicar imediatamente a Seguradora, por meio do Aviso de Sinistro, indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas.

12.1.1. O Aviso de Sinistro poderá ser apresentado através de Carta Registrada enviada ao endereço Rua Franz Schubert, 33 – Jardim Paulistano – São Paulo – SP - CEP: 01454-020 ou por meio do Canal de atendimento através do e-mail atendimento@omint.com.br disponibilizado pela OMINT Seguros.

12.1.2. A comunicação feita por qualquer dos meios acima não exonera a obrigação da apresentação do formulário de Aviso de Sinistro à OMINT Seguros uma vez que se trata de um dos documentos básicos previstos para a regulação e liquidação de sinistros.

12.2. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para finalização da regulação do Sinistro, contados a partir do recebimento pela Seguradora de toda documentação básica constante da Cláusula 13 (Relação de Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistro), além daqueles indicados nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

12.2.1. Se, no aviso de sinistro, o Segurado, Beneficiário ou seu representante legal não apresentar as documentações básicas, o prazo não começará a contar. A Seguradora poderá solicitar o envio dessas documentações, sem que isso seja considerado como solicitações complementares.

12.3. 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 13 (Relação de Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistro) e seus subitens, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo mencionado no item 12.2 desta cláusula será suspenso, voltando a correr a partir do primeiro dia útil subsequente ao recebimento pela OMINT Seguros dos documentos e informações complementares.

12.4. Concluída a Regulação, a Seguradora emitirá posicionamento de cobertura ao Segurado ou Beneficiário(s).

12.4.1. Caso não haja direito à cobertura securitária, a Seguradora emitirá recusa expressa e motivada ao Segurado ou Beneficiário(s).

12.4.2. Confirmada a incidência de cobertura securitária, a Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para pagar a indenização ou Capital Segurado, desde que recebida toda a documentação básica necessária para liquidação do sinistro.

12.5. Na Liquidação do Sinistro, em caso de dúvida fundada e justificável, a OMINT Seguros poderá solicitar ao(s) Beneficiários ou ao Segurado outros documentos além daqueles estabelecidos na Cláusula 13 (Relação de Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistro) e seus subitens, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo mencionado no item 12.4.2 desta cláusula será suspenso no máximo uma vez, voltando a correr a partir do primeiro dia útil subsequente ao recebimento pela OMINT Seguros dos documentos e informações complementares.

12.5.1. Não respeitado o prazo previsto no item 12.4 desta cláusula, os valores das obrigações pecuniárias devidas serão acrescidos de multa de 2% (dois por cento) sobre o montante devido, juros moratórios legais e atualização monetária, de uma só vez, aplicados a partir da data em que a indenização ou Capital Segurado deveriam ter sido pagos.

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

12.7. 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.

12.8. Quanto aos juros será adotada a taxa de juros legais, calculado pro rata die a partir do dia seguinte ao término do prazo de 30 (trinta) dias previstos no item 12.4.2 até a data do efetivo pagamento.

12.9. 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.

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

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

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

12.13. Qualquer pretensão do Segurado ou Beneficiário com fundamento no presente seguro prescreve nos prazos estabelecidos pela Lei 15.040/2024.

13. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

13.1. Para regulação e 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.**

13.1.1. 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 15.2 da Cláusula 15 (Designação e Alteração de Beneficiários).

13.1.2. Documentos do Segurado

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

13.1.3. Documentos do(s) Beneficiário(s) maior(es) de 18 anos:

- 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).

13.1.4. Documentos do(s) Beneficiário(s) menor(es) de 18 anos :

- 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.

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

13.1.6. Nos termos das cláusulas 12.3 e 12.5, a OMINT SEGUROS poderá solicitar documentos complementares além daqueles já descritos nas Condições Contratuais, tanto para regulação do sinistro como para, se o caso, término da liquidação.

14. JUNTA MÉDICA

14.1. 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.

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

14.2. 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.

15. INDICAÇÃO E SUBSTITUIÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S)

15.1. 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.

15.2. Não sendo indicado Beneficiário pelo Segurado, ou se não prevalecer a indicação feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge, se houver, e o restante aos demais herdeiros do Segurado, conforme disposto no Art. 115 da Lei nº 15.040/2024.

15.3. É válida a indicação 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 (115, § 2º, da Lei nº 15.040/2024).

15.4. 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.

15.5. 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.

15.6. Se a OMINT Seguros não for cientificada até o período estabelecido no item 15.5 desta cláusula, quanto à substituição de Beneficiário(s), desobrigar-se-á, pagando o Capital Segurado ao antigo Beneficiário.

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

15.8. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado e do Beneficiário(s), a indicação do Beneficiário será considerada ineficaz conforme disposto no Art. 115, §1º da Lei nº 15.040/2024, e o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge, se houver, e o restante aos demais herdeiros do Segurado, observando-se a regra prevista no caput do mesmo artigo.

16. CANCELAMENTO DO SEGURO

16.1. Sem prejuízo de outras penalidades cabíveis, o seguro estará rescindido 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 9.1 destas Condições Gerais e esgotados os prazos de notificação previstos nos arts. 20 e 21 da Lei nº 15.040/2024;
- b) automaticamente, com a morte do Segurado durante a vigência do Seguro;
- 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.
- g) Na contratação por Meios Remotos o Segurado poderá desistir do contrato do seguro no prazo de até 7 (sete) dias corridos a contar da data de aceitação da proposta, nos termos da Cláusula 5 destas Condições Gerais.

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

16.3. No caso de resilição 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, ressalvadas, na mesma proporção, as despesas realizadas com a contratação.

16.4. Durante a Vigência, a Apólice de Seguro não poderá ser cancelada pela Seguradora sob alegação de alteração da natureza dos riscos, mesmo nos casos de agravamento relevante do risco.

17. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

17.1. 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, de forma dolosa, circunstâncias que possam influir na aceitação do seguro ou no valor do Prêmio, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do Prêmio vencido e o ressarcimento das despesas efetuadas pela Seguradora, conforme disposto no Art.44, §1º da Lei nº15.040/2024. Se o descumprimento do dever de informar for culposos, aplicar-se as disposições do item 17.1.2.

17.1.2. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não decorrer de descumprimento doloso por parte do Segurado, de seu representante ou do Corretor de Seguros, mas sim culposos, a OMINT Seguros poderá:

- a) na hipótese de não ocorrência do sinistro:
 - cancelar o seguro, se, diante dos fatos não revelados, a garantia for tecnicamente impossível, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou Risco que não seja normalmente subscrito pela Seguradora, ficando o Segurado obrigado ao pagamento das despesas efetuadas pela Seguradora; ou
 - mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de Prêmio cabível ou reduzindo proporcionalmente a cobertura contratada, na ausência do pagamento da diferença do Prêmio.

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

- 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 reduzindo a Cobertura contratada para riscos futuros proporcionalmente.

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.

17.2. 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) tentativa do de um ou de outro de impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências necessárias para resguardar os direitos da Seguradora;**
- b) inobservância da Lei ou das obrigações convencionadas nestas Condições Gerais e nas Condições Especiais;**
- c) 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;**

17.3. O Segurado, o Beneficiário ou Responsável pelo Pagamento deverá comunicar à Seguradora, tão logo tenha conhecimento, qualquer fato que possa agravar o risco originalmente contratado. Após o recebimento da comunicação, a Seguradora poderá, no prazo de 20 (vinte) dias, avaliar o impacto do agravamento e, se necessário, realizar o ajuste contratual, incluindo a cobrança da diferença de Prêmio correspondente ao novo nível de risco.

17.4. Na hipótese de recusa, por parte do Segurado, do pagamento da diferença de prêmio decorrente do agravamento do risco, o contrato será resolvido no prazo de 15 (quinze) dias, contado da ciência da alteração no prêmio, com eficácia desde o momento em que o estado de risco foi agravado.

18. PERÍODO DE NÃO CONTESTAÇÃO

18.1. 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 17 (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.**

19. MODIFICAÇÃO DE RISCO

19.1. 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.

19.1.1. 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.**

19.2. No caso de cancelamento do seguro, deverá ser restituída a diferença do Prêmio calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

A não comunicação dolosa de circunstâncias que caracterizem o agravamento relevante do Risco implicará na perda do direito ao Capital Segurado contratado, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela Seguradora, conforme previsto no Art. 14, §3º da Lei nº 15.040/2024. Se a não comunicação for culposa, o Segurado ficará obrigado a pagar a diferença de prêmio apurada ou, se a garantia for tecnicamente impossível ou o fato corresponder a tipo de risco que não seja normalmente subscrito pela Seguradora, não fará jus à garantia, conforme previsto no Art. 14, §4º da mesma lei.

19.3. 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.

