TOKIO MARINE SEGURADORA

NOSSA TRANSPARÊNCIA, SUA CONFIANÇA

ÍNDICE

Cartão Magnético.....02
Produto RD – Seguro de Bens.....12
Condições gerais Microsseguro de pessoas.....27
Informações sobre o sorteio.....50

CARTÃO MAGNÉTICO

APRESENTAÇÃO

Apresentamos as Condições Gerais deste seguro, que estabelecem as formas de funcionamento das coberturas contratadas.

Para os devidos fins e efeitos, serão consideradas em cada caso somente as condições correspondentes às coberturas aqui previstas, discriminadas e contratadas, desprezando-se quaisquer outras.

Salientamos que, para os casos não previstos nestas Condições Gerais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.

Mediante a contratação deste seguro, o Segurado aceita as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições Gerais.

O Segurado ao receber o bilhete de seguro recebe também as presentes Condições Gerais.

As coberturas contratadas pelo Segurado estarão especificadas no bilhete de seguro.

INFORMAÇÕES PRELIMINARES

A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco.

O registro deste plano na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

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

Versão: Abril/2014
Válida para seguros emitidos a partir de 01/04/2014
Este seguro é garantido pela Tokio Marine Seguradora S/A. – CNPJ 33.164.021/0001-00.
Processo SUSEP nº. 15414.900301/2014-54

TOKIO MARINE SEGURADORA

GLOSSÁRIO

ATOS DOLOSOS: são os danos materiais diretamente causados aos bens segurados por qualquer pessoa ou grupo de pessoas que tenham agido intencionalmente.

BILHETE DE SEGURO: É o documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo Segurado, substitui a apólice individual e dispensa o preenchimento de Proposta, nos termos da legislação específica.

CARTÃO DE CRÉDITO: cartão magnético de plástico concedido pelo representante de seguro ao segurado, para utilizar como meio de pagamento de transações efetuadas junto à rede de estabelecimentos filiados, e para saques em dinheiro, com validade limitada.

CARTÃO DE DÉBITO: cartão magnético de plástico concedido pelo representante de seguro ao segurado, para realizar movimentações em conta corrente e/ou conta poupança, saques em dinheiro e compras à vista, com validade limitada.

CARTÃO MÚLTIPLO: cartão magnético de plástico concedido pelo representante de seguro ao segurado para utilizar como meio de pagamento de transações efetuadas junto à rede de estabelecimentos filiados, e para saques em dinheiro, com validade limitada, como também para realizar movimentações em conta corrente e/ou em conta poupança, saques em dinheiro e compras à vista, com validade limitada.

COAÇÃO: emprego de força física ou de grave ameaça moral contra o segurado ou a pessoas ligadas afetivamente a ele, compelindo o segurado a praticar certo ato de maneira irresistível e insuperável.

CONTRATO: documento emitido pela Seguradora que expressa o contrato celebrado entre esta e o representante de seguros.

CORRETOR DE SEGUROS: pessoa física ou jurídica, legalmente autorizada pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, para intermediar e promover, entre as partes contratantes, a realização de contratos de seguros.

ESTELIONATO: obter para si ou para outrem, vantagem ilícita, em prejuízo alheio, induzindo ou mantendo alguém em erro mediante artifício, ardil, ou qualquer outro meio fraudulento.

REPRESENTANTE DE SEGURO: pessoa jurídica legalmente constituída, responsável pela contratação do seguro, ficando investido de poderes de representação da seguradora perante o segurado.

EXTORSÃO INDIRETA: exigir ou receber, como garantia de dívida, abusando da situação de alguém, documento que pode dar causa procedimento criminal contra a vítima ou contra terceiro.

FURTO: ato de apoderar-se de coisa alheia; subtrair coisa alheia, sem deixar vestígios.

FURTO QUALIFICADO: subtrair para si ou para outrem, coisa alheia móvel com destruição ou rompimento de obstáculos à subtração da coisa. Excluem-se deste contrato aqueles praticados com abuso de confiança ou mediante fraude, escalada ou destreza, bem como quando utilizada chave falsa.

FURTO SIMPLES: é a subtração do bem segurado sem ameaça, violência física ou que não se evidencie vestígios de destruição ou rompimento de obstáculo.

LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA: valor contratado pelo segurado para a garantia das coberturas do seguro de bens materiais. Corresponde ao valor máximo de indenização em caso de sinistro, não condicionado, entretanto, ao prévio reconhecimento de que este venha ser liquidado pelo seu pagamento integral.

PRÊMIO: valor pago à seguradora para o custeio do seguro para o período de cobertura contratado**.**

ROUBO: subtrair coisa alheia móvel, para si ou para outrem, mediante grave ameaça ou violência à pessoa, ou depois de havê-la, por qualquer meio, reduzido à impossibilidade de resistência, quer pela ação física, quer pela aplicação de narcóticos ou assalto a mão armada.

SEGURADO: pessoa física portadora do cartão magnético expedido pelo representante de seguro; aquele que possui interesse econômico no risco e que se compromete em pagar o prêmio à Seguradora.

SEGURADORA: Tokio Marine Seguradora S.A. – CNPJ: 033.164.021/0001-00; pessoa jurídica legalmente constituída para assumir e gerir riscos especificados no contrato; aquela que paga indenização ao segurado na ocorrência de riscos cobertos pelo seguro.

SINISTRO: acontecimento futuro e incerto, coberto pelo seguro e ocorrido durante a sua vigência, capaz de acarretar obrigações pecuniárias para a Seguradora.

TERCEIRO: pessoa que, envolvida em um sinistro, não represente nenhuma das partes do contrato de seguro (segurado, Seguradora e Representante de Seguro). Não se incluem na definição de terceiro os parentes que dependam economicamente do segurado, cônjuge, empregados, sócios, companheiro (a), como também os representantes e prepostos do segurado e, ainda, os objetos ou bens de sua propriedade ou posse.

VIGÊNCIA DO CONTRATO: período de validade da cobertura do contrato.

VIGÊNCIA INDIVIDUAL: período pelo qual o segurado passa a ter a cobertura no seguro.

TOKIO MARINE SEGURADORA

CONDIÇÕES GERAIS

1. Objetivo Do Seguro

O presente seguro tem por objetivo garantir, sob os termos destas condições gerais e até o limite máximo de garantia contratado, o pagamento de indenização ao segurado, pelos prejuízos que o mesmo venha a sofrer em decorrência dos Riscos Cobertos pelas garantias contratadas e desde que ocorridas durante o período de validade de cobertura.

2. Cobertura

2.1. Cartão Magnético

Garante, até o Limite Máximo de Indenização constante no Bilhete, as despesas irregulares consequentes das transações eletrônicas, não realizadas e não reconhecidas pelo segurado em decorrência de perda, subtração ou roubo do cartão segurado. Estarão cobertas as despesas realizadas **no dia do aviso do fato ao representante de seguro e nas 72 (setenta e duas) horas anteriores a essa comunicação**, ficando o segurado isento de quaisquer despesas que tenham sido feitas indevidamente por terceiros no transcorrer desse período.

