



CONDIÇÕES GERAIS

ALFA MICROSSEGURO DE PESSOAS BILHETE

Processo Susep nº 15414.902315/2014-11

| | |
|--|----|
| Sumário | |
| OUVIDORIA..... | 3 |
| DISPOSIÇÕES GERAIS | 5 |
| LGPD – LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS..... | 6 |
| 1. DEFINIÇÕES GERAIS (GLOSSÁRIO) | 7 |
| 2. OBJETIVO DO MICROSSEGURO | 15 |
| 3. PÚBLICO ALVO..... | 15 |
| 4. ÂMBITO GEOGRÁFICO..... | 15 |
| 5. COBERTURAS | 15 |
| 6. RISCOS EXCLUÍDOS..... | 16 |
| 7. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S) | 17 |
| 8. CARÊNCIA E FRANQUIA | 18 |
| 9. FORMAS DE CONTRATAÇÃO | 18 |
| 10. INÍCIO E FIM DE VIGÊNCIA | 18 |
| 11. LIMITES MÁXIMOS DE CAPITAL SEGURADO..... | 19 |
| 12. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS..... | 19 |
| 13. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO E OBRIGAÇÕES DO SEGURADO | 20 |
| 14. PERDA DE DIREITOS..... | 22 |
| 15. PRESCRIÇÃO..... | 22 |
| 16. DISPOSIÇÕES GERAIS | 22 |
| 17. CANAIS DE DISTRIBUIÇÃO | 23 |
| 18. SORTEIO..... | 23 |
| 19. FORO CONTRATUAL..... | 23 |
| CONDIÇÕES ESPECIAIS | 24 |
| COBERTURA DE MORTE..... | 24 |
| COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL | 26 |
| COBERTURA DE REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL..... | 28 |
| COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)..... | 30 |
| COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPIALARES E/OU ODONTOLÓGICAS DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL (DMHO) | 32 |
| COBERTURA SUPLEMENTAR DE CÔNJUGES E/OU DEPENDENTES | 34 |

OUVIDORIA

É um canal independente de comunicação, criado para auxiliar os clientes na solução de eventuais divergências sobre o contrato de seguro, podendo ser usado depois de esgotados os canais regulares de atendimento, tais como SAC (Serviço de Atendimento a Clientes) e departamentos envolvidos na divergência em questão.

OBJETIVOS DA OUVIDORIA

As empresas Alfa Seguradora S.A. – CNPJ 02.713.529/0001-88 – Código SUSEP 0646-7 e Alfa Previdência e Vida S.A. – CNPJ 02.713.530/0001-02 – Código SUSEP 0289-5 instituíram a figura do Ouvidor com os seguintes objetivos:

- Receber os recursos dos clientes;
- Informar sobre o encaminhamento e andamento dado à sua solicitação;
- Apreciar e resolver os eventuais conflitos de interesse que surjam na execução dos respectivos contratos de seguros ou previdência privada, protegendo seus direitos e garantindo a equidade de suas relações com nossas empresas;
- Conhecer as opiniões, os anseios, insatisfações e elogios dos clientes.

QUEM PODE RECORRER?

Os segurados, beneficiários, terceiros, corretores em nome de clientes, estipulantes e representantes legais que discordem de decisões tomadas pelas nossas empresas em questões derivadas dos respectivos contratos de seguros, ou que já tenham decorrido 30 (trinta) dias do pedido formulado.

Para maior agilidade do processo o pedido de análise, com a documentação respectiva, poderá ser enviado pelo corretor de seguros ao Ouvidor.

O QUE PROCEDE?

1º) Os canais regulares de atendimento (SAC – Serviço de Atendimento a Clientes) e departamentos envolvidos, devem ter analisado o pedido antes de o recurso ser apresentado à Ouvidoria.

2º) Somente serão analisados os casos cujas reclamações não tenham sido objeto de ação judicial ou tenham recorrido aos órgãos de proteção e defesa do consumidor.

COMO RECORRER?

O recurso é gratuito, deve ser formulado por escrito e encaminhado a:

OUVIDORIA – Alfa Seguros

Alameda Santos, nº 466 – 7º andar - CEP: 01418-000 - São Paulo – SP

E-mail: ouvidoria@alfaseg.com.br

Telefone: 0800-774-2352

Para uso exclusivo de deficientes auditivos: 0800 770 5140

Após acusar o recebimento dos recursos, o Ouvidor analisará cada caso tendo o prazo de até 15 (quinze) dias para sua resolução.

MAIOR GARANTIA PARA O SEGURADO

As decisões do Ouvidor serão acatadas pela Seguradora obedecidos aos termos do Regulamento da Ouvidoria.

Permanecendo inalterado o direito do cliente de recorrer ao judiciário, a qualquer momento, ou caso não aceite a decisão do Ouvidor, obedecidos aos prazos prescricionais legais em vigor.

QUEM É O OUVIDOR?

Profissional com os seguintes princípios de atuação:

Isenção: Sem vínculo empregatício com as Empresas.

Conhecimento: Profundo domínio das questões sobre seguros e referencial para o mercado.

Autonomia: As decisões serão cumpridas pelas Empresas.

Moral: A reputação é credencial de equilíbrio, justiça e ética.

QUAL A FUNÇÃO DO OUVIDOR?

Proteger os direitos dos Segurados e demais clientes, zelando pela equidade de suas relações com as empresas.

CONHEÇA O REGULAMENTO

Consulte o Regulamento da Ouvidoria disponibilizado em:

<https://www.alfaseguradora.com.br/Portal/Alfa/Ouvidoria>

DISPOSIÇÕES GERAIS

Estas Condições aplicam-se a todas as Garantias contratadas pelo Segurado, descritas na Proposta de Contratação e Apólice de Seguro.

O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP.

A aceitação da proposta de contratação e de adesão estão sujeitas a análise do risco.

O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico <https://www.gov.br/susep/pt-br> por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

Este seguro é por prazo determinado, tendo a ALFA Previdência e Vida S/A a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos.

Neste seguro, não haverá direito a pagamento de qualquer devolução ou resgate dos prêmios aos segurados.

As condições contratuais deste produto protocolizadas pela sociedade junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de Processo SUSEP constante na Apólice de Seguro

RECOMENDAMOS A LEITURA ATENTA DESTA CONDIÇÃO GERAL E CONDIÇÕES ESPECIAIS DE CADA COBERTURA, ESPECIALMENTE NO QUE SE REFERE A RISCOS EXCLUÍDOS DO SEGURO.