20. DEFINIÇÕES – TERMOS TÉCNICOS

Ficam a seguir definidos os termos técnicos utilizados neste contrato:

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

- a) o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento accidental 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 esses fatores, assim como as lesões classificadas como Lesões por Esforços repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares relacionadas ao Trabalho –, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo, exceto quando for comprovado que derivam diretamente do trabalho do segurado;
- d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidéz acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidéz 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 da data de início de vigência da cobertura ou da sua reabilitação, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados, no todo ou em parte, conforme dispuserem as condições contratuais.

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 de um mesmo plano de seguro incluindo as constantes na Proposta de Contratação, nas Condições Gerais e Especiais, 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 Contratuais 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 Contratuais 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.

Meios Remotos: Aqueles que permitem a troca e/ou o acesso a informações e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes de comunicação envolvendo o uso de tecnologias, tais como rede mundial de computadores, telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélites, entre outras.

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

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 Contratuais e/ou Especiais.

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

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

21. 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.

Cardiopatia Grave: doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso

Nacional de Cardiopatia Grave”

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

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

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 sobrevida de um paciente, em função do diagnóstico e evolução da doença.

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

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

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

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

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

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

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

22. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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

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

23. FORO CONTRATUAL

23.1. 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 2.12 das Condições Gerais.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

3. CAPITAL SEGURADO

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

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

4. BENEFICIÁRIO

4.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será pago ao(s) Beneficiário(s) indicado pelo Segurado ou, na falta de indicação, aos herdeiros legais, conforme indicado pela Cláusula 15 (Designação e Alteração de Beneficiários) das Condições Gerais e disciplinado pelo artigo 115 da Lei nº 15.040/2024.

5. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Em caso de Sinistro, cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 12 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 13 (Relação de Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os seguintes documentos.

5.2. Em caso de morte natural, incluir os seguintes documentos do Segurado:

- 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.

- 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 CONTRATUAIS

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

6.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Contratuais 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 21 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 2.12 das Condições Gerais.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

3. CAPITAL SEGUADO

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 15 (Designação e Alteração de Beneficiários) das Condições Gerais e disciplinado pelo artigo 115 da Lei nº 15.040/2024.

5. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- a) Em caso de Sinistro, cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 12 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 13 (Relação de Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os seguintes documentos: 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. CANCELAMENTO

6.1. Quando o Segurado atingir 75 (setenta e cinco) anos de idade, esta Cobertura será automaticamente cancelada.

7. DISPOSIÇÕES CONTRATUAIS

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

7.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Contratuais 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

2. 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 21 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 2.12 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 SEGURO
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 3 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do seguro, estão expressamente excluídos desta Cobertura os acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de:

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

3. CAPITAL SEGURADO

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

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

4. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

4.1. Em caso de Sinistro, cabe ao(s) Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 12 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 13 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados.

- 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 75 (setenta e cinco) anos de idade, esta Cobertura será automaticamente cancelada.

6. DISPOSIÇÕES CONTRATUAIS

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 21 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 2.12 das Condições Gerais.

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

3. CAPITAL SEGURADO

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

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

4. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

4.1. Em caso de sinistro, cabe ao(s) Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 12 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 13 (Relação de Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados.

- 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 75 (setenta e cinco) anos de idade, esta Cobertura será automaticamente cancelada.

6. DISPOSIÇÕES CONTRATUAIS

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 21 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 2.12 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 defeituosos 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 3 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do seguro, estão expressamente excluídos desta Cobertura os acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de:

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

3. CAPITAL SEGURADO

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

4.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 12 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 13 (Relação de Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados.

- 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 75 (setenta e cinco) anos de idade, esta Cobertura será automaticamente cancelada.

6. DISPOSIÇÕES CONTRATUAIS

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 3 (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; 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. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Em caso de Sinistro, o Segurado deverá proceder conforme descrito na **Cláusula 12** (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na **Cláusula 13** (Relação de Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados.

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.	<u>00</u>
	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 INTELECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	<u>10</u>
	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.	<u>20</u>
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 OUTÉCNICO.	20

CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: 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.	00
	2º GRAU: 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).	10
	3º GRAU: 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.	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 SOBREVIVÊNCIA 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 75 (setenta e cinco) anos de idade, esta Cobertura será automaticamente excluída da Apólice.

9. DISPOSIÇÕES CONTRATUAIS

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 3 (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. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Em caso de Sinistro, cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 12 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 13 (Relação de Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os seguintes documentos indicados.

- 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 75 (setenta e cinco) anos de idade, esta Cobertura será automaticamente excluída da Apólice de Seguro.

7. DISPOSIÇÕES CONTRATUAIS

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 21 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

Diagnóstico inequívoco de um tumor maligno invasivo, evidenciado por exames histopatológicos correspondentes. Também inclui leucemia, linfoma maligno, doença de Hodgkin, doenças malignas da medula óssea, câncer de pele metastático e melanomas classificados com um nível de Clark III ou maior ou uma espessura de Breslow maior a 1.5mm.

3.1.1. São riscos excluídos dessa doença:

- a) carcinoma in situ, câncer in situ, cânceres não invasivos, displasias ou todos os estados de lesões pré-malignas;
- b) câncer da próstata no estágio menor que T2bN0M0 da classificação TNM;
- c) câncer papilar ou folicular de tireoide no estágio menor que T2N0M0;
- d) carcinoma de células basais ou carcinomas de células escamosas da pele e dermatofibrosarcoma protuberans;
- e) câncer diagnosticado ou tratado durante o período de carência de 60 dias ou antes da data de contratação da apólice, incluindo suas recorrências ou sua extensão local, regional ou metastática;
- f) qualquer tumor ou câncer na presença de infecção pelo HIV.

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

Cirurgia de tórax aberto realizada para corrigir ou tratar estreitamento ou bloqueio de uma ou mais artérias coronárias com enxertos arteriais e/ou venosos. A indicação cirúrgica deve ser realizada por um médico especialista Cardiologista e evidenciado por angiografia coronária.

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) elevação significativa das troponinas cardíacas;

- b) dor torácica ou sintomas típicos de isquemia aguda;**
- c) novas alterações no ECG compatíveis com infarto ou aparição de um novo bloqueio de ramo esquerdo de haz de hiz.**

3.4. Insuficiência Renal Terminal

Doença renal em estágio terminal, demonstrada como insuficiência total, crônica e irreversível da função de ambos os rins. Isso deve ser evidenciado através da necessidade de diálise peritoneal ou hemodiálise periódicas ou um transplante renal.

São riscos excluídos dessa doença:

- a) insuficiência renal temporária ou reversível, que desaparece após algum tempo de tratamento.**

3.5. Acidente Vascular Cerebral

Diagnóstico definitivo de um evento cerebrovascular agudo causado pela diminuição do fluxo sanguíneo ao cérebro originado por trombose, hemorragia ou embolismo de uma fonte extra craneana, com:

- a) início agudo de novos sintomas neurológicos típicos;**
- b) déficit neurológico novo, que resulta objetivo no exame clínico e que persiste por pelo menos 3 (três) meses após a data do diagnóstico.**

Este diagnóstico deve ser feito e comprovado por um especialista e confirmado por achados típicos em exames diagnósticos de imagem (tomografia computadorizada e ressonância magnética).

São riscos excluídos dessa doença:

- a) acidente isquêmico transitório (AIT);**
- b) eventos cerebrovasculares devidos a trauma ou infecção;**
- c) infartos lacunares que não cumprem com a definição de acidente vascular cerebral descrita anteriormente.**

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

Perda total da função muscular em duas ou mais extremidades (braços ou pernas) como resultado de uma lesão ou de uma doença da medula espinhal ou do cérebro, que deve persistir por, pelo menos, 90 (noventa) dias após o evento precipitante. Inclui a perda da função de membros ou extremidades classificada como diplegia, hemiplegia, tetraplegia ou quadriplegia. Estas condições devem ser documentadas medicamente por, pelo menos, 3 (três) meses após o diagnóstico de paralisia.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo;**
- b) 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; e**
- c) 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 SEGUADO

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. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

6.1. Em caso de Sinistro, cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 12 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 13 (Relação de Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os seguintes documentos indicados.

- 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 75 (setenta e cinco) anos de idade, esta Cobertura será automaticamente excluída da Apólice.

8. DISPOSIÇÕES CONTRATUAIS

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 nessas Condições Gerais, a Cobertura será automaticamente cancelada.

1.4. Para fins desta Cobertura, adota-se a definição de Acidente Pessoal constante da Cláusula 21 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

Diagnóstico inequívoco de um tumor maligno invasivo, evidenciado por exames histopatológicos correspondentes. Também inclui leucemia, linfoma maligno, doença de Hodgkin, doenças malignas

da medula óssea, câncer de pele metastático e melanomas classificados com um nível de Clark III ou maior ou uma espessura de Breslow maior a 1.5mm.