3. Limite máximo de garantia

O limite máximo de garantia será de, no máximo, **o valor correspondente a R$ 500,00 (quinhentos reais).**

4. Riscos excluídos e prejuízos não indenizáveis

Este seguro não responderá pelos prejuízos que se verificarem em consequência, direta ou indireta, de:

a) Despesas ou saques por perda, roubo e furto não reconhecidas pelo segurado e efetuadas fora do período da cobertura mencionada na cláusula COBERTURA destas condições gerais;
b) Transações ocorridas em terminais eletrônicos cujo acesso seja feito por meio de código pessoal e secreto (senha), a menos que sejam efetuadas sob coação e comprovadas através de boletim de ocorrência policial;
c) Uso de cartões clonados;
d) Inadimplência do segurado no pagamento das dívidas do cartão;
e) Atos dolosos ou cumplicidade nestes atos, culpa grave e fraude do segurado;
f) Retiradas acima do valor limite de saque diário do cartão, conforme já previsto no seu contrato junto ao representante de seguro;
g) Prejuízos emergentes de qualquer natureza, considerando-se como emergentes os danos e despesas não relacionadas diretamente com a cobertura do seguro, tais como, entre outros, lucros cessantes, lucros esperados, responsabilidade civil, demoras de qualquer espécie, perda de mercado ou desvalorização dos bens em consequência de retardamento;
h) Atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticado pelo Segurado, ascendentes, descendentes, cônjuge ou parentes que dependam economicamente do segurado, seus beneficiários ou seu representante. Quando tratar-se de pessoa jurídica, a exclusão se aplica aos sócios controladores, seus dirigentes e administradores legais, beneficiários e respectivos representantes;
i) Estelionato e extorsão indireta;
j) Atos terroristas, cabendo à Seguradora comprovar com documentações hábeis, acompanhadas de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

5. Seguro a primeiro risco absoluto

As coberturas deste seguro são oferecidas a **Primeiro Risco Absoluto**, ou seja, não estando sujeitas a rateio, respondendo a Seguradora pelos prejuízos cobertos até o limite máximo de garantia de cada cobertura contratada.

6. Âmbito de cobertura

O presente seguro responde pelos sinistros ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

7. Aceitação

a) O seguro será considerado aceito com a emissão do bilhete;
b) Qualquer alteração que implique em modificação de risco durante a vigência, a Seguradora terá o mesmo prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se. No decorrer deste período, fica facultado á Seguradora o direito de solicitar ao representante de seguro e/ou aos segurados, documentos e/ou informações complementares justificadamente indispensáveis à análise do risco e/ou para fixação do prêmio, suspendendo-se aquele prazo a cada novo pedido, voltando a correr a partir da data em que se der o completo atendimento das exigências formuladas. Ressalva-se que a solicitação para entrega de documentos e/ou informações complementares só poderá ser feita uma vez em se tratando de segurado pessoa física. Para pessoa jurídica a solicitação poderá ocorrer mais de uma vez, durante o prazo de 15 (quinze dias);
c) Somente poderão aderir a esse seguro, os segurados titulares dos cartões expedidos e administrados pelo representante, como também aquelas pessoas que possuam cartões adicionais;
d) Nenhuma alteração no bilhete terá validade se não for feita por escrito, e receber concordância das partes contratantes. Não será admitida a presunção de que a Seguradora possa ter conhecimento de circunstâncias que não constem no bilhete, ou que não tenham sido comunicadas posteriormente por escrito;
e) Se for verificado o recebimento indevido de prêmio, a Seguradora deverá restituí-lo ao segurado, atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE, na base “pro-rata die” ou, caso seja extinto, pela variação positiva do índice que vier a substituí-lo, a partir da data do crédito até o dia útil imediatamente anterior à data da devolução.

8. Vigência do seguro

O início de vigência iniciar-se-á às 24 (vinte e quatro) horas da data de pagamento do prêmio.

Serão documentos deste seguro o bilhete de seguro com seus anexos.

Qualquer alteração no bilhete deverá ser feita por meio de endosso.

9. Renovação do seguro

Fica facultada à Seguradora o envio do termo de renovação e neste caso, antes do final do período de vigência, a seguradora enviará ao segurado ou seu corretor/Representante de Seguros, uma termo para o próximo período.

A renovação do seguro será efetivada, se não houver manifestação contrária do segurado ou do Representante de Seguros até o início do novo contrato, com o pagamento da primeira parcela do prêmio. Nos casos em que a forma de pagamento for através do instrumento de cobrança do Representante de Seguros (o tipo de instrumento de cobrança será definido entre a seguradora e o Representante de Seguros) e não seja possível contatar o segurado para confirmar o interesse na renovação, a cobrança será efetuada de forma a garantir a cobertura do seguro.

10. Custeio do seguro / atualização monetária

O custeio deste seguro é contributário, isto é, o segurado paga integralmente o prêmio do seguro.

Os prêmios poderão ser corrigidos pelo IPCA-IBGE – índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, com base na última publicação oficial, verificada no mês de aniversário do seguro, ou no menor espaço de tempo que a lei vier a permitir, conforme definido no Contrato.

O índice e a periodicidade de correção poderão ser alterados por lei ou por determinação da SUSEP (Superintendência de Seguros Privados).

11. Pagamento do prêmio

Tanto em relação aos prêmios individuais como ao prêmio total pago pelo representante de seguro à Seguradora, deve-se observar os dispostos nos subitens abaixo:

a) Os prêmios serão cobrados mensalmente;
b) Não havendo expediente bancário na data-limite para pagamento do prêmio, este poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente à data de vencimento;
c) O pagamento do valor mínimo definido na fatura do cartão magnético estará contemplando o prêmio do seguro, portanto o segurado não perderá o direito a qualquer indenização;
d) Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio, sem que ele se ache efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado. O prêmio devido será deduzido do valor a ser indenizado;
e) Desde que tenham sido recebidos pelo representante de seguro os prêmios individuais, ainda que este não tenha repassado para a Seguradora, a mesma ficará responsável pelo pagamento de indenizações que venham a ser devidas em razão de sinistros ocorridos até o cancelamento do contrato, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal do representante de seguro;
f) O pagamento do prêmio após a data de vencimento implicará na cobrança de multa de 2%, atualização monetária e juros moratórios, independentemente de qualquer notificação ou interpelação judicial;
g) A Seguradora se obriga a informar aos segurados, a situação de inadimplência do representante de seguro sempre que lhe for solicitada;
h) A falta de pagamento do prêmio do seguro após o prazo de tolerância de 03 (três) meses, implicará no cancelamento automático do contrato de seguro, independentemente de notificação, protesto ou interpelação;
i) O não pagamento da primeira parcela pelo segurado implicará no cancelamento do bilhete de seguro de pleno direito desde o início de vigência;
j) Fica vedado o cancelamento do contrato de seguro cujo prêmio tenha sido pago à vista, mediante financiamento obtido junto a instituições financeiras, nos casos em que o Segurado deixar de pagar o financiamento;
k) O Segurado poderá restabelecer o direito às coberturas contratadas, pelo período inicialmente acordado, desde que retome o pagamento do prêmio devido, acrescidos de multa de 2% (dois por cento), juros simples de mora de 0,116667% ao dia, contados a partir do primeiro dia posterior ao prazo de pagamento fixado, e atualização monetária pela variação positiva do índice IPCA/IBGE, dentro do prazo estabelecido.