Outras informações através do SAC 0800-774-2532 | Ouvidoria 0800-774-2352 – e-mail: ouvidoria@alfaseg.com.br. Para uso exclusivo de deficientes auditivos: SAC 0800-770-5244 | Ouvidoria: 0800-770-5140.

LGPD – LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS

O CLIENTE reconhece que ao preencher a proposta com fornecimento das informações nela constante, concorda que os dados pessoais e/ou de saúde serão usados e analisados pela ALFA SEGUROS para aceitação ou não do risco, e sendo estabelecido o contrato de seguro, esses dados (anonimizados ou não) poderão ser usados em modelos preditivos e/ou mercadológicos das empresas do nosso Grupo Econômico, bem como, para o fim único da execução do contrato do seguro, ditas informações poderão ser compartilhadas com empresas que nos auxiliam no cumprimento do contrato de seguro e respectivas prestações de serviços inerentes ao contrato e plano firmado entre as partes (por ex. assistência, resseguradora, regulação de sinistro, serviços de telemedicina, Call Center, corretora, estipulante etc).

Os dados do CLIENTE serão guardados com todo zelo e cuidado e mantidos pelo prazo previsto pelo Regulador de Seguros.

O CLIENTE, na condição de titular dos dados pessoais, tem direito a obter, em relação aos seus dados tratados pela ALFA SEGUROS, a qualquer momento e mediante pedido expresso, pedidos como: (i) a confirmação da existência de tratamento; (ii) o acesso aos dados; (iii) a correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados etc.

O CLIENTE está ciente de que, para realizar qualquer uma dessas solicitações ou tirar qualquer dúvida sobre os seus dados pessoais deverá entrar em contato com a ALFA SEGUROS, por meio do e-mail: atendimento@alfaseg.com.br

A ALFA SEGUROS garante e assume o compromisso de jamais vender e nem ceder os dados do CLIENTE além da finalidade mencionada, e cumpre integralmente a Lei Geral de Proteção de Dados do Brasil. Para conhecer na integridade a política de proteção de dados da ALFA SEGUROS, por favor, acesse:

<https://www.alfaseguradora.com.br/Portal/Alfa/LGPD>

1. DEFINIÇÕES GERAIS (GLOSSÁRIO)

Para efeito das disposições destas Condições Gerais ficam convenionadas as seguintes definições:

▲ **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 causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que se inclui nesse conceito o suicídio, ou sua tentativa, que será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal.

a. Incluem-se nesse conceito:

- i. Os acidentes pessoais decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- ii. Os acidentes pessoais decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- iii. Os acidentes pessoais decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- iv. Os acidentes pessoais decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b. Excluem-se desse conceito de “acidente pessoal”:

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

▲ **AGRAVAMENTO DO RISCO:** Circunstâncias que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pelo segurado.

▲ **ÂMBITO GEOGRÁFICO:** Local para a abrangência da cobertura da apólice.

▲ **AVISO DE SINISTRO:** Documento por meio do qual o segurado deve comunicar a ocorrência de sinistro à seguradora, de imediato, conforme previsto nas Condições Contratuais, a fim de que esta possa tomar as providências necessárias, em seu próprio interesse e no interesse do segurado.

▲ **BENEFICIÁRIO:** Pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados na ocorrência do sinistro coberto.

▲ **BILHETE DE SEGURO:** É o documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo proponente ao seguro, substitui a apólice individual e dispensa o preenchimento de proposta, nos termos da legislação específica (Resolução CNSP N°413 de 2021).

▲ **BOA-FÉ:** Um dos princípios básicos do seguro, exigido expressamente pela lei, pelo qual as partes se obrigam a atuar com honestidade recíproca, dando à outra a convicção de ter agido nos termos da Lei, ou de estarem os seus atos amparados.

▲ **CAPITAL SEGURADO:** Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora na ocorrência do sinistro coberto.

▲ **CARÊNCIA:** Período contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução da vigência do seguro, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do evento coberto, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

▲ **CLIENTE:** o proponente, o segurado, o garantido, o tomador, o beneficiário, o assistido, o titular ou subscritor de título de capitalização ou o participante de plano de previdência complementar aberta.

▲ **COBERTURA:** Compromisso da seguradora no pagamento de um capital segurado, caso ocorra um dos riscos definidos nas condições contratuais, desde que o evento causador não seja excluído dessa cobertura.

▲ **COMISSÃO:** É a percentagem sobre os prêmios recebidos com que as Seguradoras remuneram o trabalho de intermediários de seguro.

▲ **CONDIÇÃO PREEXISTENTE:** É a condição de conhecimento do segurado, seja pela existência de antecedentes médico-hospitalares e odontológicos ou por exames diagnósticos comprobatórios, e não declarada na proposta de adesão.

▲ **CONDIÇÕES CONTRATUAIS:** É o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de microsseguro, estabelecendo obrigações e direitos da sociedade seguradora, do segurado e do(s) beneficiário(s).

▲ **CONDIÇÕES ESPECIAIS:** É o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de microsseguro.

▲ **CONDIÇÕES GERAIS:** Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos do ente supervisionado, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante.

▲ **CÔNJUGE:** É a(o) esposa(o) do segurado (a). A(o) companheira(o) equipara-se ao Cônjuge, desde que comprovada a união estável, nos termos da legislação em vigor, na data do Sinistro.

▲ **CORRETOR DE SEGUROS:** Pessoa física ou jurídica devidamente habilitada para intermediar a comercialização de contratos de seguros. O intermediário de seguros responderá civilmente perante os estipulantes, segurados e as Seguradoras pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência no exercício da profissão, bem como, é responsável por dar ciência ao estipulante/Segurado de qualquer informação relativa ao seguro e/ ou comunicação efetuada pela Seguradora.

▲ **DECLARAÇÃO MÉDICA:** Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente exprime sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

▲ **DOCUMENTOS CONTRATUAIS:** apólices, bilhetes e certificados individuais de seguro, títulos de capitalização, certificados de participante, contratos coletivos e endossos.

▲ **DOENÇA OU DEFICIÊNCIA PREEXISTENTE:** São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento e não foram declaradas na proposta de contratação/proposta de adesão na data da contratação de seguro.

▲ **DOLO:** Ato consciente por meio do qual alguém induz outro a erro, agindo de má-fé, por meio fraudulento, visando um prejuízo pré-concebido, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.