São riscos excluídos dessa doença:

- a) carcinoma in situ, cânceres não invasivos, displasias ou todos os estados de lesões pré-malignas;**
- b) câncer da próstata no estágio menor que T2bNOMO da classificação TNM; ,**
- c) câncer papilar ou folicular de tireoide no estágio menor que T2NOMO;**
- d) carcinoma de células basais ou carcinomas de células escamosas da pele e dermatofibrosarcoma protuberans;**
- e) câncer diagnosticado ou tratado durante o período de carência de 60 dias ou antes da data de contratação da apólice, incluindo suas recorrências ou sua extensão local, regional ou metastática;**
- f) qualquer tumor ou câncer na presença de infecção pelo HIV.**

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

Cirurgia de tórax aberto realizada para corrigir ou tratar estreitamento ou bloqueio de uma ou mais artérias coronárias com enxertos arteriais e/ou venosos. A indicação cirúrgica deve ser realizada por um médico especialista Cardiologista e evidenciado por angiografia coronária.

3.2.1. São riscos excluídos desse procedimento:

- a) angioplastia coronária, colocação de stents coronários ou qualquer procedimento intra-arterial com base em catéteres;**
- b) revascularização com laser;**
- c) técnicas cirúrgicas que não requerem a abertura do tórax ou outras cirurgias cardíacas que não sejam especificamente uma cirurgia de bypass coronário.**

3.3. Infarto Agudo do Miocárdio

Morte ou necrose de uma parte do músculo cardíaco causada pela interrupção súbita do aporte sanguíneo ao miocárdio. O diagnóstico deve ser estabelecido por um médico especialista e deve ser apoiado nos seguintes critérios:

- a) elevação significativa das troponinas cardíacas;**
- b) dor torácica ou sintomas típicos de isquemia aguda;**
- c) novas alterações do ECG compatíveis com infarto ou aparição de um novo bloqueio de ramo esquerdo de haz de hiz**

3.3.1. São riscos excluídos dessa doença:

- a) alterações no ECG que sugerem infarto prévio sem que cumpra com a definição marcada de infarto do miocárdio;
- b) angina de peito;
- c) elevação mínima de troponinas, sem anomalias diagnósticas no ECG nem sinais clínicos de infarto.

3.4. Insuficiência Renal Terminal

Doença renal em estágio terminal, demonstrada como insuficiência total, crônica e irreversível da função de ambos os rins. Isso deve ser evidenciado através da necessidade de diálise peritoneal ou hemodiálise periódicas ou um transplante renal.

São riscos excluídos dessa doença:

- a) Insuficiência renal temporária ou reversível, que desaparece após algum tempo de tratamento.

3.5. Acidente Vascular Cerebral (AVC)

Diagnóstico definitivo de um evento cerebrovascular agudo causado pela diminuição do fluxo sanguíneo ao cérebro originado por trombose, hemorragia ou embolismo de uma fonte extra craneana, com:

- Início agudo de novos sintomas neurológicos típicos;
- Déficit neurológico novo, que resulta objetivo no exame clínico e que persiste por pelo menos 3 (três) meses após a data do diagnóstico.

Este diagnóstico deve ser feito e comprovado por um especialista e confirmado por achados típicos em exames diagnósticos de imagem (tomografia computadorizada e ressonância magnética).

3.5.1. São riscos excluídos dessa doença:

- a) acidente isquêmico transitório (AIT);
- b) eventos cerebrovasculares devidos a trauma ou infecção;
- c) Infartos lacunares que não cumprem com a definição de acidente vascular cerebral descrita anteriormente

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

Perda total da função muscular em duas ou mais extremidades (braços ou pernas) como resultado de uma lesão ou de uma doença da medula espinhal ou do cérebro, que deve persistir por, pelo menos, 90 (noventa) dias após o evento precipitante. Inclui a perda da função de membros ou extremidades classificada como diplegia, hemiplegia, tetraplegia ou quadriplegia. Estas condições devem ser documentadas medicamente por, pelo menos, 3 (três) meses após o diagnóstico de paralisia.

3.8. Cegueira ou Perda da Visão

Perda total e irreversível da visão de ambos os olhos causada por acidente ou doença. O diagnóstico deve ser feito por médico Oftalmologista e evidenciado por exames específicos, obedecendo aos critérios abaixo relacionados:

- a) acuidade visual para distância menor ou igual a 20/400 (0,05), no melhor olho, com a melhor correção possível; ou
- b) campo visual igual ou menor que 10 graus, no melhor olho, com a melhor correção possível.

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.

- a) Perda da visão ou cegueira que possa ser corrigida mediante tratamento médico correção possível.

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. São riscos excluídos dessa doença:

- a) qualquer procedimento intra-arterial com base em cateteres tais como colocação de stents ou reparação endovascular;
- b) cirurgia nos ramos da aorta.

3.11. Esclerose Múltipla

Diagnóstico inequívoco de Esclerose Múltipla definitiva confirmada e obedecendo todos os critérios abaixo relacionados:

- estudos diagnósticos incluindo achados típicos em uma ressonância magnética, que confirmem o diagnóstico de esclerose múltipla;
- alteração da função motora ou sensitiva, ou déficit neurológico múltiplo que persistem por um período contínuo de pelo menos 6 meses.

3.12. Perda da Audição ou Surdez

Perda irreversível, total ou profunda, da audição de ambas as orelhas, causadas por acidente ou doença.

O diagnóstico deve ser feito por médico Otorrinolaringologista e evidenciado por exames auditivos específicos (audiograma, BERA - Audiometria de Tronco Cerebral, emissão oto-acústica), obedecendo aos critérios abaixo relacionados:

- a) limiares auditivos sensório-neurais maiores ou iguais a 90dB (decibéis) em ambas as orelhas, aferidos por audiograma, simultaneamente nas frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 3000Hz.

3.12.1. São riscos excluídos dessa doença:

- a) surdez que possa ser corrigida mediante tratamento médico de qualquer tipo.

3.13. Queimaduras Graves (Grande Queimado)

Queimaduras de terceiro grau, cobrindo ao menos 20% (vinte por cento) da área da superfície do corpo do Segurado ou que atinjam pelo menos 20% (vinte por cento) da superfície do rosto ou cabeça. O diagnóstico deverá ser confirmado por um especialista e evidenciado pelos resultados da carta de Lund Browder ou um calculador equivalente de áreas corporais queimadas.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo;
- b) 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;
- c) 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. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

6.1. Em caso de Sinistro, cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 12 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 13 (Relação de Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os seguintes documentos indicados.

- 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 75 (setenta e cinco) anos de idade, esta Cobertura será automaticamente excluída da Apólice.

8. DISPOSIÇÕES CONTRATUAIS

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 ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1. OBJETIVO DA COBERTURA

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

1.2. Para fins desta Cobertura, adota-se a definição de Acidente Pessoal constante da Cláusula 21 das Condições Gerais (Definições – Termos Técnicos) das Condições Gerais deste seguro.

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

a) cuidados para estabilizar os sistemas fisiológicos principais para a manutenção da vida; e

b) cuidados que não possam ser executados em outras unidades do hospital devido a técnicas próprias de UTI.

1.4. Diária Segurada é o valor estabelecido na Apólice, que será pago ao Segurado por dia de internação hospitalar, causada por Acidente Pessoal ou doença, independentemente das despesas médicas incorridas pelo Segurado.

1.5. A Cobertura está limitada ao pagamento de, no máximo, 365 (trezentas e sessenta e cinco) Diárias Seguradas por Evento Coberto e por Vigência, respeitadas as exclusões, bem como os prazos de Carência e de Franquia previstos na Cláusula 2 e 3 destas Condições Especiais.

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

2. CARÊNCIA

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

3. FRANQUIA

3.1. Esta Cobertura está sujeita a Franquia de 5 (cinco), 7 (sete) ou 10 (dez) dias, conforme definido na Proposta de Contratação e estabelecido na Apólice, ou seja, somente estarão cobertas as internações hospitalares a partir, inclusive, do 6º (sexto), 8º (oitavo) ou 11ª (décimo primeiro) da respectiva internação hospitalar.

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia;**
- b) tratamentos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças com ela relacionadas;**
- c) diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;**
- d) tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos;**
- e) qualquer procedimento relacionado a gravidez, parto ou aborto, exceto em caso de Acidente Pessoal;**
- f) exame ou avaliações periódicas preventivas ("check-ups");**
- g) qualquer procedimento para tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento;**
- h) cirurgias plásticas em geral, exceto as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de Acidente Pessoal ocorrido na vigência do seguro;**
- i) tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de Acidente Pessoal;**
- j) tratamento cirúrgico da obesidade mórbida;**
- k) tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados à tentativa de suicídio ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos da data de início de vigência do seguro, ou atos ilícitos dolosos devidamente comprovados;**
- l) tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;**

- m) tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;**
- n) tratamento e/ou cirurgia de hérnias de qualquer natureza, exceto em caso de Acidente Pessoal;**
- o) internação domiciliar, mesmo que decorrente de Acidente Pessoal;**
- p) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- q) investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação;**
- r) tratamento cirúrgico devido a artroscopia e desvio de septo nasal;**
- s) qualquer classe de neoplasia maligna (Câncer) sem invasão ou “in situ” (incluindo displasia cervical), assim como o câncer de pele, exceto melanoma de invasão;**
- t) angiografia e/ou qualquer outra intervenção intra-arterial (angioplastia, endarterectomia, embolectomia e similares); e**
- u) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com estes, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, , Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC ou similares, que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicas, em qualquer tempo, exceto quando for comprovado que derivam diretamente do trabalho do segurado; e**
- v) despesas médicas incorridas com a internação hospitalar e/ou tratamento médico do Segurado.**
- x) de cirurgias plásticas estéticas ou reparadoras, tratamentos estéticos ou rejuvenescedores;**

5. CAPITAL SEGURO - DIÁRIA SEGUADA

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

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

6. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 12 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 13 (Relação de Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os seguintes documentos indicados.