12. Obrigações do segurado

Obriga-se expressamente o segurado a:

a) Usar de todos os meios legais a sua disposição para descobrir o autor ou autores do delito, dando para tal fim imediato aviso a polícia, requerendo a abertura do competente inquérito, conservando, enquanto for necessário, vestígios e indícios do delito praticado e facilitando todas as pesquisas a que a autoridade ou a Seguradora julgarem por bem proceder;
b) Dar aviso ao representante de seguro de qualquer sinistro, logo que dele tenha conhecimento;
c) Autorizar a Seguradora, sempre que esta julgar conveniente, a adotar as providencias enumeradas na alínea "a", outorgando-lhe, por meio hábil, todos os poderes necessários ao bom êxito das investigações;
d) Comprovar o dano sofrido, em caso de sinistro, pela forma prevista na cláusula PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO destas condições gerais.

13. Perda de direitos

Além dos casos previstos em lei, a Seguradora ficará isenta de qualquer obrigação decorrente deste contrato, quando:

a) Da inobservância, por parte do Segurado, seu representante de seguro ou do seu corretor, das obrigações convencionadas neste seguro;
b) Houver fraude ou tentativa de fraude, simulando um sinistro ou agravando intencionalmente as consequências de um sinistro, para obter indenização;
c) O sinistro for devido a dolo do segurado, beneficiário, quer de um quer de outro, ou do seu corretor de seguros;
d) O Segurado, o seu representante ou o seu corretor não comunicar a seguradora, logo que saiba qualquer incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovado que silenciou de má-fé;
e) Submeter ou expor o bem segurado a riscos desnecessários ou atos imprudentes antes, durante ou após um sinistro, bem como agravar os danos;
f) O Segurado, seu representante, ou o seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação do seguro ou no valor do prêmio. Neste caso, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido;
g) Se as inexatidões e ou omissões a que se referem à alínea anterior não decorrer de má-fé do segurado, a Seguradora poderá:
g.1. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:
g.1.1. Cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
g.1.2. Permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do prêmio cabível;
g.2. Na hipótese de ocorrência de sinistro sem indenização integral:
g.2.1. A seguradora reterá do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido, providenciará a indenização e o cancelamento do seguro.
g.2.2. Permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do prêmio cabível.
g.3. Na hipótese de ocorrência de sinistro com indenização integral:
g.3.1. A seguradora cobrará a diferença do prêmio cabível, providenciará a indenização e o cancelamento do seguro;
h) O segurado agravar intencionalmente o risco;
i) O segurado não comunicar o sinistro à seguradora, tão logo tome conhecimento, e não adotar as providências imediatas para minorar suas consequências.

A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o contrato ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada.

O cancelamento do contrato será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

14. Procedimento em caso de sinistro

Em caso de sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, fica o segurado obrigado a:

a) Comunicar imediatamente a central de atendimento do representante de seguro;
b) Empregar todos os meios que estiverem ao seu alcance para minimizar as consequências do sinistro;
c) Provar satisfatoriamente a sua ocorrência, e descrever todas as circunstâncias com ele relacionado, facultando a Seguradora à tomada de quaisquer medidas tendentes a elucidação do sinistro;
d) Remeter ao representante de seguro, imediatamente após o aviso do sinistro, os seguintes documentos:
I. Reclamação por escrito devidamente assinada, constando data, hora, local e causa do sinistro;

II. Boletim de ocorrência policial;
III. Atestados ou certidões de autoridades competentes, bem como o resultado de inquéritos ou processos instaurados em virtude do fato que produziu o sinistro. Alternativamente, poderá ser solicitada cópia da certidão de abertura do inquérito que porventura tiver sido instaurado.

e) Com exceção dos encargos de tradução e outras diretamente realizadas pela Seguradora, todas as despesas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do segurado, ou de quem suas vezes fizer;

f) O representante de seguro deverá encaminhar toda a documentação recebida para a Seguradora;

g) Havendo dúvidas fundadas e justificáveis, é facultada a Seguradora após análise dos documentos a ela apresentados, o direito de solicitar ao segurado, por intermédio do representante de seguro, outros documentos necessários para elucidação do sinistro e apuração dos prejuízos indenizáveis. Neste caso, a contagem do prazo para pagamento da indenização será suspensa a cada novo pedido e reiniciada a partir do dia útil posterior àquele em que se der o completo atendimento das exigências requeridas;

h) Os atos ou providências que a Seguradora praticar após o sinistro, não importa, por si só, no reconhecido da obrigação de pagar a indenização reclamada;

i) A Seguradora indenizará somente dos valores referente às despesas, saques indevidos, efetivamente não reconhecidos pelo segurado Apurado os prejuízos indenizáveis e o direito do segurado a cobertura do seguro, a Seguradora deverá pagar o valor da indenização em até 30 (trinta) dias após a entrega de toda documentação e informações necessárias para a regulação e liquidação do sinistro;

j) A Seguradora também responderá, até o limite máximo de garantia de cada cobertura contratada, pelas despesas de salvamento efetuadas pelo segurado, durante ou após a ocorrência do sinistro, como também por aquelas comprovadamente realizadas pelo segurado e/ou por terceiros na tentativa de evitar o sinistro, minorar o dano ou salvar os bens segurados;

k) Se o pagamento da indenização não for efetuado dentro do prazo de 30 (trinta) dias após atendimento de todas as exigências da Seguradora, os valores de indenização sujeitam-se a multa de 2% (dois por cento), juros simples de mora de 1% a.m (um por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, e atualização monetária pela variação positiva do índice IPCA/IBGE, calculado a base “pro-rata die” entre o último índice publicado antes da data do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação. Caso o IPCA / IBGE venha a ser extinto, a atualização monetária será calculada pela variação positiva do índice que vier a substituí-lo.

15. Concorrência de cobertura

15.1. O Segurado que, na vigência do contrato, pretender obter novo seguro sobre os mesmos bens e contra os mesmos riscos deverá comunicar sua intenção, previamente, por escrito, a todas as sociedades Seguradoras envolvidas, sob pena de perda de direito.

15.2. O prejuízo total relativo a qualquer sinistro amparado por cobertura de responsabilidade civil, cuja indenização esteja sujeita às disposições deste contrato, será constituído pela soma das seguintes parcelas:

a) Despesas, comprovadamente, efetuadas pelo Segurado durante e/ou após a ocorrência de danos a terceiros, com o objetivo de reduzir sua responsabilidade;

b) Valores das reparações estabelecidas em sentença judicial transitada em julgado e/ou por acordo entre as partes, nesta última hipótese com a anuência expressa das sociedades Seguradoras envolvidas.

