

Condições Gerais

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO PROTEÇÃO RENDA PLUS

ÍNDICE

1.	CARACTERÍSTICAS.....	4
2.	OBJETIVO.....	4
3.	DEFINIÇÕES.....	4
4.	COBERTURAS.....	7
5.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	7
6.	VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO.....	8
7.	ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO.....	8
8.	COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS.....	9
9.	CANCELAMENTO DO SEGURO.....	10
10.	CESSAÇÃO DA(S) COBERTURA(S).....	11
11.	CAPITAL SEGURADO.....	11
12.	ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO.....	11
13.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA.....	12
14.	BENEFICIÁRIO(S).....	12
15.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	12
16.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	12
17.	PERÍCIA MÉDICA / JUNTA MÉDICA.....	14
18.	PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO.....	14
19.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO.....	15
20.	PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO.....	15
21.	ALTERAÇÕES DA APÓLICE.....	15
22.	FRANQUIAS E CARÊNCIAS.....	16
23.	SUB-ROGAÇÃO.....	16
24.	ALTERAÇÕES DA APÓLICE.....	16
25.	FORO.....	16
26.	DISPOSIÇÕES FINAIS.....	16
27.	CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR (DIH).....	17
1.	OBJETIVO.....	17
2.	DEFINIÇÕES.....	17
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	18
4.	CAPITAL SEGURADO.....	19
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO.....	20
6.	LIMITE DE DIÁRIAS.....	20
7.	INÍCIO DE VIGÊNCIA.....	20
8.	CESSAÇÃO DE COBERTURA.....	20
9.	PRÊMIO.....	21
10.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	21

11.	CARÊNCIA	21
12.	FRANQUIA	21
13.	PAGAMENTO DA DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR	21
14.	DISPOSIÇÕES GERAIS	22
15.	CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO MEDICAMENTO (AUXM)	22
1.	OBJETIVO	22
2.	DEFINIÇÕES	22
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	22
4.	CAPITAL SEGURADO	24
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	24
6.	INÍCIO DE VIGÊNCIA	24
7.	CESSAÇÃO DE COBERTURA	25
8.	PRÊMIO	25
9.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	25
10.	PAGAMENTO DO AUXÍLIO MEDICAMENTO	25
10.	DISPOSIÇÕES GERAIS	26

CONDIÇÕES GERAIS SEGURO DE PESSOAS – INDIVIDUAL

1. CARACTERÍSTICAS

1.1. A METROPOLITAN LIFE SEGUROS E PREVIDÊNCIA PRIVADA S.A., doravante denominada Seguradora, institui o Seguro de Pessoas Individual, descrito nestas Condições Gerais, nas Condições Especiais e demais Condições Contratuais.

2. OBJETIVO

2.1. O presente Seguro tem por objetivo garantir, de acordo com a(s) Cobertura(s) contratada(s), indicada(s) na Proposta de Contratação, o pagamento de uma Indenização ao Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s), na ocorrência de Evento Coberto pela(s) Cobertura(s) contratada(s), durante o período de vigência da apólice e mediante o pagamento do prêmio correspondente, **desde que respeitado o disposto nestas Condições Gerais, nas Condições Especiais, demais Condições Contratuais e legais aplicáveis, exceto se decorrente de Riscos Excluídos.**

3. DEFINIÇÕES

3.1. Acidente Pessoal: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só, e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a Morte, ou a Invalidez Permanente Parcial ou Total, ou que torne necessário tratamento médico do Segurado.

3.1.1. Incluem-se ainda no conceito de Acidente Pessoal:

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

3.1.2. Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal:

- a) 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 por acidente coberto;

b) intercorrências ou complicações em consequência da realização de exames, de tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

d) 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 Acidente Pessoal definido no subitem 3.1.

3.2. Apólice: é o documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da(s) Cobertura(s) solicitada(s) pelo proponente(s).

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

3.4. Capital Segurado: é o valor máximo para cada uma(s) da(s) Cobertura(s) contratada(s) a ser pago pela Seguradora em caso de ocorrência de sinistro. Nenhuma Indenização poderá ser superior ao Capital Segurado.