- a) Relatório Médico integralmente preenchido e assinado pelo médico do Segurado (com firma reconhecida), indicando o início da doença, a data em que foi diagnosticada, a data da efetiva caracterização da doença, detalhando aspectos relativos à referida patologia;**

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

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

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

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

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

7.1. Esta cobertura será cancelada nas seguintes hipóteses:

- a) caso haja esgotamento do limite de Diárias Seguradas contratado;
- b) caso haja o cancelamento da Cobertura Básica de Morte; ou
- c) se houver modificação da Apólice para Seguro com Valor Saldado.
- d) Quando o Segurado atingir 75 (setenta e cinco) 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 a esta Cobertura todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA 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 3 (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 3.1, alínea "p", 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. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Na hipótese de solicitação de reembolso, cabe ao(s) responsável(is) pelo pagamento proceder(em) conforme descrito na Cláusula 12 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 13 (Relação de Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como:

5.2. Em caso de morte natural, incluir os seguintes documentos do Segurado.

- 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.

- 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 de Trabalho (CAT), nos casos de Acidente de Trabalho;
- g) Cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização.

6. DISPOSIÇÕES CONTRATUAIS

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.

1.2.1. É equiparado ao cônjuge o(a) companheiro(a) do segurado se, ao tempo do contrato, o(a) segurado(a) era separado(a) judicialmente, ou se já se encontrava separado(a) de fato.

1.2.2. 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 3 (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 3.1, alínea "p", 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 ou de seus familiares, conforme definido no item 1.2 destas Condições Especiais. A comprovação deverá ser por meio de apresentação das notas fiscais originais em nome do responsável pelo pagamento.

5. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Na hipótese de solicitação de reembolso, cabe ao(s) responsável(is) pelo pagamento proceder(em) conforme descrito na Cláusula 12 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 13 (Relação de Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como:

5.2. Em caso de morte natural, incluir os seguintes documentos do Segurado/familiar.

- 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.

- a) Cópia da Certidão de Registro de Ocorrência Policial ou outro documento de autoridade competente do país, se houver;
- b) CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado/familiar;
- c) Laudo de Necropsia, se realizado;
- d) Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;
- e) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);

- f) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de Acidente de Trabalho;
- g) Cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização;
- h) Comprovantes originais das despesas com Funeral.

6. DISPOSIÇÕES CONTRATUAIS

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 3 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do seguro.

2.2. Mediante a contratação da presente Cobertura, fica revogada a exclusão constante do item 3.1, alínea “q”, 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. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

4.1. Em caso de Sinistro, cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 12 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 13 (Relação de Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como:

4.2. Em caso de morte natural, incluir os seguintes documentos do Segurado.

- 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:

- 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 CONTRATUAIS

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.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA ADICIONAL DE CIRURGIA

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, na hipótese da realização de Cirurgia Coberta, desde que seguida por um período de Internação Hospitalar em regime pós-operatório de, no mínimo, 48 (quarenta e oito) horas. Estarão cobertas cirurgias por motivo de doença ou Acidente Pessoal, exceto se decorrentes de Risco Excluído, observadas as Carências previstas na cláusula 2 abaixo e as demais cláusulas constantes destas Condições Especiais e das Condições Gerais do Seguro. O diagnóstico da Cirurgia Coberta deverá ser comprovado por meio de exames médicos.

1.2. Estas Condições Especiais integram o Seguro de Vida Individual, prevalecendo sobre eventuais disposições em contrário das Condições Gerais.

1.3. Para fins desta Cobertura, serão utilizadas as mesmas definições do Glossário de Termos Técnicos das Condições Gerais, além das definições a seguir inseridas:

Artroscopia: é um procedimento cirúrgico para investigar ou tratar o interior de uma articulação, que apresenta possível anormalidade.

Cirurgia Coberta: Procedimento Invasivo, manual ou instrumental no corpo do paciente, realizado em regime de Internação Hospitalar, solicitado e conduzido por profissional Médico Assistente em ambiente cirúrgico-hospitalar sob anestesia geral, regional ou local, exceto aqueles caracterizados como Riscos Excluídos nestas Condições Especiais.

Hospital/Clínica: estabelecimento legalmente autorizado a funcionar como tal, e que dispõe de um corpo clínico permanente composto por, no mínimo, 1 (um) médico e 1 (um) enfermeiro diplomados, e

possuindo serviço de enfermagem, podendo um paciente permanecer internado por 24 (vinte e quatro) horas.

Internação Hospitalar: regime de internação em Hospital/Clínica, caracterizado pela necessidade de acompanhamento médico e que não possa ser realizado em regime ambulatorial.

Procedimentos Ambulatoriais: Procedimentos Ambulatoriais são aqueles realizados sem que haja regime de Internação Hospitalar.

Procedimentos Estéticos: Procedimentos Estéticos compreendem todos os procedimentos cirúrgicos ou não cirúrgicos que visam melhorar a aparência física e a satisfação do indivíduo.

Procedimentos Invasivos: Procedimentos que provocam o rompimento das barreiras naturais ou penetram em cavidades do organismo, abrindo uma porta ou acesso para o meio interno.

Procedimentos Não Invasivos: Procedimentos Não Invasivos são aqueles em que não há invasão do corpo e não comprometem a estrutura celular ou tecido cutâneo.

Procedimentos Paliativos: Procedimentos Paliativos são aqueles realizados quando o tratamento curativo não está mais atuando e existe situação de ameaça à continuidade de sua vida. Visam aliviar os sintomas e melhorar a qualidade de vida.

Procedimentos Reparadores: Procedimentos que visam corrigir deformidades congênitas ou adquiridas ao longo dos anos. O intuito é recuperar as funções do organismo, deixando-as o mais próximo do normal possível. São recomendados para casos em que há algum tipo de comprometimento às estruturas físicas do paciente, sejam eles causados por alguma doença ou acidente.

2. CARÊNCIA

2.1. Somente serão garantidas por esta cobertura as cirurgias realizadas após 90 (noventa) dias, contados do seu início de vigência.

2.2. Não haverá carência nos casos em que a cirurgia for proveniente de Acidente Pessoal coberto ocorrido após o início da vigência desta Cobertura.

3. GARANTIA

3.1. A garantia está limitada ao pagamento de, no máximo, 100% (cem por cento) do Capital Segurado vigente, sendo permitida apenas uma indenização por período de 6 (seis) meses, contados a partir da data de contratação da Cobertura ou do último evento coberto.

3.1.1. Na ausência de eventos cobertos durante uma determinada Vigência, o valor do capital segurado não será acumulado para vigências posteriores.

3.2. Um mesmo procedimento poderá ser realizado mais de uma vez ao longo da Vigência da Apólice, observado o limite estabelecido no item 3.1.

3.3. A realização de um segundo procedimento cirúrgico coberto, igual ou diferente do primeiro, dentro do período de 6 (seis) meses contados a partir da data da primeira cirurgia coberta, não será indenizável.

3.4. Em caso de múltiplos procedimentos incluídos em dois ou mais itens cobertos, realizados durante um período contínuo de Internação Hospitalar, ou durante o mesmo tempo cirúrgico, só será pago apenas o capital segurado correspondente à Cirurgia Coberta de maior valor.

3.5. A garantia restringe-se a eventos ocorridos durante a Vigência desta Cobertura e após o cumprimento do período de Carência.

3.6. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento a data na qual foi realizada a Cirurgia Coberta.

3.7. O Capital Segurado desta Cobertura será automaticamente reintegrado ao seu valor original e atualizado monetariamente, a cada 12 (doze) meses, contados a partir do seu início de Vigência.