15.3. De maneira análoga, o prejuízo total relativo a qualquer sinistro amparado pelas demais coberturas será constituído pela soma das seguintes parcelas:

a) Despesas de salvamento, comprovadamente, efetuadas pelo Segurado durante e/ou após a ocorrência do sinistro;

b) Valor referente aos danos materiais, comprovadamente, causados pelo Segurado e/ou por terceiros na tentativa de minorar o dano ou salvar a coisa;

c) Danos sofridos pelos bens Segurados.

15.4. A indenização relativa a qualquer sinistro não poderá exceder, em hipótese alguma, o valor do prejuízo vinculado à cobertura considerada.

15.5. Na ocorrência de sinistro contemplado por coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos, em seguros distintos, a distribuição de responsabilidade entre as sociedades Seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:

I. Será calculada a indenização individual de cada cobertura como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do Segurado, Limite Máximo de Indenização da cobertura e cláusulas de rateio;

II. Será calculada a "indenização individual ajustada" de cada cobertura, na forma abaixo indicada:

a) Se, para um determinado seguro, for verificado que a soma das indenizações correspondentes às diversas coberturas abrangidas pelo sinistro é maior que seu respectivo limite máximo de garantia, a indenização individual de cada cobertura será recalculada, determinando-se, assim, a respectiva indenização individual ajustada. Para efeito deste recálculo, as indenizações individuais ajustadas relativas às coberturas que não apresentem concorrência com outros seguros serão as maiores possíveis, observados os respectivos prejuízos e Limites Máximos de Indenização. O valor restante do limite máximo de Garantia do seguro será distribuído entre as coberturas concorrentes, observados os prejuízos e os Limites Máximos de Indenização destas coberturas;

b) Caso contrário, a "indenização individual ajustada" será a indenização individual, calculada de acordo com o inciso I deste artigo.

III. será definida a soma das indenizações individuais ajustadas das coberturas concorrentes de diferentes seguros, relativas aos prejuízos comuns, calculadas de acordo com o inciso II deste artigo;

IV. se a quantia a que se refere o inciso III deste artigo for igual ou inferior ao prejuízo vinculado à cobertura concorrente, cada sociedade Seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual ajustada, assumindo o Segurado a responsabilidade pela diferença, se houver;

V. se a quantia estabelecida no inciso III for maior que o prejuízo vinculado à cobertura concorrente, cada sociedade Seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual ajustada e a quantia estabelecida naquele inciso.

15.6. A sub-rogação relativa a salvados operar-se-á na mesma proporção da cota de participação de cada sociedade Seguradora na indenização paga.

15.7. Salvo disposição em contrário, a sociedade Seguradora que tiver participado com a maior parte da indenização ficará encarregada de negociar os salvados e repassar a quota-parte, relativa ao produto desta negociação, às demais participantes.

16. Redução e reintegração do limite máximo de garantia

Este seguro não prevê a reintegração da importância segurada, excluindo-se do seguro, o segurado que fizer uso total da importância segurada contratada, durante a vigência do contrato de seguro.

17. Rescisão e cancelamento

Excetuados os casos previstos em lei, o presente seguro será cancelado automaticamente:

a) Por falta de pagamento dos prêmios;

b) Se o segurado agir com dolo, culpa grave, ou cometer fraude no ato da contratação ou durante toda a vigência do bilhete, não cabendo qualquer restituição de prêmio já pago;

c) Com o final de vigência sem renovação do contrato entre representante de seguro e Seguradora;

d) Se o cartão magnético do representante de seguro em poder do segurado, por qualquer motivo, for cancelado.

O seguro poderá ainda ser rescindido, por acordo entre as partes, com, aviso prévio de 30 (trinta) dias, observando-se que:

a) Se a rescisão for por iniciativa do segurado, a Seguradora, além dos emolumentos, reterá o prêmio de acordo com o número de dias em que vigoraram a cobertura do bilhete, calculado na base "pro-rata temporis".
b) Se a rescisão for por iniciativa da Seguradora, esta reterá, além dos emolumentos, o prêmio correspondente à quantidade de dias em que vigoraram a cobertura do bilhete, calculado na base "pro-rata temporis".

Nota: Os valores eventualmente restituídos serão atualizados monetariamente pela variação positiva do IPCA / IBGE, na base "pro-rata die" ou, caso este seja extinto, pela variação positiva do índice que vier a substituí-lo, a partir da data do recebimento da solicitação do cancelamento, quando a pedido do segurado, ou a partir da data do efetivo cancelamento se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.

Quando a indenização ou a série de indenizações pagas atingirem o limite máximo de garantia expressamente estabelecido no bilhete.

18. Sub-rogação de direitos

Paga a indenização, a Seguradora sub-roga-se, nos limites do valor respectivo, nos direitos e ações que competirem ao segurado contra o autor do dano.

Salvo dolo, a sub-rogação não tem lugar se o dano foi causado pelo cônjuge do segurado, seus descendentes ou ascendentes, consanguíneos ou afins.

É ineficaz qualquer ato do segurado que diminua ou extinga, em prejuízo da Seguradora, os direitos a que se refere esta cláusula.

19. Foro

Para ações fundadas em direitos ou obrigações decorrentes de contrato, prevalecerá o foro do domicílio do segurado.

Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes contratantes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto na frase anterior.

20. Prescrição

Os prazos prescricionais serão aqueles determinados em lei.

CONDIÇÕES GERAIS
PRODUTO RD – Seguro de Bens

APRESENTAÇÃO

Apresentamos as Condições Gerais, Especiais e Condições Particulares do seu seguro, que estabelecem as formas de funcionamento das coberturas contratadas.

Para os devidos fins e efeitos, serão consideradas em cada caso somente as condições correspondentes às coberturas aqui previstas, discriminadas e contratadas, desprezando-se quaisquer outras.

Salientamos que, para os casos não previstos nestas Condições Contratuais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.

Mediante a contratação deste seguro, o Segurado aceita as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições.

O Segurado, ao assinar o termo de contratação de seguro, declara o recebimento das presentes Condições Gerais, Especiais e Condições Particulares.

As coberturas contratadas pelo Segurado estarão especificadas no bilhete de seguros.

INFORMAÇÕES PRELIMINARES

O registro deste plano na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

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.

Versão: Setembro/2014
Válida para seguros emitidos a partir de 01/09/2014

Este seguro é garantido pela Tokio Marine Seguradora S/A.
CNPJ 33.164.021/0001-00
Processo SUSEP nº. 15414.900165/2014-01.

1. Finalidade Do Seguro

Este seguro garante o pagamento de indenização ao Segurado por prejuízos decorrentes de eventos cobertos pelas garantias contratadas, ocorridos durante a vigência e até o Limite Máximo de Indenização descritos no Bilhete do Seguro.