3.5. Carência: é o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência do seguro, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito à(s) Cobertura (s) contratada(s), sem prejuízo do pagamento do Prêmio. A Carência poderá ser total ou parcial, abrangendo exclusivamente as Coberturas não relacionadas a Acidente Pessoal, para as quais não há Carência. Na hipótese de aumento do Capital Segurado, o seguro estará sujeito a novo período de Carência, contado a partir da data do início de vigência do aumento, exclusivamente solicitado e aplicável .

3.6. Cobertura(s): é (são) a(s) garantia(s) passível(is) de contratação disponibilizada(s) pela Seguradora e na Apólice que indica(m) as obrigações que a Seguradora assume para com o segurado quando da ocorrência de um Evento Coberto.

3.7. Condições Especiais: é o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

- 3.8. Condições Gerais:** é o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Seguradora, dos segurados e dos beneficiários.
- 3.9. Disposições Contratuais:** é o conjunto de condições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais e da Apólice.
- 3.10. Evento Coberto:** é o acontecimento futuro e incerto, previsto e não excluído na(s) Cobertura(s) contratadas, ocorrido durante a vigência do Seguro e não excluído nas Condições Gerais ou Especiais do Seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou do(s) Beneficiário(s).
- 3.11. Franquia:** é o período de tempo em cada Evento Coberto, contado da data de ocorrência do Sinistro, durante o qual não há cobertura pelo seguro, suportando o Segurado as suas consequências.
- 3.12. Indenização:** é o valor devido pela Seguradora ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s) quando da ocorrência de um Evento Coberto. A Indenização está limitada ao Capital Segurado contratado individualmente para cada uma das Coberturas contratadas.
- 3.13. Prêmio:** é o valor pago pelo Segurado à Seguradora nos termos previamente ajustados como contraprestação à(s) Cobertura(s) contratada(s). Cada Cobertura determinará a cobrança de um Prêmio correspondente.
- 3.14. Proponente:** é a pessoa física cuja a contratação do seguro é solicitada à Seguradora, e que passará à condição de Segurado somente após a sua aceitação pela Seguradora.
- 3.15. Proposta de Contratação:** É o documento que contém a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente, pessoa física, expressa a intenção de contratar uma Cobertura (ou Coberturas), manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais
- 3.16. Riscos Excluídos:** são aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e Condições Especiais da(s) Cobertura(s) contratada(s), que não estão cobertos pelo seguro.
- 3.17. Segurado:** É a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 3.18. Seguradora:** é a Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S.A., sociedade Seguradora devidamente autorizada pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP a comercializar seguros no Brasil, que assume os riscos inerentes à(s) Cobertura(s) contratada(s) pelas Condições Especiais, nos termos da legislação vigente e do estabelecido nas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais.

3.19. Sinistro: é a ocorrência de um Evento Coberto garantido pela Seguradora e capaz de lhe acarretar obrigações pecuniárias, durante a vigência do Seguro e mediante o pagamento de Prêmio pelo Segurado.

4. COBERTURAS

4.1. As coberturas a seguir são passíveis de contratação para este seguro, e poderão ser contratadas isoladamente, respeitando as conjugações de planos disponibilizados pela Seguradora nestas Condições e nas respectivas Condições Especiais. Os respectivos riscos excluídos, objetivos, normas e demais características, estão dispostos nas respectivas Condições Especiais de cada Cobertura passível de contratação.

COBERTURAS
Morte (M)
Morte Acidental (MA)
Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)
Diagnóstico de Câncer Feminino (DCF)
Diagnóstico de Câncer Masculino (DCM)
Diária por Internação Hospitalar (DIH)
Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA)
Auxílio Medicamento (AUXM)
Fratura Óssea (FO)
Luxação (L)
Queimadura Grave (QG)
Morte por Acidente Automobilístico (MAAUTO)
Diária de Internação Hospitalar por Acidente Automobilístico (DIHAA)
Auxílio Medicamento por Acidente (AUXMA)
Auxílio Medicamento por Acidente Automobilístico (AUXMAA)

4.2. Além das conjugações passíveis de disponibilização pela Seguradora, as Coberturas a seguir não poderão ser contratadas conjuntamente:

- a) Diária por Internação Hospitalar (DIH), Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA) e Diária de Internação Hospitalar por Acidente Automobilístico (DIHAA);
- b) Auxílio Medicamento (AUXM), Auxílio Medicamento por Acidente (AUXMA) e Auxílio Medicamento por Acidente Automobilístico (AUXMAA)

4.3. A(s) Cobertura(s) contratada(s) pelo Segurado será(ão) expressa(s) nas Condições Especiais e na respectiva Apólice.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

5.1. O âmbito territorial de cada Cobertura passível de contratação esta definido nas Condições Especiais da respectiva Cobertura.

6. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

6.1. O início e término de vigência do seguro será as 24:00 (vinte e quatro) horas das datas indicadas na respectiva Apólice.

6.2. Este Seguro vigorará pelo prazo determinado de 05 (cinco) anos, não havendo possibilidade de renovação automática por igual período, tampouco renovação por solicitação expressa do Segurado.

7. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

7.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

7.2. A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados da data do recebimento da Proposta de Contratação assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado para aceitar ou recusar a inclusão do Proponente no seguro.

7.2.1. A Seguradora poderá solicitar documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, uma única vez. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora das informações adicionais.

7.2.2. É facultado à Seguradora solicitar, para efeito de aceitação, informação ao Proponente quanto à contratação de outros seguros com coberturas concomitantes.

7.2.3. Decorrido o prazo estipulado no item 7.2. sem que tenha havido manifestação da Seguradora, a proposta será considerada como automaticamente aceita.

7.2.4. Caso a Proposta de Contratação não seja aceita pela Seguradora, a recusa será justificada e comunicada por escrito e o respectivo Prêmio eventualmente pago será devolvido, **no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos**, devidamente atualizados pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), desde a data do pagamento até a data da efetiva devolução. Em caso de extinção do IPCA/IBGE, a atualização de que trata este item será feita pelo índice de **IPC/FIPE** (Preços ao Consumidor/ Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo).

7.2.4.1 Nos casos em que haja recebimento de Proposta de Contratação pela Seguradora com adiantamento do prêmio, o proponente terá cobertura do Seguro entre a data de recebimento da Proposta de Contratação e a data da formalização da recusa pela Seguradora. Neste caso, o valor do adiantamento do prêmio será restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, devidamente corrigidos nos termos do item 7.2.4., deduzido da parcela “*pro rata temporis*” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

7.2.5. O efetivo recebimento do valor do Prêmio pela Seguradora não implica na aceitação da Proposta de Contratação, devendo-se observar, na hipótese de recusa da referida proposta, o disposto nos itens **7.2.4** e **7.2.4.1.** acima.

7.3. O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à(s) Cobertura(s) contratada(s), se ficar comprovado que ele silenciou de má-fé.

7.3.1. A Seguradora poderá, no prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso de agravamento do risco, dar ciência ao Segurado, por escrito, de sua decisão de resolver o contrato de seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura ou cobrar a diferença de Prêmio cabível.

7.3.2. A resolução do contrato de seguro somente será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de Prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer. Tratando-se de seguro de pagamento mensal, não haverá qualquer restituição de Prêmio.

7.4. Observado o disposto no item **7.3.** acima, a apólice não poderá ser cancelada durante a sua vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

8. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

8.1. A periodicidade e a forma de pagamento dos Prêmios serão definidas na Proposta de Contratação e na Apólice.

8.1.1 O Segurado poderá optar pelo pagamento dos prêmios de forma mensal, trimestral, semestral ou anual, de acordo com o estabelecido na Proposta de Contratação.

8.2. O pagamento do prêmio será feito à Seguradora através de débito em conta corrente, cartão de crédito ou boleto bancário.

8.2.1. Quando a data limite para pagamento do Prêmio cair em dia em que não haja expediente bancário, a quitação do Prêmio poderá ser efetuada no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

8.3. Em caso de atraso no pagamento do Prêmio, incidirão sobre este os seguintes encargos: multa de 2% (dois por cento) sobre o valor da parcela em atraso, juros de 1% (um por cento) ao mês e a atualização monetária pela variação positiva do índice do IPCA/IBGE (Índice de Preço ao Consumidor Amplo) ambos contados desde a data do vencimento da parcela até o efetivo pagamento.