▲ **ENDOSSOS (OU ADITIVOS):** É o documento expedido pela Seguradora, durante a vigência do contrato, pelo qual esta e o segurado acordam quanto à alteração de dados, modificam as condições ou o objeto do seguro.

▲ **ENTE SUPERVISIONADO:** a sociedade seguradora ou a entidade aberta de previdência complementar.

▲ **EVENTO COBERTO:** É o acontecimento futuro e incerto, de natureza involuntária, ocorrido durante a vigência do seguro e previsto nestas condições gerais.

▲ **FORO:** Refere-se à localização do órgão do Poder Judiciário a ser acionado em caso de litígios oriundos deste contrato.

▲ **FRANQUIA:** Período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito à cobertura do seguro.

▲ **FRAUDE:** Obtenção, para si ou para outrem, de vantagem ilícita, financeira ou material, em prejuízo alheio, mantendo ou até induzindo alguém em erro, mediante ardil, artifício ou qualquer outro meio que possa enganar. Nos termos da legislação penal brasileira, é uma das formas de estelionato.

▲ **INDENIZAÇÃO:** Valor que a sociedade seguradora deve pagar a o segurado ou seu(s) beneficiário(s) em caso de sinistro coberto pelo contrato de seguro.

▲ **ÍNDICE DE ATUALIZAÇÃO DE VALORES:** É o índice econômico adotado pela Seguradora para atualização dos valores.

▲ **INÍCIO DE VIGÊNCIA:** Data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela seguradora.

▲ **INTERMEDIÁRIO:** o responsável pela angariação, promoção, intermediação ou distribuição de produtos de seguros, de capitalização e/ou de previdência complementar aberta, tais como o Intermediário, o representante de seguros, o correspondente de microsseguros, o distribuidor de título de capitalização, entre outros executores das atividades enumeradas nesta definição.

- ▲ **LAUDO MÉDICO:** Documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, sobre as condições físicas e de saúde do proponente.
- ▲ **MÁ-FÉ:** Agir, propositadamente, de modo contrário à lei, aos costumes ou ao direito.
- ▲ **MÉDICO:** É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do segurado. Não serão aceitos como médico o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.
- ▲ **OBJETIVO DO SEGURO:** É a designação genérica de qualquer interesse segurado, sejam coisas, pessoas, bens, responsabilidades, obrigações, direitos e garantia.
- ▲ **OMISSÃO:** No seguro, é a ocultação de fato ou circunstâncias que, se fossem revelados, levariam o segurador a recusar o contrato, ou a aceitá-lo com agravações tarifárias e/ou outras condições.
- ▲ **PERÍODO DE VIGÊNCIA:** É o período de validade devidamente discriminado na apólice.
- ▲ **PRÊMIO:** Importância paga pelo segurado a seguradora em contrapartida à aceitação e cobertura do risco a que o segurado está exposto.
- ▲ **PRESCRIÇÃO:** Princípio jurídico que determina a extinção de um direito em consequência do transcurso do prazo legal para exercê-lo.
- ▲ **PRO RATA TEMPORIS:** Método para cálculo de prêmio de seguro com prazo inferior a um ano, efetuado com base no total de dias de vigência do mesmo.
- ▲ **PROPONENTE:** É o interessado em adquirir Bilhete de microsseguro.
- ▲ **PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO:** Documento legal pelo qual o proponente solicita a sua inclusão no Seguro, manifestando pleno conhecimento e concordância das condições contratuais. Na proposta de contratação deverão ser prestadas todas as informações que permitirão a seguradora avaliar os riscos e manifestar a aceitação ou recusa do seguro.
- ▲ **RISCOS EXCLUÍDOS:** Os riscos, previstos nas condições contratuais que não serão cobertos pelo seguro.
- ▲ **SEGURADO:** É a pessoa física para a qual foi emitido o respectivo Bilhete.

▲ **SEGURADORA:** ENTE SUPERVISIONADO, sendo a ALFA Previdência e Vida S.A, Sociedade Seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros, que assume os riscos inerentes à(s) cobertura(s) contratada(s), nos termos da legislação vigente e do estabelecido nas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais.

▲ **SEGURO CONTRIBUTÁRIO:** Seguro no qual o pagamento do prêmio é de responsabilidade do segurado, podendo este ser pago totalmente pelo segurado ou parcialmente.

▲ **SINISTRO:** É a ocorrência do evento coberto, durante o período de vigência da apólice.

▲ **SUSEP – SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS:** É a autarquia com poderes de normatização, controle e fiscalização do mercado de seguros no Brasil.

▲ **TABELA DE PRAZO CURTO:** São níveis percentuais estabelecidos neste seguro, para devolução de prêmios de seguro pagos a ente supervisionada, ou para determinar o prazo de vigência do seguro, no caso de não pagamento de uma das parcelas do prêmio.

▲ **VIGÊNCIA:** É o período pelo qual está contratado o seguro.

A SEGUIR DESCREVEMOS AS DEFINIÇÕES E TERMINOLOGIAS PARTICULARES DAS CONDIÇÕES ESPECIAIS:

▲ **AGRAVO MÓRBIDO:** evolução com piora de uma doença.

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

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

▲ **ATIVIDADE LABORATIVA:** qualquer atividade ou trabalho principal por meio do qual o Segurado obtenha renda.

▲ **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.
- ▲ **CONNECTIVIDADE 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.

2. OBJETIVO DO MICROSSEGURO

2.1. O presente microsseguro tem por objetivo garantir o pagamento de indenização e/ou reembolso, quando for o caso, ao segurado ou aos seus beneficiários, conforme o caso, observadas as coberturas contratadas e condições contratuais em vigor na data da ocorrência do evento, respeitando-se os riscos expressamente excluídos previstos nestas Condições Contratuais.

3. PÚBLICO ALVO

3.1. Este plano de microsseguro destina-se à população de baixa renda, das classes econômicas C, D e E, equiparadas também, às pessoas que possuem renda mensal de até três salários mínimos, com idade mínima de 18 (dezoito) e máxima de 80 (oitenta) anos.