2. Objeto do seguro

Este seguro tem por objetivo garantir os danos, de acordo com as coberturas contratadas e durante o período informado no Bilhete do Seguro, que sejam causados ao bem/objeto descrito no Bilhete do Seguro.

3. Documentos do seguro

É documento do presente seguro o Bilhete de Seguros.

Nenhuma alteração nestes documentos será valida se não for feita por escrito, receber concordância das partes contratantes e estiverem em conformidade com o disposto no tópico "Alteração do Risco", destas Condições Gerais.

Não é válida a presunção de que a Seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem nos documentos citados nesta cláusula e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas Condições Gerais.

4. Âmbito de cobertura

O presente seguro garante os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, salvo disposição em contrário, constante nos documentos do seguro.

5. Coberturas do seguro

5.1. Bolsa Protegida

Garante, até o Limite Máximo de Indenização, a reposição da bolsa (bem segurado), em caso de Roubo ou Subtração mediante rompimento de obstáculo.

Estarão cobertos, exclusivamente mediante o roubo ou subtração mediamente rompimento de obstáculo, os custos de reposição dos seguintes artigos que foram juntamente subtraídos com a bolsa durante o evento coberto:

a) Bolsa;
b) Carteira, que poderá estar dentro ou não da bolsa;
c) Óculos de sol ou de prescrição;
d) Cosméticos;
e) Perfume;
f) Chaves, que estará limitado ao custo de reposição de todas as fechaduras relacionadas com o molho de chaves roubadas, desde que essas fechaduras sejam partes de, ou proporcionem acesso a, uma residência de propriedade de, alugada por, ou arrendada por, ou carro registrado em nome do segurado, cônjuge ou pais do segurado;
g) Documentos, limitado aos custos de reposição da: Carteira Nacional de Habilitação do segurado; registro do veículo de propriedade do titular do segurado; passaporte ou documento nacional de identificação do titular do cartão expedido pelo governo.

Entende-se por bolsa: Espécie de sacola utilizada para guardar e carregar diversos objetos pessoais de pequeno porte. Nesta categoria estão incluídas bolsas femininas, maletas, pastas, pochetes e mochilas.

Eventuais bens fora de linha, que deixaram de ser fabricados ou que estejam indisponíveis, serão substituídos por produto similar em linha, desde que seu valor não ultrapasse o Limite Máximo de Indenização constante no Bilhete.

Nesta cobertura será aplicada franquia conforme estipulado no Bilhete do Seguro.

Entende-se como "subtração de bens mediante rompimento ou destruição de obstáculos" quando há destruição ou rompimento de obstáculo para a subtração do bem/objeto segurado. O rompimento ou destruição se caracterizam quando se inutiliza, desfaz, desmancha, arrebenta, rasga, fende, corta ou deteriora um obstáculo de acesso. Para a caracterização da subtração de bens mediante rompimento ou destruição de obstáculos é necessário que ocorra a destruição ou ruptura do obstáculo de acesso, **e não a destruição do próprio bem/objeto**.

6. Exclusões gerais

6.1. Riscos excluídos

Em caso de sinistro, além das exclusões específicas de cada cobertura e as previstas em lei, este seguro não cobre, em qualquer hipótese, salvo disposição em contrário, os prejuízos por perdas e/ou danos resultantes ou relacionados aos seguintes acontecimentos:

a) Lucros cessantes;
b) Danos morais: referem-se às consequências de sinistros cobertos ou não, que causem danos psicológicos à vítima e/ou seus familiares, como traumas, desconforto, dores físicas, dores afetivas e que possam afetar a virtude, a honra e a imagem;
c) Danos causados por construção, demolição, reconstrução, bem como qualquer tipo de obra, inclusive instalação e montagem;
d) Quaisquer atos de hostilidade, guerra, guerra civil, revolução e operações que visem a derrubada do governo;
e) Radiações de qualquer tipo, efeitos de radiações ou contaminações pela radioatividade de qualquer combustível ou resíduo nuclear;
f) Danos causados por terremotos, tremores de terra, maremotos e maresia;
g) Uso de material para fins bélicos ou militares, ainda que resultantes de testes, experiências e transporte, bem como de explosões provocadas com qualquer finalidade;
h) Explosão de pólvora, fogos de artifícios e similares;
i) Atos de autoridade pública, salvo para evitar propagação de danos cobertos;
j) Apropriação ou destruição por força de regulamentos alfandegários e riscos provenientes de contrabando, transporte e comércio ilegais;
k) Desgaste natural, fadiga, falta de manutenção, manutenção inadequada, entendendo-se como tal aquela que não atende às recomendações mínimas especificadas pelo fabricante, má conservação, deficiência de funcionamento, defeito de fabricação ou de material, erro de projeto, instalação, montagem e/ou teste, danos causados por negligência no trato, falta de manutenção e má conservação, deterioração gradativa, erosão, oxidação, vício próprio, desarranjo mecânico e danos causados por insetos e roedores;
l) Qualquer tipo de falha profissional;
m) Subtração de bens, roubo, extorsão, apropriação indébita, estelionato, praticados contra o patrimônio do Segurado por seus funcionários ou prepostos, quer agindo por conta própria ou em conjunto com terceiros;
n) Tumultos, greves e lock out;
o) Operações de carga e descarga, içamento e descida;
p) Danos emergentes;
q) Atos de vandalismo e outras perturbações da ordem pública;
r) Curto-circuito, sobrecarga, fusão ou outros distúrbios elétricos;
s) Danos causados aos bem/objeto antes que tenham sido comprovadamente recebidos pelo segurado;
t) Atos propositais, ou contrários à lei, dolo e culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo Segurado, beneficiário, representantes do segurado e/ou beneficiário, ascendentes, descendentes, cônjuge ou parentes que dependam economicamente do Segurado. No caso de Pessoa Jurídica, abrange-se também os atos praticados pelos sócios controladores, aos seus dirigentes e administradores legais, aos beneficiários e aos seus respectivos representantes;

u) Furto qualificado, roubo, extorsão, apropriação indébita, estelionato, praticados contra o patrimônio do Segurado por seus funcionários ou prepostos, quer agindo por conta própria ou mancomunados com terceiros;
v) Furto simples, extravios ou desaparecimento inexplicável;
w) Despesas com documentação para comprovação de sinistro.

6.2. Bens não compreendidos no seguro

Este Seguro, salvo disposição em contrário, não abrange:

a) Bem/objeto em exposição, demonstração ou testes;
b) Bem/objeto destinados à locação, ou seja, bem/objeto cedidos a terceiros, sob contrato firmado entre as partes e remuneração por tal empréstimo;
c) Bem/objeto do Segurado sob uso, guarda, custódia, transporte, manipulação ou execução de qualquer trabalho por parte de terceiros, prestadores de serviço ou representantes do Segurado;
d) Perda de dados, informações eletrônicas ou "softwares" de computadores eletrônicos, exceto os oficiais e não "customizados" e cuja existência seja devidamente comprovada através de Notas Fiscais;
e) Veículos de qualquer espécie ou finalidade pertencentes ao Segurado ou a terceiros sob guarda do Segurado, inclusive peças, componentes e acessórios, salvo a contratação de cobertura específica;
f) Armas de fogo e munições.