8.3.1. Em caso de extinção do IPCA/IBGE, a atualização monetária de que trata este item será feita pelo índice de **IPC/FIPE** (Preços ao Consumidor/ Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo).

8.3.2. Quando a forma de pagamento de Prêmio for por meio de cartão de crédito, débito em conta corrente ou boleto bancário, devem ser observados os encargos estabelecidos, respectivamente, em Contrato firmado entre o titular do cartão de crédito e a administradora do cartão ou entre o titular da conta corrente e a instituição bancária, encargos estes totalmente desvinculados dos encargos do seguro indicados no item 8.3 acima.

8.4. Em caso de atraso no pagamento de qualquer parcela do Prêmio, independentemente do pagamento de parcelas subsequentes, o Segurado será notificado para que regularize o(s) pagamento(s), sob pena de cancelamento da Apólice caso o pagamento do(s) prêmio(s) em atraso não ocorra(m) dentro de, no máximo, 90 (noventa) dias.

8.4.1. No período de mora no pagamento do Prêmio, não haverá suspensão das coberturas, sem prejuízo à cobrança dos Prêmios respectivos. Assim, na hipótese de inadimplemento, conforme disposto anteriormente, na ocorrência do Evento Coberto, o Prêmio devido pelo Segurado e não pago, acrescido de juros, atualização monetária e multa moratória, serão deduzidos da indenização a ser paga ao(s) Beneficiário(s).

8.5 Após 90 (noventa) dias de atraso no pagamento de qualquer parcela de Prêmio, o seguro será automaticamente cancelado, independentemente de haver parcela(s) em atraso intercalada(s) com parcela(s) paga(s).

9. CANCELAMENTO DO SEGURO

9.1. O seguro poderá ser cancelado automaticamente e sem restituição dos prêmios pagos, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade:

a) a qualquer tempo, por mútuo acordo entre Seguradora e Segurado;

b) no final do prazo de sua vigência;

c) pelo atraso no pagamento do Prêmio conforme disposto no item 8.5 destas Condições Gerais;

d) na hipótese do Segurado, seus prepostos ou seus Beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação no ato da contratação do seguro ou durante toda sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização.

9.2. Na hipótese de cancelamento a Seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

9.3. No caso de cancelamento do contrato de seguro, os valores exigíveis serão calculados a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Sociedade Seguradora.

9.3.1. O prazo máximo para devolução do prêmio a título de cancelamento é de 10 (dez) dias corridos a contar de sua formalização. Ultrapassado o prazo aqui previsto, o valor devido a título de devolução do prêmio se sujeita à atualização monetária pela variação positiva do IPCA – Índice de Preço ao Consumidor Amplo, publicado pelo IBGE, a partir da data em que se tornarem exigíveis.

9.3.2. A atualização que trata o item 9.3.1. será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução do prêmio.

10. CESSAÇÃO DA(S) COBERTURA(S)

10.1. A(s) Cobertura(s) contratada(s) e disposta(s) nas respectiva(s) Condições Especiais e Apólice de cada Segurado cessa:

- a) com o cancelamento do seguro por quaisquer das situações previstas no item 9;**
- b) quando o Segurado manifestar seu desinteresse no seguro, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias;**
- c) com o falecimento do Segurado;**
- d) quando o Segurado não pagar o Prêmio, observado o disposto no item 8.5. desta Condição Geral;**
- e) imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item “Perda do Direito a Indenização” destas Condições Gerais;**
- f) automaticamente no final do prazo de vigência da Apólice.**

11. CAPITAL SEGURADO

11.1. O Capital Segurado para cada Cobertura contratada e dispostas nas Condições Especiais será estabelecido na respectiva Proposta de Contratação e Apólice de Seguro.

12. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

12.1. O Capital Segurado, bem como o Prêmio deste Seguro, serão atualizados monetariamente a cada 12 (doze) meses, no aniversário da apólice, com base na variação acumulada do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), durante o período de 12 (doze) meses anteriores, contados a partir do 2º (segundo) mês anterior ao da atualização anual.