3.8. As cirurgias e procedimentos cobertos estão listados a seguir:

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
PROCEDIMENTO	CÓDIGO TUSS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
Aneurisma de aorta-torácica	30906032	100%
Autotransplante renal unilateral	31101062	100%
Câncer de ovário (Debulking) laparoscópica	31307159	100%
Cardiomioplastia	30917026	100%
Cirurgia multivalvar	30902029	100%
Cistectomia radical laparoscópica (inclui próstata ou útero)	31103537	100%
Correção das dissecções da aorta	30906172	100%
Esofagectomia distal com ou sem toracotomia por videolaparoscopia	31001300	100%
Esvaziamento pélvico total por videolaparoscopia	31003710	100%
Hepatorrafia complexa com lesão de estruturas vasculares biliares por videolaparoscopia	31005594	100%
Histerectomia total laparoscópica ampliada	31303226	100%
Implante de cardiodesfibrilador multissítio –TRC-D (gerador e eletrodos)	30904161	100%
Implante transcater de prótese valvar aórtica (TAVI)	30912296	100%
Microcirurgia para tumores intracranianos	31401155	100%
Microcirurgia vascular intracraniana	31401171	100%
Nefrectomia parcial unilateral extracorpórea	31101178	100%
Nefrolitotripsia percutânea unilateral a laser	31101577	100%
Neobexiga laparoscópica	31103545	100%
Proctocolectomia total com reservatório ileal por videolaparoscopia	31003770	100%
Proctocolectomia total por videolaparoscopia	31003788	100%
Prostatovesiculectomia radical laparoscópica	31201148	100%
Reconstrução do esôfago cervical e torácico com transplante segmentar de intestino	31001270	100%

Reconstrução do esôfago cervical ou torácico, com transplante de intestino	31001289	100%
Reimplante do pênis	31206255	100%
Revascularização do miocárdio	30903025	100%
Revascularização do miocárdio + cirurgia valvar	30903033	100%
Transplante cardíaco (receptor)	31502024	100%
Transplante cardiopulmonar (receptor)	31503020	100%
Transplante hepático (receptor)	31505015	100%
Transplante pancreático (receptor)	31507018	100%
Transplante pulmonar unilateral (receptor)	31504027	100%
Transplante renal (receptor e doador vivo ou doador falecido)	31506011	100%
Troca valvar	30902053	100%
Tromboendarterectomia pulmonar	30803160	100%
Ventriculectomia parcial – em coronariopatias	30903041	100%
Abdominal ou hipogástrico – transplantes cutâneos	30701015	50%
Ablação percutânea por cateter para tratamento de arritmias cardíacas complexas (fibrilação atrial, taquicardia ventricular com modificação de cicatriz, taquicardias atriais macrorreentrantes com modificação de cicatriz), por energia de radiofrequência ou crioablação	30918081	50%
Adrenalectomia laparoscópica unilateral	31101488	50%
Ampliação do anel valvar	30902010	50%
Amputação abdômino-perineal do reto (completa) por videolaparoscopia	31003575	50%
Aneurisma de aorta abdominal infrarrenal	30906016	50%
Aneurismas rotos ou trombosados torácicos ou tóraco-abdominais	30910072	50%
Aneurismas torácicos ou tóraco-abdominais	30906083	50%
Aneurismectomia de VE	30903017	50%
Angiofibroma – ressecção transmaxilar e/ou transpalatina	30502012	50%
Antebraço – transplantes cutâneos	30701023	50%
Artéria mesentérica superior – qualquer técnica	30906148	50%
Artroplastia (qualquer técnica ou versão de quadril) – tratamento cirúrgico	30724058	50%

Artroplastia de ressecção do quadril (Girdlestone) – tratamento cirúrgico	30724074	50%
Atresia de vias biliares – tratamento cirúrgico	31005047	50%
Autotransplante com microcirurgia	31001033	50%
Autotransplante de dois retalhos musculares combinados, isolados e associados entre si, ligados por um único pedículo	30705010	50%
Autotransplante de dois retalhos cutâneos combinados, isolados e associados entre si, ligados por um único pedículo vascular	30705029	50%
Autotransplante de dois retalhos, um cutâneo combinado a um muscular, isolados e associados entre si, ligados por um único pedículo vascular	30705037	50%
Autotransplante de dois retalhos, um cutâneo combinado a retalho osteomuscular, isolados e associados entre si, ligados por um único pedículo vascular	30705045	50%
Autotransplante de epiplon	30705053	50%
Autotransplante de outros retalhos, isolados entre si, e associados mediante um único pedículo vascular comuns aos retalhos	30705061	50%
Autotransplante de três retalhos, um cutâneo separado, combinado a outros dois retalhos musculares isolados e associados, ligados por um único pedículo vascular	30705070	50%
Autotransplante de um testículo	31203019	50%
Axilar – transplantes cutâneos	30701031	50%
Broncoplastia e/ou arterioplastia por videotoracoscopia	30802040	50%
Broncotomia e/ou broncorrafia por videotoracoscopia	30802059	50%
Bulectomia unilateral por videotoracoscopia	30803179	50%
Cirurgia de abaixamento por videolaparoscopia	31003591	50%
Cirurgia redutora do volume pulmonar unilateral por videotoracoscopia	30803187	50%
Cirurgia redutora do volume pulmonar unilateral (qualquer técnica)	30803020	50%
Cisto ou duplicação brônquica ou esofágica – tratamento cirúrgico por vídeo	30805198	50%
Colecistectomia com fístula biliodigestiva por videolaparoscopia	31005489	50%

Colectomia parcial com colostomia por videolaparoscopia	31003613	50%
Colectomia parcial sem colostomia por videolaparoscopia	31003621	50%
Colectomia total com íleo-reto-anastomose por videolaparoscopia	31003630	50%
Colectomia total com ileostomia por videolaparoscopia	31003648	50%
Comissurotomia valvar	30902037	50%
Correção cirúrgica da comunicação interventricular	30901065	50%
Correção de deformidades da parede torácica por vídeo	30601274	50%
Correção de fístula bronco-pleural (qualquer técnica)	30803047	50%
Correção de fístula bronco-pleural por videotoracoscopia	30803195	50%
Correção laparoscópica de refluxo vesico-ureteral unilateral	31102530	50%
Costela	30704014	50%
Couro cabeludo – transplantes cutâneos	30701040	50%
Deltapeitoral – transplantes cutâneos	30701058	50%
Desconexão ázigos – portal com esplenectomia por videolaparoscopia	31005560	50%
Desconexão ázigos – portal sem esplenectomia por videolaparoscopia	31005578	50%
Descorticação pulmonar por videotoracoscopia	30804159	50%
Digitais (da face volar e látero-cubital dos dedos médio e anular da mão) – transplantes cutâneos	30701066	50%
Dorsal do pé – transplantes cutâneos	30701082	50%
Embolectomia pulmonar	30803063	50%
Enxerto interfascicular de nervo vascularizado	31403077	50%
Escapular – transplantes cutâneos	30701090	50%
Esofagectomia subtotal com linfadenectomia com ou sem toracotomia	31001254	50%
Esofagoplastia (coloplastia)	31001068	50%
Esofagorrafia torácica por videotoracoscopia	31001343	50%
Esplenectomia parcial por videolaparoscopia	31007058	50%
Esvaziamento pélvico anterior ou posterior por videolaparoscopia	31003702	50%
Exérese laparoscópica de cisto de vesícula seminal unilateral	31201156	50%

Exploração vascular em traumas torácicos e abdominais	30910102	50%
Extrofia em cloaca – tratamento cirúrgico	31103260	50%
Extrofia vesical – tratamento cirúrgico	31103278	50%
Faringolaringoesofagectomia total	30205158	50%
Faringo-larngo-esofagectomia total com ou sem toracotomia	31001092	50%
Fístula uretro-vaginal – correção cirúrgica	31104100	50%
Gastrectomia parcial com linfadenectomia por videolaparoscopia	31002307	50%
Gastrectomia total com linfadenectomia por videolaparoscopia	31002331	50%
Gastrectomia total via abdominal por videolaparoscopia	31002340	50%
Gastroplastia para obesidade mórbida por videolaparoscopia	31002390	50%
Grande dorsal (latissimus dorsi) – transplantes músculo-cutâneos com microanastomoses vasculares	30702011	50%
Hérnia diafragmática – tratamento cirúrgico por vídeo	30806054	50%
Hipoglicemia – tratamento cirúrgico (pancreatotomia parcial ou total)	31006043	50%
Histerectomia total laparoscópica	31303218	50%
Histerectomia total laparoscópica com anexectomia uni ou bilateral	31303234	50%
Íliaco	30704022	50%
Inguino-cural – transplantes cutâneos	30701120	50%
Laringectomia total	30206138	50%
Ligadura de ducto-torácico por vídeo	30805210	50%
Linfadenectomia mediastinal por vídeo	30805228	50%
Linfadenectomia retroperitoneal laparoscópica	30914159	50%
Lobectomia hepática direita por videolaparoscopia	31005616	50%
Lobectomia hepática esquerda por videolaparoscopia	31005624	50%
Lobectomia pulmonar por videotoracoscopia	30803217	50%
Metastasectomia pulmonar unilateral por videotoracoscopia	30803225	50%
Microcirurgia do plexo braquial com a exploração, neurólise e enxertos interfasciculares para reparo das lesões	31403174	50%