7. Limite máximo de indenização

O Limite Máximo de Indenização descrito no Bilhete de Seguro representa o valor máximo de responsabilidade assumida pela Seguradora para cada cobertura contratada, respeitado o disposto no item "Redução e Reintegração". Assim, em hipótese alguma, a indenização poderá ultrapassar o valor indicado para cada cobertura descrita no Bilhete de Seguro.

8. Limite máximo de garantia

O Limite Máximo de Garantia descrito no Bilhete de Seguro representa o valor máximo de responsabilidade assumida pela Seguradora, em um único sinistro ou série de sinistros, limitada ainda ao Limite Máximo de Indenização fixado para cada cobertura contratada.

8.1. Bolsa Protegida

O Limite de Garantia da cobertura Bolsa Protegida será de no máximo, **o valor correspondente de R$ 600,00 (seiscentos reais)**, considerando R$ 250,00(duzentos e cinquenta reais) para o conteúdo e R$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais) para a bolsa.

Importante:

Para a cobertura Bolsa Protegida, a não apresentação da Nota Fiscal da Bolsa implicará na limitação da indenização em R$ 100,00 (cem reais).

Para a cobertura Bolsa Protegida, a não apresentação da Nota Fiscal da Carteira implicará na limitação da indenização em R$ R$ 100,00.

9. Franquia

Serão aplicadas franquias nas coberturas do seguro, conforme previsto no Bilhete de Seguro de Seguro.

10. Carência

Este seguro é passível de aplicação de período de carência, a ser determinado no Bilhete individual.

11. Seguro à primeiro risco

Seguro a primeiro risco absoluto, para todas as coberturas contratadas, onde a Seguradora responderá pelo pagamento dos prejuízos até o Limite Máximo de Indenização indicado no Bilhete de Seguro do Seguro.

12. Representante de seguros

O Representante de Seguros que promove a realização de contratos de seguro em nome da seguradora fica responsável pelos seguintes processos:
Constituem obrigações do Representante de Seguros:

a) Garantir ao segurado o exercício do direito de arrependimento, quando o pedido for realizado no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da emissão do bilhete de seguros. O direito de arrependimento poderá ser exercido pelo mesmo meio utilizado para a contratação do seguro;
b) Manter a sociedade Seguradora informada a respeito dos Segurados, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente;
c) Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
d) Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
e) Repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, quando este for de sua responsabilidade. O não repasse dos prêmios à seguradora poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento da cobertura;
f) Comunicar de imediato à Seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
g) Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
h) Comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
i) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;

É expressamente vedado ao Representante de Seguros:

a) Cobrar, dos Segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela sociedade Seguradora;
b) Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da sociedade Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado;
c) Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos;
d) Oferecer produto de seguro em condições mais vantajosas para quem adquire produto ou serviço por ele fornecido;
e) Vincular a contratação de seguro à concessão de desconto ou à aquisição compulsória de qualquer outro produto ou serviço por ele fornecido; e
f) Emitir, a seu favor, carnês ou títulos relativos aos serviços de representante que não sejam expressamente autorizados pela sociedade seguradora.

13. Vigência do seguro

O seguro é válido pelo período contratado, a partir das 24 horas da data de pagamento do prêmio, indicado no Bilhete de Seguro.

Não havendo pagamento de prêmio quando da emissão do bilhete, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data do pagamento da primeira parcela do prêmio ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

Observação: Declara-se para os devidos fins e efeitos que o início de vigência da cobertura inicia-se apenas e tão somente quando o bem/objeto for retirado da loja pelo segurado, quando este consiga realizar o transporte por conta própria, ou for entregue no local indicado pelo segurado – exceto para a cobertura Celular Garantido.

14. Renovação

Fica facultada à Seguradora o envio da proposta de renovação e neste caso, antes do final do período de vigência, a seguradora enviará ao segurado ou seu corretor/Representante de Seguros, uma Proposta para o próximo período.

A renovação do seguro será efetivada, se não houver manifestação contrária do segurado ou do Representante de Seguros até o início do novo contrato, com o pagamento da primeira parcela do prêmio. Nos casos em que a forma de pagamento for através do instrumento de cobrança do Representante de Seguros (o tipo de instrumento de cobrança será definido entre a seguradora e o Representante de Seguros) e não seja possível contatar o segurado para confirmar o interesse na renovação, a cobrança será efetuada de forma a garantir a cobertura do seguro.

15. Pagamento de prêmio

Tanto em relação aos prêmios individuais como em relação ao prêmio total pago pelo Representante de Seguros à seguradora, deverá observar o disposto nos subitens abaixo:

a) Será cobrado prêmio único ou mensal pelo Representante de Seguros;
b) Não havendo expediente bancário na data final do pagamento do prêmio de seguro, este poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente à data de vencimento;
c) Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento de qualquer uma de suas parcelas mensais, sem que tenha sido efetuado o seu pagamento, o direito à indenização não ficará prejudicado;
d) Após o prazo de pagamento de qualquer uma de suas parcelas mensais, sem que tenha sido efetuado o seu pagamento, e estando com 03 (três) parcelas em aberto, o Seguro será automaticamente cancelado;
e) O Segurado somente terá direito às coberturas, atendimento da Assistência, quando houver, e outros benefícios do seguro enquanto estiver em dia com o pagamento do seguro;
f) Nos casos em que a data de vencimento do prêmio for posterior ao período coberto, o prêmio vencido será deduzido do valor da indenização;
g) É vedado o Representante de Seguros recolher dos segurados, a título de prêmio do Seguro, qualquer valor além do fixado pela seguradora e a ela devido;
h) Caso o Representante de Seguros receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do prêmio de cada segurado e obter previamente autorização do segurado nos moldes da Resolução 306 de 2014 do CNSP;
i) Fica vedada a cobrança ao segurado de taxa de inscrição ou de intermediação;
j) A falta de pagamento da primeira parcela ou do prêmio à vista implicará o cancelamento do Bilhete;
k) Não poderá ser estabelecido prazo superior a 30 (trinta) dias, contando da data de emissão Bilhete, endosso, fatura e/ou contas mensais, para o pagamento do prêmio a vista ou da primeira parcela.