4. ÂMBITO GEOGRÁFICO

4.1. O presente seguro cobre os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

5. COBERTURAS

5.1. O plano ALFA DE MICROSSEGURO DE PESSOAS poderá ser contratado para as coberturas abaixo relacionadas, respeitadas as condições e limites contratuais específicos de cada cobertura. O contratante poderá à sua opção contratar uma ou mais coberturas listadas abaixo:

- ▲ Morte
- ▲ Morte Acidental (MA)
- ▲ Reembolso de Despesa com Funeral (RF)
- ▲ Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)

▲ Despesas Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas Decorrentes de Acidente Pessoal (DMHO)

▲ Cláusula suplementar de inclusão de cônjuge e/ou dependentes: consiste na inclusão na(s) mesma(s) cobertura(s) do segurado principal, de seu cônjuge ou companheiro, seu(s) filho(s), enteado(s), pai, mãe e/ou outros dependentes, observada a idade mínima e máxima prevista no item 3.1 destas Condições Gerais acima mencionado.

5.2. As Coberturas poderão ser contratadas isolada ou conjuntamente, de acordo com a combinação e planos disponíveis comercialmente pela ALFA Previdência e Vida S/A.

5.3. Constarão do Bilhete de Seguro as coberturas contratadas pelo Proponente.

5.4. Na hipótese de sinistro decorrente de risco simultaneamente amparado por várias coberturas, prevalecerá aquela que for mais favorável ao segurado, a seu critério, não sendo admitida a acumulação de coberturas.

5.5. PARA OS MENORES DE 14 (QUATORZE) ANOS É PERMITIDO, EXCLUSIVAMENTE, SEJA NA CONDIÇÃO DE SEGURADO PRINCIPAL OU DEPENDENTE, O OFERECIMENTO E A CONTRATAÇÃO DE COBERTURAS CUJA INDENIZAÇÃO SE DÊ SOB A FORMA DE REEMBOLSO DE DESPESAS OU PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, DESDE QUE A DESPESA OU SERVIÇO ESTEJAM DIRETAMENTE RELACIONADOS AO SINISTRO COBERTO.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

6.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS APRESENTADOS NO ITEM 1 – DEFINIÇÕES GERAIS E DAS INFORMAÇÕES DESCRITAS NA DEFINIÇÃO DE CADA GARANTIA, ESTÃO EXCLUÍDOS DE TODAS AS GARANTIAS DESTES SEGUROS, OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DE:

a) ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO SEGURADO PRINCIPAL OU DEPENDENTE, PELO BENEFICIÁRIO OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE QUALQUER DELES;

b) DOENÇAS OU LESÕES QUE, APESAR DE INDAGADO PELA SOCIEDADE SEGURADORA E SEREM DE CONHECIMENTO DO SEGURADO PRINCIPAL OU DEPENDENTE, NÃO FORAM DECLARADAS QUANDO DA CONTRATAÇÃO/ADESÃO DO MICROSSEGURO;

- c) **SUICÍDIO OU SUA TENTATIVA NOS 2 (DOIS) PRIMEIROS ANOS DE VIGÊNCIA, OU DA RECONDUÇÃO DO CONTRATO, QUANDO SUSPENSO, CONTADOS: - DO INÍCIO DE VIGÊNCIA INDIVIDUAL DO SEGURO; OU - DA SOLICITAÇÃO DE AUMENTO DE CAPITAL SEGURADO FEITA EXCLUSIVAMENTE PELO SEGURADO. NESTA HIPÓTESE A EXCLUSÃO SOMENTE SE APLICA À DIFERENÇA DO CAPITAL SEGURADO AUMENTADO;**
- d) **EPIDEMIAS, PANDEMIAS, EXCETO A MORTE DECORRENTE DE COVID19 E SUAS VARIANTES, ENVENENAMENTO DE CARÁTER COLETIVO ASSIM DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE;**
- e) **TUFÕES, FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA;**
- f) **DANOS E PERDAS CAUSADOS POR ATOS TERRORISTAS; E;**
- g) **ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, DE GUERRA QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, GUERRA CIVIL, GUERRILHA, REVOLUÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES, EXCETO A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR E ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM; e**
- h) **EXCLUSÃO PARA ATOS TERRORISTAS: FICA ENTENDIDO E CONCORDADO QUE, NÃO ESTARÃO COBERTOS DANOS E PERDAS CAUSADAS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATO TERRORISTA, CABENDO A SOCIEDADE SEGURADORA COMPROVAR COM TODA DOCUMENTAÇÃO HÁBIL ACOMPANHADA DE LAUDO MÉDICO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTEMENTE DO SEU PROPÓSITO, E DESDE QUE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATENTATÓRIO A ORDEM PÚBLICA PELA AUTORIDADE COMPETENTE.**

7. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S)

7.1. Os beneficiários das coberturas de Morte e Morte Acidental contratadas neste plano de microsseguro são os declarados no Bilhete de microsseguro por ocasião da sua contratação.

7.2. A qualquer tempo o Segurado poderá alterar a indicação de Beneficiários mediante solicitação formal, datada, assinada e protocolada junto à Seguradora, não sendo admitida a utilização de meios remotos neste procedimento. Será considerado, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários de que a Seguradora tenha conhecimento.

7.3. Constará no bilhete de microsseguro, cláusula expressa informando que, caso o segurado não preencha o campo relativo ao beneficiário, a indenização será paga aos herdeiros legais na ordem estabelecida pelo Art. 1.829 do Código Civil.

7.4. No caso das coberturas de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Despesas Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas decorrentes de acidente pessoal (DMHO), previstas nestas Condições Gerais, o Beneficiário será o próprio Segurado.

7.5. Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiário(s) feita pelo Segurado, desde que protocolada pela ALFA Previdência e Vida S/A antes da ocorrência do sinistro.

8. CARÊNCIA E FRANQUIA

8.1. O presente microsseguro não estará sujeito a franquia e nem a prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, o qual corresponderá à metade do período de vigência previsto para as coberturas de Morte, Morte Acidental e Reembolso de Despesa com Funeral, caso contratadas.

8.2. Quando da contratação sucessiva junto a mesma sociedade seguradora de cobertura de microsseguro cobrindo o mesmo objeto ou interesse, só será válido o período de carência estabelecido para a primeira contratação da sequência.

8.2.1. Considera-se contratação sucessiva aquela realizada com a mesma sociedade seguradora em período não superior a 30 (trinta) dias, contado após o fim de vigência do microsseguro anterior.

9. FORMAS DE CONTRATAÇÃO

9.1. A contratação deste microsseguro será feita por intermédio de Bilhete mediante solicitação verbal do interessado seguida da emissão do Bilhete.