Microcirurgia do plexo braquial com exploração e neurólise	31403182	50%
Nefrectomia parcial laparoscópica unilateral	31101569	50%
Nefrectomia radical laparoscópica unilateral	31101550	50%
Nefrectomia total unilateral por videolaparoscopia	31101585	50%
Nefroureterectomia com ressecção vesical laparoscópica unilateral	31101542	50%
Neobexiga cutânea continente	31103480	50%
Neobexiga retal continente	31103499	50%
Neobexiga uretral continente	31103502	50%
Onfalocele/gastrosquise em 1 tempo ou primeiro tempo ou prótese – tratamento cirúrgico	31009220	50%
Osteocutâneo de ilíaco	30704030	50%
Osteocutâneos de costela	30704049	50%
Osteomusculocutâneo de costela	30704057	50%
Outros transplantes ósseos e osteomusculocutâneos	30704065	50%
Pâncreas anular – tratamento cirúrgico por videolaparoscopia	31003745	50%
Pancreato-duodenectomia com linfadenectomia	31006078	50%
Perônio ou fíbula	30704073	50%
Pieloplastia laparoscópica unilateral	31101526	50%
Plastia valvar	30902045	50%
Pneumonectomia de totalização	30803110	50%
Ponte aorto-bifemoral	30906229	50%
Pontes aorto-cervicais ou endarterectomias dos troncos supra-aórticos	30906342	50%
Procedimento cirúrgico de implante coclear unilateral (primeira implantação ou substituição)	30404150	50%
Proctocolectomia total com reservatório ileal	31003532	50%
Recanalização arterial no IAM – angioplastia primária – com implante de stent com ou sem suporte circulatório (balão intra-órtico)	30912180	50%
Reimplante de dois dedos da mão	30722667	50%
Reimplante de segmentos distais do membro superior, com ressecção segmentar	30705100	50%

Reimplante do membro inferior do nível médio proximal da perna até a coxa	30706017	50%
Reimplante do membro inferior do pé até o terço médio da perna	30706025	50%
Reimplante do membro superior nível transmetacarpiano até o terço distal do antebraço	30722675	50%
Reimplante do membro superior, do nível médio do antebraço até o ombro	30706033	50%
Reimplante do polegar	30722683	50%
Reimplante ureterointestinal laparoscópico unilateral	31102557	50%
Reimplante uretero-vesical laparoscópico unilateral	31102549	50%
Reintervenção sobre a transição esôfago gástrica por videolaparoscopia	31001319	50%
Ressecção de cisto hepático com hepatectomia por videolaparoscopia	31005659	50%
Ressecção de tumor de mediastino por vídeo	30805260	50%
Ressecção de tumor de vesícula ou da via biliar com hepatectomia	31005373	50%
Ressecção de tumor traqueal por videotoracoscopia	30801168	50%
Ressecção do esôfago cervical e/ou torácico e transplante com microcirurgia	31001157	50%
Ressecção do osso temporal	30404126	50%
Retirada de tumores intracardíacos	30917042	50%
Reto abdominal (rectus abdominis)	30702046	50%
Reto anterior (rectus femoris)	30703115	50%
Reto interno (gracilis) – transplantes musculares com microanastomoses vasculares	30703123	50%
Reto interno (gracilis) – transplantes músculocutâneos com microanastomoses vasculares	30702054	50%
Retossigmoidectomia abdominal por videolaparoscopia	31003796	50%
Retroauricular	30701171	50%
Revascularização do polegar ou outro dedo	30722756	50%
Revisão de artroplastias de quadril com retirada de componentes e implante de prótese	30724279	50%
Sartório (sartorius)	30703131	50%
Semimembranoso (semimembranosus)	30703140	50%

Semitendinoso (semitendinosus)	30703158	50%
Serrato maior (serratus) – transplantes musculares com microanastomoses vasculares	30703166	50%
Serrato maior (serratus) – transplantes músculocutâneos com microanastomoses vasculares	30702062	50%
Substituição esofágica – cólon ou tubo gástrico	31001165	50%
Temporal	30701180	50%
Tensor da fascia lata (tensor fascia lata) – transplantes musculares com microanastomoses vasculares	30703182	50%
Tensor da fascia lata (tensor fascia lata) – transplantes músculo-cutâneos com microanastomoses vasculares	30702070	50%
Timectomia por vídeo	30805279	50%
Tímpano-mastoidectomia	30403111	50%
Transplante articular de metatarsofalângica para a mão	30707013	50%
Transplante cutâneo com microanastomose	30701198	50%
Transplante de 2º pododáctilo para mão	30707021	50%
Transplante de dedos do pé para a mão	30707030	50%
Transplante de dois pododáctilos para a mão	30707064	50%
Transplante do 2º pododáctilo para o polegar	30707048	50%
Transplante do hallux para polegar	30707056	50%
Transplante miocutâneo com microanastomose	30701210	50%
Transplante ósseo vascularizado (microanastomose)	30704081	50%
Tratamento cirúrgico conservador do megaesofago por videolaparoscopia	31001335	50%
Tratamento cirúrgico da isquemia cerebral	30906431	50%
Tratamento cirúrgico de trauma laríngeo (agudo)	30206367	50%
Tratamento cirúrgico do divertículo esofágico por videotoroscopia	31001351	50%
Tratamento da mediastinite por vídeo	30805287	50%
Tratamento microcirúrgico das lesões intramedulares (tumor, malformações arteriovenosas, siringomielia, parasitoses)	30715350	50%
Tratamento operatório da hemorragia intrapleural por vídeo	30804213	50%
Tronco celíaco – qualquer técnica	30906466	50%

Tumor do nervo acústico – ressecção via translabiríntica ou fossa média	30404134	50%
Ureterorrenolitotripsia flexível a laser unilateral	31102360	50%
OBS.: Cirurgias listadas com técnica videolaparoscopia ou toracoscopia, mas que tenham sido realizadas como cirurgia aberta, poderão ser submetidas como consulta para avaliação da cobertura pela seguradora.		

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Excluídos

4.1. Além das exclusões previstas na cláusula 3 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais, estão excluídos desta cobertura:

- a) procedimentos relacionados a ou decorrentes de condições pré-existentes ou congênitas conhecidas pelo Segurado e não declaradas durante a contratação do Seguro;
- b) procedimentos com indicação prévia ao início de Vigência da Apólice;
- c) punções em geral;
- d) citologias em geral;
- e) procedimentos com objetivo diagnóstico;
- f) Procedimentos Paliativos;
- g) Procedimentos Ambulatoriais ou em Regime de Day Clinic;
- h) Procedimentos Não Invasivos;
- i) Procedimentos para doação de órgãos/tecidos não sendo o Segurado o receptor;
- j) Procedimentos Estéticos, de rejuvenescimento ou emagrecimento;
- k) Procedimentos Reparadores em lesões existentes anteriormente à contratação;
- l) procedimentos para tratamento ou decorrentes de calvície, obesidade e redução de peso;
- m) procedimentos de mudança de sexo;
- n) procedimentos relacionados à gestação/obstétricos, incluindo parto, cesariana, maternidade e abortamento, assim como suas complicações;
- o) procedimentos decorrentes de hérnias de qualquer natureza, com exceção para hérnia diafragmática e hérnia de disco e, quando encarceradas ou estranguladas: herniorrafia crural, inguinal ou epigástrica;

- p) procedimentos relacionados a ou com finalidade de tratamento de infertilidade/ fertilidade/ esterilização ou mesmo impotência sexual, incluindo congelamento de óvulos;**
- q) procedimentos odontológicos, inclusive gengivais e alveolares;**
- r) procedimentos decorrentes de atos dolosos cometidos pelo Segurado;**
- s) procedimentos decorrentes da prática profissional de esportes;**
- t) procedimentos de diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;**
- u) procedimentos para miopia, astigmatismo presbiopia, hipermetropia ou catarata;**
- v) procedimentos restritos ao nariz, dentre os quais: rinosinusite, sinusectomia, harmonização nasal, polipectomia, septoplastia ou desvio de septo nasal;**
- w) procedimentos por acidentes que ocorreram fora do período de Cobertura, mesmo que reparador ou por complicação;**
- x) procedimentos experimentais ou que não são aprovados pelos Conselhos Federal ou Regional de Medicina;**
- y) procedimentos realizados por técnicas de Artroscopia ou tratamento cirúrgico necessário devido à utilização de procedimento de Artroscopia;**
- z) procedimentos relacionados ao tratamento da Síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e/ou causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) independente da forma e quando esta foi adquirida se esta foi adquirida.**

5. VIGÊNCIA

5.1. A idade mínima para contratação desta Cobertura é de 14 (quatorze) anos e a máxima é de 70 (setenta) anos, com idade de saída aos 75 (setenta e cinco) anos.