16. Perda de direitos

Além dos casos previstos em lei, a Seguradora ficará isenta de qualquer obrigação decorrente deste contrato, quando:

a) Da inobservância, por parte do Segurado, seu representante ou do seu corretor, das obrigações convencionadas neste seguro;
b) Houver fraude ou tentativa de fraude, simulando um sinistro ou agravando intencionalmente as consequências de um sinistro, para obter indenização;
c) O sinistro for devido a dolo do segurado, beneficiário, representante quer de um quer de outro, ou do seu corretor de seguros;
d) O Segurado, o seu representante ou o seu corretor não comunicar a seguradora, logo que saiba, qualquer incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovado que silenciou de má-fé;
e) O Segurado, seu representante, ou o seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação do seguro ou no valor do prêmio. Neste caso, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido;
f) Não observar as Normas Técnicas expedidas pela ABNT, INMETRO e/ou outros órgãos oficiais, bem como recomendações emanadas do fabricante ou ainda todas as normas e regulamentos vigentes para o funcionamento adequado dos bem/objeto;
g) Reparos em consequência de sinistro coberto no seguro sem anuência prévia da seguradora;
h) Submeter ou expor o bem segurado a riscos desnecessários ou atos imprudentes antes, durante ou após um sinistro, bem como agravar os danos;
i) Se as inexatidões e ou omissões a que se referem à alínea anterior não decorrer de má-fé do segurado, a Seguradora poderá:
   a. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:
      i. Cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
      ii. Permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do prêmio cabível.
   b. Na hipótese de ocorrência de sinistro sem indenização integral:
      i. A seguradora reterá do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido, providenciará a indenização e o cancelamento do seguro;
      ii. Permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do prêmio cabível.
   c. Na hipótese de ocorrência de sinistro com indenização integral:
      i. A seguradora cobrará a diferença do prêmio cabível, providenciará a indenização e o cancelamento do seguro;
j) O segurado agravar intencionalmente o risco;
k) O segurado não comunicar o sinistro à seguradora, tão logo tome conhecimento, e não adotar as providências imediatas para minorar suas consequências.

A Seguradora, desde que o faça no prazo de 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o contrato ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada.

O cancelamento do contrato será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

17. Procedimentos em caso de sinistro

a) Comunicar o sinistro imediatamente à Central de Atendimento indicada no Bilhete do seguro. Em caso de atendimento através da Central de Atendimento do Representante de Seguros, este se responsabilizará pelo envio da documentação à seguradora;

b) Não modificar a situação dos bens sinistrados antes da realização da vistoria por parte da seguradora, salvo para preservar o bem segurado de maiores danos;
c) Disponibilizar ao representante da Seguradora, acesso ao local do sinistro e prestar as informações e esclarecimentos solicitados, inclusive entregar os documentos para comprovação ou apuração dos prejuízos;
d) Preservar as partes danificadas e possibilitar a vistoria das mesmas pelo representante da Seguradora;
e) Aguardar autorização da Seguradora para dar início a qualquer reparação ou reposição dos bens;
f) Colaborar com a correta tramitação do sinistro, comunicando à Seguradora qualquer notificação judicial, extrajudicial ou administrativa que chegue ao seu conhecimento e que seja relacionada ao sinistro. Em qualquer caso, o segurado não poderá negociar, adquirir ou negar reclamações de terceiros prejudicados pelo sinistro, sem autorização expressa da Seguradora e nem tomar qualquer medida que possa prejudicar o direito de regresso da Seguradora contra o causador do dano;
g) Informar a existência de outros seguros cobrindo os mesmos riscos;
h) Facultar a Seguradora a adoção de medidas policiais, judiciais ou outras para elucidação do fato.

O segurado deverá fornecer à Seguradora cópia dos documentos básicos, previstos no item abaixo.

Com exceção dos encargos de tradução, todas as despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos correrão por conta do segurado, de seus beneficiários, ou de seus respectivos representantes legais.

18. Documentos básicos para sinistro

O Segurado deverá providenciar e anexar os documentos abaixo indicados:

- Cópia do Registro Geral (RG);
- Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF) ou cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), quando se tratar de Pessoa Jurídica;
- Cópia do contrato social e última alteração;
- Ultima ata de eleição da diretoria e conselho administrativo (se houver), quando se tratar de Pessoa Jurídica;
- Cópia do comprovante de endereço recente (atualizado);
- Carta do segurado formalizando a reclamação;
- Comprovação da compra do equipamento adquirido na rede de distribuição do Representante de Seguros, ou por seu intermédio;
- Comprovante de pagamento da franquia quando aplicável e expresso no bilhete de seguros.

Bolsa Protegida

- Boletim de Ocorrência Policial (BO);
- Orçamentos (mínimo de dois), exceto Bolsa e/ou Carteira;
- Nota Fiscal original da Bolsa e/ou Carteira.

Fica facultada à segurada a possibilidade de, em situações de dúvidas fundadas e justificáveis, solicitar outros documentos. A seguradora poderá exigir atestados ou certidões de autoridades competentes, bem como o resultado de inquéritos ou processos instaurados em virtude do fato que produziu o sinistro, sem prejuízo do pagamento da indenização no prazo devido. Alternativamente, poderá solicitar cópia da certidão de abertura do inquérito que porventura tiver sido instaurado.

19. Liquidação de sinistro

Serão indenizadas as perdas e danos causados ao bem/objeto, de acordo com as coberturas contratadas e durante o período informado no Bilhete do Seguro.

Qualquer indenização por este seguro somente será devida se o sinistro for caracterizado como

risco coberto por estas condições.

Para fins de determinação das perdas reclamadas devem ser apresentados elementos que comprovem a preexistência do bem/objeto reclamado.

Para apuração dos valores de prejuízos e indenizações, de acordo com as demais condições deste seguro, a indenização será calculada baseada no valor de novo dos bens segurados, fixado mediante orçamentos.

Tendo o segurado comunicado à Seguradora a ocorrência do sinistro, apuradas as causas, comprovados os valores a indenizar e o direito de recebê-los, a Seguradora terá um prazo máximo de 30 (trinta) dias a partir da entrega dos documentos básicos para efetuar o pagamento de indenização.

Será suspensa e reiniciada a contagem do prazo para a indenização, caso os documentos apresentados não forem suficientes e a seguradora solicitar outros, no caso de dúvida fundada e justificável.

A indenização será efetuada com a reparação dos danos, ou, em caso de Perda Total, com reposição por outro bem da mesma espécie e tipo – novo ou recondicionado. Na indisponibilidade de modelos semelhantes, a indenização será efetuada por outro similar em linha. Na impossibilidade da reposição, a indenização poderá ser realizada em espécie, considerando o valor do bem com o desconto da franquia.

Para a cobertura Celular Garantido a indenização será efetuada através da disponibilização de outro aparelho celular, sendo que o modelo será definido pela seguradora. A indenização poderá ser realizada de outras formas, desde que acordado entre a Seguradora e o Segurado.

A franquia será cobrada conforme especificação no bilhete de seguros.

Na hipótese de não cumprimento do prazo de indenização, os valores devidos serão acrescidos de multa de 2% (dois por cento), juros simples de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, e atualização monetária pela variação positiva do índice IPCA/IBGE, apurada entre o último índice publicado antes da data do evento do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

Serão indenizadas, até o limite máximo da garantia contratada, as despesas de salvamento comprovadamente efetuadas pelo Segurado durante e/ou após a ocorrência do sinistro, e os valores referentes aos danos materiais comprovadamente causados pelo Segurado e/ou por terceiros na tentativa de evitar o sinistro, minorar o dano ou salvar a coisa.