9.2. O Contrato de microsseguro prova-se com a exibição do Bilhete, na falta dele, por documento comprobatório do pagamento do respectivo prêmio ou por confirmação de quitação do prêmio de microsseguro enviada pela sociedade seguradora ou seu representante com a utilização de meios remotos.

10. INÍCIO E FIM DE VIGÊNCIA

10.1. O prazo de vigência das coberturas oferecidas neste plano de microsseguro será de no mínimo 1 (um) mês.

10.2. A vigência das coberturas oferecidas neste plano de microsseguro iniciar-se-á a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data do pagamento do prêmio.

10.3. O término de vigência ocorrerá às 24 (vinte e quatro) horas da data informada no Bilhete.

11. LIMITES MÁXIMOS DE CAPITAL SEGURADO

11.1. Os valores de limite máximo de capital segurado para as coberturas oferecidas neste plano de microsseguro deverão observar os seguintes limites máximos individuais por cobertura:

- a) morte – R\$ 30.000,00 (trinta mil reais);
- b) morte acidental – R\$ 30.000,00 (trinta mil reais);
- c) reembolso de despesas com funeral (RF) – R\$ 4.000,00 (quatro mil reais);
- d) invalidez permanente total por acidente (IPTA) – R\$ 30.000,00 (trinta mil reais);
- e) despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas decorrentes de acidente pessoal (DMHO) – R\$ 3.000,00 (três mil reais);
- f) cláusula suplementar de inclusão de cônjuge e dependentes – os mesmos valores de capital segurado fixados para o segurado principal.

11.2. O Capital Segurado será igual ao valor informado no Bilhete de microsseguro contratado para cada Evento Coberto, observado o limite máximo do capital segurado para a respectiva cobertura contratada.

12. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

12.1. O prêmio deste microsseguro deverá ser pago em parcela única ou periódica, até o dia previsto para seu vencimento indicado no respectivo Bilhete, não sendo permitido o fracionamento do prêmio único ou da contribuição.

12.2. O não pagamento do prêmio até o dia previsto no respectivo Bilhete acarretará a suspensão imediata e automática de todas as coberturas, observado que, se a data limite para o pagamento do prêmio à vista coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil posterior em que houver expediente bancário.

12.3. As coberturas poderão ser reabilitadas, antes de seu cancelamento, mediante o pagamento da parcela referente ao prêmio mensal subsequente ao atraso, respondendo a Seguradora somente pelos sinistros ocorridos a partir das 24 (vinte e quatro) horas a contar da data de pagamento da referida parcela.

12.4. Quando houver suspensão de coberturas, somente será admitida uma única reabilitação. Assim, após a reabilitação, havendo novo atraso no pagamento de qualquer das parcelas, o Microseguro estará automaticamente cancelado.

12.5. Caso o Segurado atrase o pagamento dos prêmios em 60 (sessenta) dias consecutivos, será automaticamente cancelado, não havendo direito à indenização em caso de sinistro ocorrido no período de inadimplência.

12.6. O recolhimento de prêmios pelo correspondente de microseguro, em nome da sociedade seguradora, poderá ser realizado por meio de procedimento de cobrança regularmente utilizado pelo correspondente em sua atividade principal, como carnês, boletos ou faturas de cartões de crédito, desde que o valor destinado ao prêmio esteja perfeitamente identificado, assim como a data e a forma da correspondente quitação.

12.7. A ausência do repasse à sociedade seguradora pela pessoa jurídica responsável pelo recolhimento dos prêmios não causará qualquer prejuízo aos segurados no que se refere às coberturas e demais direitos contemplados pelo plano.

12.8. O débito efetuado em cartão de crédito, o carnê, a fatura ou o boleto, a identificação mecânica do pagamento no próprio Bilhete de microseguro ou a confirmação de pagamento encaminhada pela sociedade seguradora com a utilização de meio remoto servirão como comprovante de pagamento do prêmio de microseguro.

13. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO E OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

13.1. No caso de ocorrência de Evento Coberto, o segurado, seu(s) beneficiário(s) ou seu representante legal, deverá(ão) apresentar à sociedade seguradora os documentos requeridos para a comprovação da cobertura contratada, sendo:

a. Cobertura de Morte: Aviso de Sinistro; certidão de óbito do segurado; boletim de ocorrência policial, se for o caso; carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do Sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado; e documento de identificação do(s) beneficiário(s).

b. Cobertura de Morte Acidental: Aviso de Sinistro; certidão de óbito do segurado; boletim de ocorrência policial, se for o caso; carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do Sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado; e documento de identificação do(s) beneficiário(s).

c. Cobertura de Reembolso de Despesas com o Funeral (RF): Aviso de Sinistro; certidão de óbito do segurado; notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas com o funeral do segurado; e documento de identificação daquele(s) que realizar(em) as despesas. Para efeitos de reembolso, serão aceitos para identificação daqueles que

realizaram as despesas, os mesmos documentos aceitos como prova de identificação do segurado e beneficiários previstos no item 13.2 abaixo.

d. Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA): Aviso de Sinistro; documento de identificação do segurado; boletim de ocorrência policial, se for o caso; carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do Sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado; e relatório ou Laudo Médico preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas, diagnósticos necessários e a data da invalidez.

e. Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas decorrentes de acidente pessoal (DMHO): Aviso de Sinistro; documento de identificação do segurado; boletim de ocorrência policial, se for o caso; notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas pelo segurado; carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do Sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado; e relatório ou Laudo Médico preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas e diagnósticos necessários.

13.2. Para efeitos de pagamento de indenização, serão aceitos como prova de identificação do segurado e beneficiários a cédula de identidade (RG), a carteira de trabalho, a certidão de nascimento, a certidão de casamento ou outros documentos oficiais de identificação que possuam validade no território nacional.

13.3. A sociedade seguradora fornecerá protocolo que ateste o efetivo recebimento da comunicação e/ou documentação comprobatória da ocorrência de Evento Coberto, com indicação de data e hora.

13.4. O protocolo de que trata o item 13.3 poderá ser fornecido com a utilização de meios remotos desde que seja possível validar a confirmação do recebimento.

13.5. O prazo máximo para o pagamento da indenização é de 10 (dez) dias corridos contados a partir da data de protocolo de entrega da documentação comprobatória, requerida nos documentos contratuais, junto à sociedade seguradora ou representante da mesma.