12.1.1. Em caso de extinção do IPCA/IBGE, a atualização monetária de que trata este item será feita pelo índice de **IPC/FIPE** (Preços ao Consumidor/ Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo).

13. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

13.1. Este seguro não prevê reenquadramento por faixa etária.

14. BENEFICIÁRIO(S)

14.1. Cabe ao Segurado, a qualquer tempo, nomear ou substituir seu(s) Beneficiário(s), ressalvadas as restrições legais. Não sendo instituído(s) Beneficiário(s) valerá o disposto na legislação em vigor.

14.1.1. Será considerada, em caso de Sinistro, a última indicação e/ou alteração de Beneficiário(s) feita pelo Segurado e recebida pela Seguradora antes do pagamento da Indenização. Caso a Seguradora não seja cientificada oportunamente da indicação e/ou alteração, desobrigar-se-á pagando o Capital Segurado na forma anterior.

14.2. A alteração só poderá ser efetuada se o Segurado não tiver renunciado previamente a essa faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação. Não será aceita designação ou substituição de Beneficiário(s) por meio de procuração.

14.3. Na falta de indicação de Beneficiário, ou na perda desta condição por parte do(s) Beneficiário(s) indicado(s) por qualquer motivo, aplicar-se-á, para efeito do pagamento da Indenização o que estabelece a lei vigente.

14.4. É válida a instituição de companheiro(a) como Beneficiário(a) se, ao tempo do contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

14.5. Uma pessoa jurídica só poderá ser Beneficiária de Seguro de Pessoas se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nessa condição.

15. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

15.1. Ocorrido o Sinistro, deverá ser ele comunicado, por escrito, à Seguradora, pelo Segurado, ou pelo(s) Beneficiário(s), logo que o saiba(m).

15.2. O Segurado, por ocasião do Sinistro, deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

16. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

16.1. Para o recebimento da Indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultada à Seguradora a adoção de quaisquer medidas tendentes à elucidação dos fatos.

16.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e, quando for o caso, os documentos de habilitação do(s) Beneficiário(s) correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

16.3. O pagamento de qualquer Indenização decorrente do presente seguro será efetuado em até 30 (trinta) dias, sob a forma de parcela única, contados da data de entrega de todos os documentos básicos, relacionados nas respectivas coberturas, observados os itens **16.6 e 16.6.1** destas Condições Gerais.

16.3.1. A relação de documentos necessários para a regulação de Sinistro, está prevista em cada uma das respectivas coberturas contratadas. O não fornecimento da documentação solicitada acarreta a suspensão do prazo para pagamento da Indenização.

16.4. Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.

16.5. Independentemente dos documentos listados nas coberturas contratadas, a Seguradora poderá consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação, para apurar comprovação ou não do evento.

16.6. A documentação listada nas respectivas coberturas não é restritiva. A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos que se façam necessários durante o processo de análise do Sinistro, para sua completa elucidação.

16.6.1. Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 16.3. acima será suspenso, voltando a contar a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

16.7. Caso haja atraso no pagamento da Indenização, independentemente de notificação ou interpelação judicial, a importância devida pela Seguradora, relativa ao Evento Coberto, será atualizada com base na variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao consumidor Amplo), desde a data do Sinistro até a data do efetivo pagamento, acrescida de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, contados a partir da mora.

16.7.1. Em caso de extinção do IPCA/IBGE, a atualização monetária de que trata este item será feita pelo índice de IPC/FIPE (Preços ao Consumidor/ Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo).

16.8. Os encargos decorrentes de eventual tradução para a língua portuguesa dos documentos necessários ao recebimento da Indenização serão de responsabilidade total da Seguradora.

16.9. A solicitação de documentos e as demais providências ou atos que a Seguradora venha a praticar após o Sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer Indenização.

17. PERÍCIA MÉDICA / JUNTA MÉDICA

17.1. A Seguradora poderá, a seu critério, submeter o Segurado a exame (perícia) para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível de incapacidade.