5.2. A Vigência desta Cobertura será de 1 (um) ano conforme estabelecido na Apólice e corresponderá ao período de pagamento dos Prêmios referentes a esta Cobertura.

5.3. A cobertura terá seu início e término e Vigência na data indicada na Apólice.

6. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

6.1. O pagamento do Capital Segurado decorrente da presente Cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados no item 6.2, abaixo informada e demais disposições do Seguro.

6.2. Os documentos básicos a seguir relacionados serão necessários para análise e liquidação de Sinistros cobertos por este Seguro e deverão ser encaminhados à Seguradora.

- a) Formulário de Aviso de Sinistro, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Documento assinado pelo Médico Assistente do Segurado, contendo informações sobre as circunstâncias do evento e histórico médico que este entender relevante. O documento deverá conter carimbo com o CRM do Médico Assistente e reconhecimento de firma da assinatura do médico;
- c) Documento de Identidade e CPF do Segurado, quando maior de 18 (dezoito) anos, ou Certidão de Nascimento, quando menor de 18 (dezoito) anos;
- d) Comprovante de Residência do Segurado, não podendo ser anterior a 3 (três) meses;
- e) Relatório de operação e ficha anestésica;
- f) Prontuário hospitalar completo;
- g) Exames comprobatórios da patologia base que indicou a Cirurgia Coberta;
- h) Boletim de ocorrência (quando aplicável).

A Seguradora poderá solicitar a seu critério documentos e/ou exames complementares para regulação do sinistro.

6.3. O Beneficiário desta cobertura será sempre o próprio Segurado. O Capital Segurado será pago ao Segurado de forma única e integral.

6.4. Caso o Segurado venha a falecer antes do recebimento do Capital Segurado, quando este já era de direito, o valor será pago a seus Beneficiários de acordo com a legislação vigente.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

7.1. Quando o Segurado atingir 75 (setenta e cinco) 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 a esta Cobertura todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA ADICIONAL DE QUEBRA OSSOS

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, **desde que contratada e pago o Prêmio a ela correspondente**, garante ao Segurado, na hipótese de um Evento Coberto causado exclusivamente por Acidente Pessoal, o pagamento do Capital Segurado contratado de acordo com o percentual previsto na tabela de fratura de ossos destas Condições Especiais. Serão observados os limites de garantia, os Riscos Excluídos, o Capital Segurado disponível para pagamento de Sinistros, conforme previstos nesta Condições Especiais.

1.2. Estas Condições Especiais integram o Seguro de Vida Individual, prevalecendo sobre eventuais disposições em contrário das Condições Gerais.

1.3. Para fins desta Cobertura, serão utilizadas as mesmas definições do Glossário de Termos Técnicos das Condições Gerais, além das definições a seguir inseridas:

Benefício Adicional: Capital Segurado adicional a ser pago no caso de Fratura Exposta.

Evento Coberto: ocorrência de fratura(s) óssea(s) especificada(s) nestas Condições Especiais causadas por Acidente Pessoal coberto durante a vigência da Cobertura, nos termos das Condições Especiais.

Fratura com Crânio Deprimido: fratura na qual há depressão óssea de um ou mais ossos do crânio, com consequente laceração dural e/ ou lesão do cérebro subjacente.

Fratura Completa: fratura em que o osso se quebra em dois ou mais fragmentos, ocorrendo a separação total das partes fraturadas.

Fratura Exposta: é aquela em que ocorre comunicação de parte do osso lesionado, chamado foco da fratura, com o meio externo, com perda de continuidade de pele.

Fratura Incompleta ou Fissura Óssea: fratura em que não há separação total das partes.

Fratura Patológica: aquelas nas quais o osso é fraturado em uma área enfraquecida por uma doença, tal como tumor ósseo, metástase de tumores, osteomielite, doenças do metabolismo ósseo e outras.

São causadas por um grau de esforço que, se não fosse a área enfraquecida por uma doença, não resultaria em uma fratura.

Fratura por Estresse: fratura resultante de um número repetitivo de movimentos em determinada região que pode levar a fadiga e desbalanço da atuação dos osteoblastos e osteoclastos e favorecer a ruptura óssea.

Luxação: é uma separação entre ossos que formam uma articulação, ou seja, quando um osso sai de sua posição anatômica correta.

Osteoporose: porosidade no osso causada por perda de massa óssea.

2. GARANTIA

2.1. Não há limites de Eventos Cobertos para essa Cobertura. No entanto, deve-se observar a cláusula 4.3, referente à limitação do Capital Segurado disponível para pagamento de Sinistros.

2.1.1. Na hipótese de não ocorrência de Eventos Cobertos durante determinada Vigência, o valor do Capital Segurado não será acumulado para as próximas Vigências.

2.2. Um mesmo tipo de Evento Coberto poderá ser coberto mais de uma vez ao longo da Vigência da Apólice, desde que esteja de acordo com o item 2.1.

2.3. A garantia restringe-se a Eventos Cobertos ocorridos durante a Vigência desta Cobertura, decorrido o período de Carência.

2.4. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento a data na qual ocorreu a fratura óssea caracterizada como Evento Coberto.

2.5. Esta Cobertura garante ao Segurado o pagamento de um percentual do Capital Segurado nas circunstâncias descritas na tabela abaixo, em caso de fratura óssea caracterizada como Evento Coberto, causada por um Acidente Pessoal coberto.

2.6. O Capital Segurado desta Cobertura será reintegrado de forma automática para seu valor original e atualizado monetariamente, a cada 12 (doze) meses contados a partir do seu início de Vigência.

2.7. Esta Cobertura garante ao Segurado o pagamento de um percentual do Capital Segurado nas circunstâncias descritas na tabela abaixo, em caso de fratura óssea coberta causada por um Acidente Pessoal coberto.

PROCEDIMENTOS COBERTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
Braço "superior": Úmero direito e esquerdo	80%
Braço "superior": Úmero direito ou esquerdo	40%
Clavícula (direita ou esquerda) – apenas uma	30%
Clavículas (direita e esquerda) – ambas	60%
Cóccix ou sacro ou ambos	5%
Costelas: arcos costais direitos ou esquerdos, independentemente se um ou mais ossos ou partes ósseas	15%

Crânio com afundamento, independentemente se um ou mais ossos ou partes ósseas (Frontal, Parietais, Temporais, Occipital, Esfenoide)	100%
Crânio sem afundamento, independentemente se um ou mais ossos ou partes ósseas (Frontal, Parietais, Temporais, Occipital, Esfenoide)	50%
Dedo: fratura de ao menos 1 dedo (falanges proximais ou médias) de cada uma das mãos	10%
Dedo: fratura de ao menos 1 dedo (falanges proximais ou médias) em cada um dos pés	10%
Dedo: fratura de ao menos 2 dedos (falanges proximais ou médias) de um dos pés	5%
Dedo: fratura de ao menos 2 dedos (falanges proximais ou médias) de uma das mãos	5%
Escápula (direita ou esquerda) – apenas uma	40%
Escápulas (direita e esquerda) – ambas	70%
Esterno	25%
Face, independentemente se um ou mais ossos ou partes ósseas (Zigomático, Lacrimal, Palatino, Maxilar, Mandíbula)	40%
Fêmur (direito e esquerdo) – ambos	100%
Fêmur (direito ou esquerdo) – apenas um	50%
Fíbula ou tíbia de ambas as pernas, independentemente se é o mesmo osso ou parte óssea em ambas as pernas	60%
Fíbula ou tíbia de uma mesma perna, independentemente se um ou dois ossos ou partes ósseas na perna	30%
Ossos carpo ou metacarpo de ambas as mãos, independentemente se é o mesmo osso ou parte óssea em ambas as mãos	30%
Ossos carpo ou metacarpo de uma mesma mão, independentemente se um ou dois ossos ou partes ósseas da mão	15%
Ossos tarso ou metatarso de ambos os pés, independentemente se é o mesmo osso ou parte óssea em ambas os pés	30%
Ossos tarso ou metatarso de um mesmo pé, independentemente se um ou dois ossos ou partes ósseas do pé	15%
Patela (direita ou esquerda) – uma	25%
Patelas (direita e esquerda) – duas	50%
Pelve, independentemente se uma ou mais partes ósseas (ílio, ísquio, púbis)	80%
Ulna ou rádio de ambos os antebraços, independentemente se é o mesmo osso ou parte óssea em ambas os antebraços	50%

Ulna ou rádio de um mesmo antebraço, independentemente se um ou dois ossos ou partes ósseas do antebraço	25%
Vértebras Cervicais (C1 a C7) com fratura completa ou incompleta, independentemente se uma ou mais vértebras	100%
Vértebras Lombares (L1 a L5) com fratura completa, independentemente se uma ou mais vértebras	100%
Vértebras Torácicas (T1 a T12) com fratura completa, independentemente se uma ou mais vértebras	100%
Vértebras Torácicas (T1 a T12) ou Vértebras Lombares (L1 a L5) com fratura incompleta, independentemente se uma ou mais vértebras	50%

2.8. O valor a ser indenizado independe da quantidade de fraturas ocorridas no osso ou no grupo de ossos informado em cada linha da tabela. O percentual indicado corresponde ao percentual máximo do Capital Segurado que será indenizado quando a ocorrência corresponder de forma exata à(s) circunstância(s) descrita(s) em cada linha da tabela acima, sendo necessário considerar, inclusive, quando a descrição considerar a fratura simultânea em mais de um osso.