13.6. A solicitação de qualquer documento comprobatório adicional por parte da sociedade seguradora, além daqueles definidos neste item, deverá estar acompanhada de justificativa fundamentada e ocorrer dentro do prazo máximo para pagamento da indenização.

13.6.1. A contagem do prazo máximo para pagamento da indenização será interrompida uma única vez quando da solicitação de documento comprobatório adicional a que se refere o item anterior e voltará a correr na data do seu recebimento pela sociedade seguradora.

13.6.2. A solicitação de documento comprobatório adicional sem a justificativa fundamentada não acarretará na interrupção da contagem do prazo máximo para pagamento da indenização.

13.7. No caso de não cumprimento do prazo máximo para o pagamento da indenização, por parte da sociedade seguradora, acarretará na obrigatoriedade de aplicação da atualização monetária e juros moratórios sobre o valor devido a contar da data do vencimento do prazo máximo para o pagamento da indenização.

13.7.1. A atualização monetária do valor da indenização será apurada com base na variação positiva do Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA/IBGE, ou índice que vier a substituí-lo, apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação e aquele publicado imediatamente anterior à data da sua efetiva liquidação.

13.7.2. Os juros moratórios a que se refere o item 13.7 acima, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo máximo para o pagamento da indenização, serão equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional.

13.8. Todas as despesas efetuadas com a comprovação do Sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do segurado e/ou seu(s) beneficiário(s), salvo as diretamente realizadas pela sociedade seguradora.

14. PERDA DE DIREITOS

14.1. Além dos casos previstos em lei e para este plano de microsseguro, a sociedade seguradora ficará isenta de qualquer obrigação decorrente do microsseguro contratado se:

14.1.1. **O segurado agravar intencionalmente o risco;**

14.1.2. **O Segurado deixar de cumprir as obrigações convencionadas no plano contratado;**

14.1.3. **Houver fraude ou tentativa de fraude, simulando um Sinistro ou agravando intencionalmente as consequências de um Sinistro, para obter Indenização.**

15. PRESCRIÇÃO

15.1. Os prazos prescricionais, isto é, os prazos para o segurado, seus beneficiários ou seus representantes reclamarem o valor do microsseguro são aqueles determinados em lei.

16. DISPOSIÇÕES GERAIS

16.1. Só será admitida a contratação de até 2 dois planos de microsseguro de pessoas sobre o(s) mesmo(s) risco(s) coberto(s), para um mesmo segurado, dentro do período de vigência sobrepostos.

16.1.1. A soma dos capitais segurados dos planos de microsseguro de pessoas sobre o mesmo risco coberto contratados na forma descrita nas Condições Gerais não poderá ultrapassar os limites máximos previstos nas condições especiais de cada cobertura.

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

16.3. É vedada a cobrança do custo de emissão do Bilhete na contratação de microsseguro.

16.4. A propaganda e promoção do microsseguro, somente podem ser feitas com autorização por escrito, e supervisão da sociedade seguradora, respeitadas as Condições Gerais e as normas de microsseguro, ficando a sociedade seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

17. CANAIS DE DISTRIBUIÇÃO

17.1. Este plano de microsseguros será comercializado pelo canal de distribuição constituído pelas pessoas jurídicas que exploram o comércio varejista.

18. SORTEIO

18.1. A Seguradora cederá ao Segurado o direito de participação em sorteio do plano de capitalização adquirido e custeado pela mesma. O plano de capitalização não dá direito a RESGATE.

18.2. Cada segurado ao aderir ao PLANO ALFA DE MICROSSEGURO DE PESSOAS receberá um Número da Sorte e será informado da data em que será realizado o sorteio conforme as regras estabelecidas no REGULAMENTO DE SORTEIO, que será parte integrante do Bilhete de Seguros.

19. FORO CONTRATUAL

19.1. O foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente microsseguro será, sempre, no domicílio do segurado, conforme o caso, no Brasil.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Consiste no pagamento do capital segurado ao(s) beneficiário(s) indicado(s) no Bilhete, de uma única vez em caso de falecimento do segurado, por causas naturais ou acidentais, durante o período de vigência do microsseguro.

1.2. O capital segurado está expresso no Bilhete de microsseguro contratado, observado o limite máximo de até R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) para contratação.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA OS RISCOS INDICADOS NO ITEM 5 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS.

3. DETERMINAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

3.1. Para efeito de determinação do Capital segurado desta cobertura, será considerada como data do Sinistro, a data da morte do segurado.

4. FRANQUIA E CARÊNCIA

4.1. A presente cobertura não estará sujeito a franquia e nem a prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, o qual corresponderá à metade do período de vigência previsto no Bilhete.

4.2. Quando da contratação sucessiva junto a esta mesma sociedade seguradora da presente cobertura, só será válido o período de carência estabelecido para a primeira contratação da sequência.

4.2.1. Considera-se contratação sucessiva aquela realizada com esta mesma sociedade seguradora em período não superior a 30 (trinta) dias, contado após o fim de vigência da cobertura anteriormente contratada.

5. BENEFICIÁRIO

5.1. As informações necessárias à identificação do(s) beneficiário(s) indicado(s) pelo segurado estarão obrigatoriamente contidas no Bilhete.

5.1.1. Entende-se por informação necessária a identificação do(s) beneficiário(s), no mínimo, a indicação do nome e grau de parentesco prestado pelo proponente ou seu representante legal no ato da contratação.

5.2. A qualquer tempo, o segurado poderá alterar o(s) beneficiário(s) indicado(s), por meio de solicitação formal, datada, assinada e protocolada junto à sociedade seguradora, não se admitindo a utilização de meios remotos neste procedimento.

5.3. Constará no bilhete de microsseguro, cláusula expressa informando que, caso o segurado não preencha o campo relativo ao beneficiário, a indenização será paga aos herdeiros legais na ordem estabelecida pelo Art. 1.829 do Código Civil.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO E OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

6.1. No caso de ocorrência de evento coberto, o segurado, seu(s) beneficiário(s) ou seu representante legal, deverá(ão) apresentar à sociedade seguradora os documentos requeridos para a comprovação da cobertura contratada.

6.1.1. Os documentos básicos necessários para a caracterização do Sinistro são aqueles constantes no item 13 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO E OBRIGAÇÕES DO SEGURADO das Condições Gerais.