17.2. No caso de divergências e/ou dúvidas de natureza médica relacionadas ao objeto do seguro, sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou ainda sobre matéria médica não prevista expressamente nas Disposições Contratuais, será proposta pela Seguradora, 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.

17.2.1. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo Segurado, outro pela Seguradora, e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

18. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

18.1. A Seguradora não pagará qualquer Indenização com base no presente seguro se o Segurado, seu representante legal, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do Prêmio.

18.2. Sem prejuízo do previsto nos itens 7.3, 7.3.1 e 7.3.2., se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

18.2.1. Na hipótese de não ocorrência do Sinistro:

a) cancelar o seguro, retendo, do Prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou

b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de Prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

18.2.2. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento parcial da Indenização:

- a) cancelar o seguro, após o pagamento da Indenização, retendo, do Prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- b) 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(s) Beneficiário(s) ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

18.2.3. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento integral da Indenização, cancelar o seguro, após o pagamento da Indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de Prêmio cabível.

18.3. O Segurado perderá o direito à Indenização para qualquer das coberturas contratadas, ainda, pelas seguintes razões:

- a) inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;
- b) dolo, fraude ou sua tentativa, simulação ou culpa grave, para obter ou majorar a Indenização, ou ainda se o Segurado ou o(s) Beneficiário(s) tentar(em) obter vantagem indevida com o Sinistro;
- c) inobservância do artigo 768 do Código Civil, que dispõe que o Segurado perderá o direito à cobertura do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do Contrato.

18.4. Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de Prêmio, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades.

19. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

19.1. A propaganda e a divulgação do Seguro , somente poderão ser feitas com autorização expressa e supervisão desta Seguradora, respeitadas as Condições Gerais, Especiais, Disposições Contratuais e a nota técnica atuarial submetida à SUSEP deste Seguro.

20. TRIBUTO

20.1. Todo e qualquer tributo será recolhido conforme legislação em vigor. Eventual(is) alteração(ões) será(ão) automaticamente aplicada(s) ao Prêmio.

21. PRESCRIÇÃO

21.1. Qualquer direito do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), com fundamento no presente Seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

22. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

22.1. Quando aplicáveis serão estabelecidas por Cobertura nas respectivas Condições Especiais.

22.2. O período de Carência eventualmente estabelecido por Cobertura nas Condições Especiais deverá respeitar o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência da Apólice, não podendo exceder 2 (dois) anos.

22.3. Não haverá Carência para sinistros decorrentes de Acidentes Pessoais.

23. SUB-ROGAÇÃO

23.1. A Seguradora não se sub-roga em eventuais direitos e ações do Segurado ou do(s) Beneficiário(s) contra o causador do sinistro.

24. ALTERAÇÕES DA APÓLICE

24.1. O presente Seguro poderá ser alterado, a qualquer tempo, mediante acordo entre Segurado e Seguradora, mediante apresentação de Proposta de Contratação assinada pelo Proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado.

25. FORO

25.1. Fica eleito o foro do domicílio do Segurado, ou do(s) Beneficiário(s), conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas relacionadas ao presente seguro.

26. DISPOSIÇÕES FINAIS

26.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

26.2. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

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

26.4. Este seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto, não haverá devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou aos Beneficiários.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR (DIH)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização proporcional ao período de hospitalização causada por doença ou Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Condição Especial, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2 . **As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas após decorrido o período de Franquia e respeitado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.**

1.3. **Nos casos em que, durante a internação hospitalar, o Segurado utilizar a UTI (Unidade de Terapia Intensiva), a diária referente ao período de permanência nessa Unidade, será paga em dobro em relação ao valor fixado na Apólice para esta Cobertura.**

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Acidente Pessoal:** para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

2.2. **Hospital:** é qualquer estabelecimento legalmente constituído e licenciado, devidamente instalado e equipado para a prática de tratamentos médicos clínicos e/ou cirúrgicos a pessoas que deles necessitem. Não serão reconhecidas internações ocorridas em:

- a) **qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de Hospital acima;**
- b) **instituições para atendimento de deficientes mentais e/ou doentes psiquiátricos, inclusive o departamento psiquiátrico de um hospital geral;**
- c) **clínicas de repouso, asilos e assemelhados e/ou locais de acomodação para idosos;**
- d) **clínicas e/ou locais de tratamento para recuperação de viciados em álcool, drogas e/ou entorpecentes;**
- e) **instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais;**
- f) **casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies;**
- g) **clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou “SPAs”;**
- h) **“Home care” (internação domiciliar).**

2.3. **Hospitalização:** é a permanência em hospital por período mínimo de 12 (doze) horas em regime de internação, caracterizada pela utilização de acomodação, qualquer que seja o tipo, para tratamento médico-hospitalar que não possa ser realizado em residência.

2.4. Limite Máximo de Diárias Indenizáveis: é a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus enquanto o mesmo estiver hospitalizado por motivo de doença ou Acidente Pessoal coberto, a contar do término do período de Franquia.

2.5. Período de Hospitalização Indenizável: é a quantidade de diárias indenizáveis correspondente ao número de pernoites que o Segurado permanecer hospitalizado. O Segurado terá direito a uma diária sem que tenha havido pernoite, exclusivamente permanecer hospitalizado somente um dia, desde que a Hospitalização seja superior a 12 (doze) horas.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto nos casos de utilização de meio de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

d) doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;

e) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, 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;

O beneficiário não tem direito ao capital segurado quando o segurado se suicida nos primeiros dois anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso;

f) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;

g) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

h) epidemias, pandemias ou envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente;

i) gravidez tópica ou ectópica, exceto parto ou aborto quando forem diretamente decorrentes de um acidente pessoal;

j) procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como suas consequências;

k) cirurgia para correção de fimose;

l) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;

m) tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;

n) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;

o) cirurgias plásticas (estéticas ou não);

p) tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;

q) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento e suas consequências;

r) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames de diagnose; repouso; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up; internação para doação de órgãos;

s) doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o “stress”.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para fins desta Cobertura é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na respectiva Apólice.

4.1.1. O Capital Segurado corresponde a cada diária de hospitalização devendo o seu valor ser multiplicado pelo Período de Hospitalização Indenizável, observados a Franquia e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

4.2. As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a contar do término do período de Franquia e se estenderão até a alta, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.

4.3. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, o primeiro dia da Hospitalização.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

5.2. Serão considerados como mesmo evento, a transferência de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.

5.3. O conjunto de ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente ou a mesma doença será considerado um mesmo evento exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior à 12 (doze) meses.

6. LIMITE DE DIÁRIAS

6.1. O limite de diárias é 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, independentemente de renovação da Apólice.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1. O início de vigência será às 24 horas da data definida na apólice.

7.2. A Proposta de Contratação recepcionada, sem adiantamento de prêmio, terá o seu início de vigência da cobertura na data do efetivo pagamento do prêmio.

7.3. A Proposta de Contratação que tenha sido recepcionada com adiantamento do prêmio, total ou parcial, ou com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terá seu início de vigência na data em que a Seguradora receber a proposta assinada pelo Proponente.

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 9 e 10 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

8.1.1. Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento do seguro ou da presente **Condição Especial** ;
- b) com o falecimento do **Segurado**;

9. PRÊMIO

9.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto na Proposta de Contratação e na respectiva Apólice.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

10.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o território nacional.

11. CARÊNCIA

11.1. Haverá carência de 120 (cento e vinte) dias, contada a partir do início de vigência desta Cobertura para eventos decorrentes de doença .

11.2. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

12. FRANQUIA

12.1. O período de Franquia é de 12 (doze) horas a contar do horário inicial de internação hospitalar.

13. PAGAMENTO DA DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

13.1. O Período de Hospitalização Indenizável a ser pago será determinado pela Seguradora em função da necessidade comprovada de Hospitalização do Segurado, fundamentado no tempo médio de dias, observado pela prática médica, análise da documentação médica e exames complementares para mesmas doenças ou lesões.

13.2. Em caso de falecimento do Segurado durante o Período de Hospitalização Indenizável, a(s) diária(s) devida(s) e eventualmente não indenizada(s) será(ão) paga(s) ao(s) Beneficiário(s) indicado(s) e na falta deste(s), conforme a lei.