2.9. Caso ocorra mais de uma fratura causada por um mesmo Acidente Pessoal coberto, o valor total do Capital Segurado a ser pago ao Segurado será o somatório dos valores correspondentes a cada fratura de ossos cobertos ou grupo de ossos, estabelecidos no item 2.8 destas Condições Especiais e limitado ao Capital Segurado contratado e disponível, conforme item 2.7 desta Condições Especiais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além das exclusões previstas na cláusula 3 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais, estão excluídos desta Cobertura as fraturas e/ou Eventos que se enquadrem nas descrições abaixo:

- a) todo tipo de fratura de ossos em consequência de Osteoporose;**
- b) Fraturas por Estresse de forma geral, completas ou incompletas;**
- c) fratura ou quebra de dentes;**
- d) acidentes em que o Segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo que deu causa à fratura de ossos;**
- e) acidentes e suas consequências ocorridos antes data da contratação do Seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do Seguro;**
- f) quaisquer doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, exceto as quando for comprovado que derivam diretamente do trabalho do segurado;**
- g) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos;**

- h) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com esses fatores, assim como lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo, exceto quando for comprovado que derivam diretamente do trabalho do segurado;
- i) autolesões, lesões voluntárias e premeditadas ou sua tentativa;
- j) fratura de ossos decorrente, resultante ou derivada de doenças prévias e de conhecimento do Segurado antes do início da Cobertura do Seguro;
- k) Luxações ou deslocamentos de qualquer tipo ou natureza.
- l) lesões ligamentares, tendinosas ou de cartilagens de qualquer tipo ou natureza;
- m) Fraturas Patológicas de qualquer tipo ou natureza;
- n) fraturas ocorridas nas falanges distais das mãos e dos pés;
- o) fratura de nariz, exceto para fraturas de ossos da face ou do crânio que corresponderem de forma exata à(s) circunstância(s) descrita(s) na Lista de fraturas de ossos ou grupo de ossos cobertos;
- p) eventos que não se incluem no conceito de Acidente Pessoal, conforme definido nas Condições Gerais;
- q) amputação.

4. VIGÊNCIA

- 4.1.** A idade mínima para contratação desta Cobertura é de 14 (quatorze) anos e a máxima é de 70 (setenta) anos, com idade de saída aos 75 (setenta e cinco) anos.
- 4.2.** A Cobertura terá seu início e término e Vigência na data indicada na Apólice.
- 4.3.** Não há Carência para esta Cobertura Adicional.
- 4.4.** Este Seguro tem prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não o renovar na data de vencimento, independentemente do tempo de relação contratual.

5. CAPITAL SEGURADO DO EVENTO

- 5.1.** O Capital Segurado será estabelecido contratualmente e constará na Apólice.
- 5.2.** O Capital Segurado previsto para esta Cobertura é cumulativo com outras, exceto quando o mesmo Evento Coberto causar a morte do Segurado.

Cap Segurado

5.3. Limitação do Capital Segurado disponível para pagamento de sinistros:

5.3.1. A garantia está limitada ao pagamento de, no máximo, 100% (cem por cento) do Capital Segurado vigente na Cobertura, considerando os Eventos Cobertos ocorridos a cada período de 12 (doze) meses, contados a partir do início de Vigência da Cobertura.

5.3.2. Os Sinistros cobertos terão seu Capital Segurado calculado conforme cláusulas 5.7 e 5.8 destas Condições Especiais.

5.3.2.1. O limite de Capital Segurado disponível para pagamento de Sinistros é alcançado quando 100% (cem por cento) do Capital Segurado vigente for pago ao Segurado, nos termos da cláusula 5.3.1.

5.3.4. Quando alcançado o limite de Capital Segurado disponível para pagamento de Sinistros, serão indenizáveis apenas Eventos Cobertos que ocorram a partir da reintegração do Capital Segurado desta Cobertura conforme cláusula 2.6 dessas Condições Especiais.

5.3.5. Em hipótese alguma o limite de Capital Segurado disponível para pagamento de Sinistros, conforme previsto na cláusula 5.3.1, será ultrapassado caracterizando um pagamento superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado vigente.

5.3.5.1. Caso o Capital Segurado a ser indenizado, dentro do período de 12 (doze) meses contados a partir do início de vigência da Cobertura, supere o limite estabelecido nesta cláusula, o Sinistro mais recente terá o valor da indenização reduzido de forma a respeitar o limite de Capital Segurado disponível para pagamento de Sinistros.

5.3.5.2. O Benefício Adicional de 50% (cinquenta por cento) em casos de fratura exposta será proporcional ao Capital Segurado disponível, respeitando o limite de pagamento de Sinistros da Cobertura.

5.3.6. Durante a vigência do Seguro, será possível realizar a indenização de um mesmo tipo de fratura de ossos, conforme tabela do item 2.7, desde que causada por Eventos Cobertos diferentes.

5.4. Alteração do Capital Segurado

5.4.1. O Segurado poderá solicitar, a qualquer momento, desde que o Seguro esteja vigente e com os Prêmios pagos em dia, a alteração do Capital Segurado desta Cobertura por meio de formulário apropriado, observada a cláusula de Capital Segurado das Condições Gerais.

5.4.2. Caso o Capital Segurado de Morte Qualquer Causa da Apólice seja alterado, ou, ainda, a vigência de uma das Coberturas Adicionais que possuam cobertura de Morte Qualquer Causa seja encerrada, o Capital Segurado desta Cobertura deverá, obrigatoriamente, ser revisto, de modo a se manter entre os limites mínimo e máximo estabelecidos pela Seguradora.

5.5. Após a redução do valor do Capital Segurado, para manter a Cobertura contratada em vigor, o Responsável pelo Pagamento deverá continuar pagando os Prêmios da Cobertura contratada, porém, estes serão reduzidos na mesma proporção da redução do Capital Segurado da garantia.

5.6. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação do Sinistro, será considerada como data do evento, a data do acidente.

5.7. O Capital Segurado a ser pago, em caso de Sinistro coberto, será calculado aplicando-se, sobre o valor do Capital Segurado contratado, o percentual indicado na tabela de fratura de ossos cobertas dessas Condições Especiais.

5.8. A garantia prevê o pagamento de um benefício adicional de 50% (cinquenta por cento) do Capital Segurado a ser indenizado caso a fratura coberta relacionada nesta Cobertura seja caracterizada como Fratura Exposta.

5.8.1. Este benefício adicional será calculado com base no Capital Segurado a ser indenizado, inclusive nos casos previstos no item 5.3.5.1. destas Condições Especiais.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA

6.1. Quando o Segurado atingir 75 (setenta e cinco) anos de idade, esta Cobertura será automaticamente cancelada. Cessação da Cobertura

7. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

8. Pagamento do Benefício

7.1. O pagamento do Capital Segurado decorrente da presente Cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados no item 7.2, observada as Condições Gerais e demais disposições do seguro.

7.2. Os documentos básicos a seguir relacionados serão necessários para análise e liquidação de Sinistros cobertos por este Seguro e deverão ser encaminhados à Seguradora, que poderá solicitar fotocópia:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;

b) Documento assinado pelo médico assistente do Segurado, contendo informações sobre as circunstâncias do evento e histórico médico que este entender relevante. O documento deverá conter

carimbo com o CRM do médico assistente e reconhecimento de firma da assinatura do médico;

c) Documento de Identidade e CPF do Segurado, quando maior de 18 (dezoito) anos, ou Certidão de Nascimento, quando menor de 18 (dezoito) anos;

d) Comprovante de Residência do Segurado, não podendo ser anterior a 3 (três) meses;

e) Boletim de ocorrência e/ou ficha de atendimento hospitalar;

f) Exames comprobatórios da fratura (raio-x, tomografia entre outros) com o respectivo laudo médico.

A Seguradora poderá solicitar a seu critério documentos e/ou exames complementares para regulação do Sinistro, dentre eles a densitometria óssea.

7.3. O Beneficiário desta cobertura será sempre o próprio Segurado. O Capital Segurado será pago ao Segurado de forma única e integral.

7.4. Caso o Segurado venha a falecer antes do recebimento do Capital Segurado, quando este já era de direito, o valor será pago a seus Beneficiários, de acordo com a legislação vigente.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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.



www.omint.com.br