7. RATIFICAÇÃO

7.1. Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais que não tenham sido modificadas por esta Cláusula Específica.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Consiste no pagamento do capital segurado ao(s) beneficiário(s) indicado(s) no Bilhete, de uma única vez, em caso de falecimento do segurado em decorrência de acidente pessoal coberto e ocorrido durante o período de vigência do microsseguro.

1.2. O capital segurado está expresso no Bilhete de microsseguro contratado, observado o limite máximo de até R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) para contratação.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA OS RISCOS INDICADOS NO ITEM 5 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS.

3. DETERMINAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

3.1. Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, será considerada como data do Sinistro, a data do acidente.

4. FRANQUIA E CARÊNCIA

4.1. A presente cobertura não estará sujeito a franquia e nem a prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, o qual corresponderá à metade do período de vigência previsto no Bilhete.

4.2. Quando da contratação sucessiva junto a esta mesma sociedade seguradora da presente cobertura, só será válido o período de carência estabelecido para a primeira contratação da sequência.

4.2.1. Considera-se contratação sucessiva aquela realizada com esta mesma sociedade seguradora em período não superior a 30 (trinta) dias, contado após o fim de vigência da cobertura anteriormente contratada.

5. BENEFICIÁRIO

5.1. As informações necessárias à identificação do(s) beneficiário(s) indicado(s) pelo segurado estarão obrigatoriamente contidas no Bilhete.

5.1.1. Entende-se por informação necessária a identificação do(s) beneficiário(s), no mínimo, a indicação do nome e grau de parentesco prestado pelo proponente ou seu representante legal no ato da contratação.

5.2. A qualquer tempo, o segurado poderá alterar o(s) beneficiário(s) indicado(s), por meio de solicitação formal, datada, assinada e protocolada junto à sociedade seguradora, não se admitindo a utilização de meios remotos neste procedimento.

5.3. Constará no bilhete de microsseguro, cláusula expressa informando que, caso o segurado não preencha o campo relativo ao beneficiário, a indenização será paga aos herdeiros legais na ordem estabelecida pelo Art. 1.829 do Código Civil.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO E OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

6.1. No caso de ocorrência de evento coberto, o segurado, seu(s) beneficiário(s) ou seu representante legal, deverá(ão) apresentar à sociedade seguradora os documentos requeridos para a comprovação da cobertura contratada.

6.1.1. Os documentos básicos necessários para a caracterização do Sinistro são aqueles constantes no item 13 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO E OBRIGAÇÕES DO SEGURADO das Condições Gerais.

7. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

7.1. Quando houver a contratação simultânea desta cobertura com a de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), as indenizações não se acumulam. Se depois de pagar uma indenização por IPTA verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a sociedade seguradora pagará a indenização devida pelo caso de morte deduzida a importância já paga por IPTA, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga anteriormente ultrapassar a estipulada para o caso de morte acidental.

8. RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais que não tenham sido modificadas por esta Cláusula Específica.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Consiste no reembolso das despesas com o funeral do(s) segurado(s), limitado ao valor do capital segurado.

1.2. O capital segurado está expresso no Bilhete de microsseguro contratado, observado o limite máximo de até R\$ 4.000,00 (quatro mil reais) para contratação.

1.3. A cobertura de reembolso de despesas com funeral abrange, até o limite do Capital Segurado contratado, os seguintes benefícios:

a) carro funerário: à disposição da família para o transporte do corpo do segurado desde o local em que estiver até o local do velório e, depois, se for o caso, ao local do sepultamento, desde que dentro do mesmo município;

b) coroa de flores: à disposição da família, confeccionada com flores da época, incluindo uma faixa de dizeres redigida pela própria família;

c) ornamentação de urna: à disposição da família, flores da época para o interior da urna;

d) paramentos: de responsabilidade do serviço de assistência funeral, os castiçais e velas que acompanham a urna bem como os aparelhos de ozona;

e) registro de óbito: de responsabilidade do serviço de assistência funeral, o registro do óbito em cartório, sendo que, se necessário, será solicitado o acompanhamento de um membro da família;

f) sepultamento: de responsabilidade do serviço de assistência funeral, incluindo o pagamento das respectivas taxas relacionadas ao sepultamento nas modalidades municipal ou particular.

g) caixão: de responsabilidade do serviço de assistência funeral, o pagamento das despesas relacionadas à aquisição da urna funerária

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA OS RISCOS INDICADOS NO ITEM 5 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS.

3. DETERMINAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

3.1. Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, será considerada como data do Sinistro, a data da morte do segurado.

4. FRANQUIA E CARÊNCIA

4.1. A presente cobertura não estará sujeito a franquia e nem a prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, o qual corresponderá à metade do período de vigência previsto no Bilhete.

4.2. Quando da contratação sucessiva junto a esta mesma sociedade seguradora da presente cobertura, só será válido o período de carência estabelecido para a primeira contratação da sequência.

4.2.1. Considera-se contratação sucessiva aquela realizada com esta mesma sociedade seguradora em período não superior a 30 (trinta) dias, contado após o fim de vigência da cobertura anteriormente contratada.

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO E OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

5.1. No caso de ocorrência de evento coberto, o segurado, seu(s) beneficiário(s) ou seu representante legal, deverá(ão) apresentar à sociedade seguradora os documentos requeridos para a comprovação da cobertura contratada.

5.1.1. Os documentos básicos necessários para a caracterização do Sinistro são aqueles constantes no item 13 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO E OBRIGAÇÕES DO SEGURADO das Condições Gerais.

6. RATIFICAÇÃO

6.1. Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais que não tenham sido modificadas por esta Cláusula Específica.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Consiste no pagamento do capital segurado, de uma única vez, em caso de perda total ou impotência funcional definitiva dos membros ou órgãos definidos no Bilhete, em decorrência de lesão física sofrida pelo segurado, provocada por acidente pessoal coberto.

1.2. **O capital segurado está expresso no Bilhete de microsseguro contratado, observado o limite máximo de até R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) para contratação.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA OS RISCOS INDICADOS NO ITEM 5 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS.

3. DETERMINAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

3.1. Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, será considerada como data do Sinistro, a data do acidente.

4. FRANQUIA E CARÊNCIA

4.1. A presente cobertura não estará sujeito a franquia e nem a prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, o qual corresponderá à metade do período de vigência previsto no Bilhete.

4.2. Quando da contratação sucessiva junto a esta mesma sociedade seguradora da presente cobertura, só será válido o período de carência estabelecido para a primeira contratação da sequência.