13.3. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 16., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou, quando for o caso, por cada um dos Beneficiários;

- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e, quando for o caso, de cada um dos Beneficiários;
- cópia do Prontuário Hospitalar completo;
- declaração original assinada e carimbada por representante do Hospital indicando data e hora de entrada e de alta hospitalar, mencionando períodos de enfermaria e UTI;
- cópia do resultado de exames complementares realizados;

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

14.1. Esta Condição Especial refere-se a Cobertura de Diária por Internação Hospitalar e faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Condição Especial, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO MEDICAMENTO (AUXM)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização correspondente a 1 (uma) diária adicional à Cobertura de Diária por Internação Hospitalar (DIH), em caso de sua hospitalização por período superior a 4 (quatro) diárias, causada por doença ou Acidente Pessoal cobertos, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, Proteção Renda Plus observados os demais termos desta Condição Especial, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. A presente Cobertura somente poderá ser contratada desde que contratada a cobertura de Diária de Internação Hospitalar (DIH) e somente será devida se reconhecida a Diária de Internação Hospitalar.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Para fins desta Cobertura prevalecem as disposições previstas no item “Definições” da cobertura de Diária por Internação Hospitalar (DIH).

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto nos casos de utilização de meio de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

d) doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do Proteção Renda Plus seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;

e) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, 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;

O beneficiário não tem direito ao capital segurado quando o segurado se suicida nos primeiros dois anos de vigência inicial do contrato;

f) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;

g) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

h) epidemias, pandemias ou envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;

i) procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como suas consequências;

j) gravidez tópica ou ectópica, exceto parto ou aborto quando forem diretamente decorrentes de um acidente pessoal;

- k) cirurgia para correção de fimose;**
- l) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;**
- m) tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;**
- n) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;**
- o) cirurgias plásticas (estéticas ou não);**
- p) tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;**
- q) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento e suas consequências;**
- r) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames de diagnose; repouso; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up; internação para doação de órgãos;**
- s) doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o “stress”.**

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para fins desta Cobertura é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na respectiva Apólice.

4.1.1. O Capital Segurado da diária adicional corresponde ao valor do Capital Segurado contratado para 01 (uma) diária da cobertura de Diária por Internação Hospitalar (DIH).

4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, o primeiro dia da Hospitalização

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

6.1. O início de vigência será às 24 horas da data definida na apólice.

6.2. A Proposta de Contratação recebida, sem adiantamento de prêmio, terá o seu início de vigência da cobertura na data do efetivo pagamento do prêmio.

6.3. A Proposta de Contratação que tenha sido recebida com adiantamento do prêmio, total ou parcial, ou com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terá

seu início de vigência na data em que a Seguradora receber a proposta assinada pelo Proponente.

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 9 e 10 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

7.1.1. Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento do seguro ou da presente Condição Especial;**
- b) com o falecimento do Segurado.**
- c) com o cancelamento da cobertura de Diária de Internação Hospitalar (DIH).**

8. PRÊMIO

8.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto na Proposta de Contratação e na respectiva Apólice.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

9.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em território nacional.

10. PAGAMENTO DO AUXÍLIO MEDICAMENTO

10.1. Em caso de falecimento do Segurado durante o período de Hospitalização, a(s) diária(s) adicional(is) devida(s) e eventualmente não indenizada(s) será(ão) paga(s) ao(s) Beneficiário(s) indicado(s) e na falta deste(s), conforme legislação em vigor.

10.2. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 16., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou Beneficiário(s);
- formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou, quando for o caso, por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e, quando for o caso, de cada um dos Beneficiários;
- cópia do Prontuário Hospitalar completo;
- declaração original assinada e carimbada por representante do Hospital indicando data e hora de entrada e de alta hospitalar, mencionando períodos de enfermagem e UTI;
- cópia do resultado de exames complementares realizados;

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

- **11.1.**Esta Condição Especial refere-se a Cobertura de Auxílio Medicamento faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Condição Especial, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura , têm função subsidiária.

Atualizado em: Set/2017