4.2.1. Considera-se contratação sucessiva aquela realizada com esta mesma sociedade seguradora em período não superior a 30 (trinta) dias, contado após o fim de vigência da cobertura anteriormente contratada.

5. BENEFICIÁRIO

5.1. O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO E OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

6.2. No caso de ocorrência de evento coberto, o segurado, seu(s) beneficiário(s) ou seu representante legal, deverá(ão) apresentar à sociedade seguradora os documentos requeridos para a comprovação da cobertura contratada.

6.2.1. Os documentos básicos necessários para a caracterização do Sinistro são aqueles

constantes no item 13 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO E OBRIGAÇÕES DO SEGURADO das Condições Gerais.

Para efeito do pagamento da indenização de invalidez permanente total por acidente, serão automaticamente reconhecidas pela Seguradora as lesões que resultarem em:

TABELA DE CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

| Tabela de Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente | | % sobre o Capital Segurado |
|---|---|-----------------------------------|
| INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL | Discriminação | |
| | 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 |

7. RATIFICAÇÃO

7.1. Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais que não tenham sido modificadas por esta Cláusula Específica.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E/OU ODONTOLÓGICAS DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL (DMHO)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Consiste no reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, realizado sob orientação médica e iniciado nos trinta primeiros dias contados da data de acidente pessoal coberto.

1.2. O capital segurado está expresso no Bilhete de microsseguro contratado, observado o limite máximo de até R\$ 3.000,00 (três mil reais) para contratação.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA OS RISCOS INDICADOS NO ITEM 5 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS.

3. LIVRE ESCOLHA

3.1. Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

4. DETERMINAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

4.1. O Capital Segurado desta cobertura representa o limite máximo de reembolso pelo mesmo Sinistro.

4.2. Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, será considerada como data do Sinistro, a data do acidente.

5. FRANQUIA E CARÊNCIA

5.1. A presente cobertura não estará sujeito a franquia e nem a prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, o qual corresponderá à metade do período de vigência previsto no Bilhete.

5.2. Quando da contratação sucessiva junto a esta mesma sociedade seguradora da presente cobertura, só será válido o período de carência estabelecido para a primeira contratação da sequência.

5.2.1. Considera-se contratação sucessiva aquela realizada com esta mesma sociedade seguradora em período não superior a 30 (trinta) dias, contado após o fim de vigência da cobertura anteriormente contratada.

6. BENEFICIÁRIO

6.1. O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO E OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

7.1. No caso de ocorrência de evento coberto, o segurado, seu(s) beneficiário(s) ou seu representante legal, deverá(ão) apresentar à sociedade seguradora os documentos requeridos para a comprovação da cobertura contratada.

7.1.1. Os documentos básicos necessários para a caracterização do Sinistro são aqueles constantes no item 13 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO E OBRIGAÇÕES DO SEGURADO das Condições Gerais.

8. RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais que não tenham sido modificadas por esta Cláusula Específica.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA SUPLEMENTAR DE CÔNJUGES E/OU DEPENDENTES

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Consiste na inclusão facultativa do cônjuge ou companheiro, filho(s), enteado(s), pai, mãe e/ou outros dependentes do segurado principal, na(s) mesma(s) cobertura(s) contratada(s).

1.1.1. Serão aceitos facultativamente, ou seja, mediante indicação do segurado principal no respectivo Bilhete de microsseguro, os cônjuges e/ou dependentes que, na data prevista para início de vigência do microsseguro possuam idade mínima de 18 (dezoito) e máxima de 80 (oitenta) anos.

1.1.2. Equiparam-se ao cônjuge o(a) companheiro(a) do segurado principal, desde que comprovada, documentalmente, no momento do sinistro, a união estável entre ambos, na forma da legislação aplicável à matéria.

1.1.3. No caso de inclusão facultativa de cônjuge sendo desfeita a sociedade conjugal, ainda que de fato, ou a união estável, canceladas estarão, automaticamente, as coberturas contratadas para o mesmo, independentemente deste fato ter sido ou não comunicado pelo segurado principal à sociedade seguradora.

1.1.4. 1.1.3.1 - No caso do item anterior, os eventuais prêmios pagos serão devolvidos atualizados monetariamente pela variação positiva do Índice de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA/IBGE, ou o índice que vier a substituí-lo, apurada entre o último índice publicado antes da data da devolução e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva devolução do prêmio.

1.2. O capital segurado está expresso no Bilhete de microsseguro contratado, observado o limite máximo para contratação de acordo com as Condições Especiais da cobertura contratada.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA OS RISCOS INDICADOS NO ITEM 5 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS.

3. DETERMINAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

3.1. O Capital Segurado para esta cobertura suplementar de cônjuge e/ou dependente não poderá ser superior ao Capital Segurado da cobertura do respectivo segurado principal.

3.2. Para efeito de determinação do Capital Segurado, será considerada como data do Sinistro, a data prevista nas respectivas Condições Especiais da cobertura contratada.

4. BENEFICIÁRIO

4.1. O beneficiário das coberturas por Morte e Morte Acidental do cônjuge e/ou dependente, desde que contratadas, será o segurado principal.

4.2. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do cônjuge e/ou dependente, os capitais segurados referentes às coberturas por Morte e Morte

Acidental, se contratadas, deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados e obrigatoriamente contidos no Bilhete.

4.3. A qualquer tempo, o segurado poderá alterar o(s) beneficiário(s) indicado(s) por meio de solicitação formal, datada, assinada e protocolada junto à sociedade seguradora, não se admitindo a utilização de meios remotos neste procedimento.

4.4. Constará no bilhete de microsseguro, cláusula expressa informando que, caso o segurado não preencha o campo relativo ao beneficiário, a indenização será paga aos herdeiros legais na ordem estabelecida pelo Art. 1.829 do Código Civil.

4.5. As indenizações devidas pelas demais coberturas, desde que contratadas para cônjuge e/ou dependente, serão pagas ao próprio cônjuge e/ou dependente.

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO E OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

5.1. No caso de ocorrência de evento coberto, o segurado, seu(s) beneficiário(s) ou seu representante legal, deverá(ão) apresentar à sociedade seguradora os documentos requeridos para a comprovação da cobertura contratada.

5.1.1. Os documentos básicos necessários para a caracterização do Sinistro são aqueles constantes no item 13 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO E OBRIGAÇÕES DO SEGURADO das Condições Gerais.

6. RATIFICAÇÃO

6.1. Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais que não tenham sido modificadas por esta Cláusula Específica.