Com o pagamento da indenização, cujo recibo valerá como instrumento de cessão, a seguradora ficará sub-rogada, de pleno direito até o limite da indenização paga, em todos os direitos e ações do segurado contra aqueles que, por ato, fato ou omissão, tenham causado prejuízos indenizáveis pela seguradora ou para eles concorrido. O segurado não praticará qualquer ato que prejudique este direito da seguradora.

20. Vistoria de sinistro

A Seguradora se reserva o direito de realizar visita ao local de risco e/ou local que estiverem os bens sinistrados, a fim de apurar a causa do evento reclamado e suas consequências, bem como o montante dos prejuízos sofridos pelo Segurado pela efetivação do evento previsto e coberto no contrato de seguro.

21. Salvados

O segurado deve usar todos os meios cabíveis para salvar e preservar os bens segurados, durante ou após a ocorrência de qualquer sinistro. No caso de sinistro indenizado, todos os itens indenizados e/ou substituído (salvados) passam automaticamente à propriedade da Seguradora, não podendo o Segurado dispor dos mesmos sem expressa autorização desta.

22. Concorrência de cobertura

22.1. O Segurado que, na vigência do contrato, pretender obter novo seguro sobre os mesmos bens e contra os mesmos riscos deverá comunicar sua intenção, previamente, por escrito, a todas as sociedades Seguradoras envolvidas, sob pena de perda de direito.

22.2. O prejuízo total relativo a qualquer sinistro amparado por cobertura de responsabilidade civil, cuja indenização esteja sujeita às disposições deste contrato, será constituído pela soma das seguintes parcelas:

a) Despesas, comprovadamente, efetuadas pelo Segurado durante e/ou após a ocorrência de danos a terceiros, com o objetivo de reduzir sua responsabilidade;
b) Valores das reparações estabelecidas em sentença judicial transitada em julgado e/ou por acordo entre as partes, nesta última hipótese com a anuência expressa das sociedades Seguradoras envolvidas.

22.3. De maneira análoga, o prejuízo total relativo a qualquer sinistro amparado pelas demais coberturas será constituído pela soma das seguintes parcelas:

a) Despesas de salvamento, comprovadamente, efetuadas pelo Segurado durante e/ou após a ocorrência do sinistro;
b) Valor referente aos danos materiais, comprovadamente, causados pelo Segurado e/ou por terceiros na tentativa de minorar o dano ou salvar a coisa;
c) Danos sofridos pelos bens Segurados.

22.4. A indenização relativa a qualquer sinistro não poderá exceder, em hipótese alguma, o valor do prejuízo vinculado à cobertura considerada.

22.5. Na ocorrência de sinistro contemplado por coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos, em bilhetes/apólices distintas, a distribuição de responsabilidade entre as sociedades Seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:

22.5.1. Será calculada a indenização individual de cada cobertura como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do Segurado, Limite Máximo de Indenização da cobertura e cláusulas de rateio.

22.5.2. Será calculada a "indenização individual ajustada" de cada cobertura, na forma abaixo indicada:

a) Se, para uma determinada apólice/bilhete, for verificado que a soma das indenizações correspondentes às diversas coberturas abrangidas pelo sinistro é maior que seu respectivo limite máximo de garantia, a indenização individual de cada cobertura será recalculada, determinando-se, assim, a respectiva indenização individual ajustada. Para efeito deste recálculo, as indenizações individuais ajustadas relativas às coberturas que não apresentem concorrência com outras apólices/bilhetes serão as maiores possíveis, observados os respectivos prejuízos e Limites Máximos de Indenização. O valor restante do limite máximo de Garantia da apólice/bilhete será distribuído entre as coberturas concorrentes, observados os prejuízos e os Limites Máximos de Indenização destas coberturas;
b) Caso contrário, a "indenização individual ajustada" será a indenização individual, calculada de acordo com o item 25.5.1 deste artigo.

22.5.3. Será definida a soma das indenizações individuais ajustadas das coberturas concorrentes de diferentes apólices/bilhetes, relativas aos prejuízos comuns, calculadas de acordo com o item 25.5.2 deste artigo.

22.5.4. Se a quantia a que se refere o item 25.5.3 deste artigo for igual ou inferior ao prejuízo vinculado à cobertura concorrente, cada sociedade Seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual ajustada, assumindo o Segurado a responsabilidade pela

diferença, se houver.

22.5.5. Se a quantia estabelecida no item 25.5.3 for maior que o prejuízo vinculado à cobertura concorrente, cada sociedade Seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual ajustada e a quantia estabelecida naquele item.

22.6. A sub-rogação relativa a salvados operar-se-á na mesma proporção da cota de participação de cada sociedade Seguradora na indenização paga.

22.7. Salvo disposição em contrário, a sociedade Seguradora que tiver participado com a maior parte da indenização ficará encarregada de negociar os salvados e repassar a quota-parte, relativa ao produto desta negociação, às demais participantes.

22.8. Esta cláusula não se aplica às coberturas que garantam morte e/ou invalidez.

23. Redução e reintegração

Ocorrido um sinistro indenizado pela Seguradora, o Limite Máximo de Indenização relativa àquela cobertura será reduzida de tal valor, até a extinção da verba, **não tendo o Segurado direito à restituição do prêmio correspondente a tal redução. Com a extinção da verba para a cobertura básica, o seguro torna-se sem efeito**.

Fica entendido e acordado que em caso de Perda Total por Roubo ou Subtração de Bens mediante rompimento de obstáculo, não serão deduzidas do Limite Máximo de Indenização os valores pagos relativos às Perdas Parciais na cobertura de Danos de Causa Externa.

Fica facultada (*e será acordada entre seguradora e Representante de Seguros*) a reintegração do Limite Máximo de Indenização, mediante a cobrança de prêmio adicional, calculado proporcionalmente ao tempo a decorrer.

24. Rescisão e cancelamento

24.1. Excetuados os casos previstos em lei, o presente seguro será cancelado automaticamente:

a) Se houver o descumprimento de qualquer dispositivo das condições aplicáveis a este seguro por parte do Representante de Seguros ou segurado;
b) Por falta de pagamento dos prêmios;
c) Se o segurado agir com dolo, culpa grave, ou cometer atos de má-fé, no ato da contratação ou durante toda a vigência do bilhete, na forma do artigo 765 e 766 do Código Civil Brasileiro. Em qualquer hipótese prevista nesta alínea, não caberá qualquer restituição de prêmio já pago;
d) Com o final de vigência, sem renovação do bilhete contratado entre Representante de Seguro e Seguradora.

24.2. O seguro poderá ainda ser rescindido, por acordo entre as partes, com, aviso prévio de 30 (trinta) dias, observando-se que:

a) Se a rescisão for por iniciativa do Representante de Seguro ou segurado, a Seguradora, além dos emolumentos, reterá o prêmio de acordo com o número de dias em que vigoraram a cobertura do bilhete e/ou endossos, calculado na base “pro-rata temporis”;
b) Se a rescisão for por iniciativa da Seguradora, esta reterá, além dos emolumentos, o prêmio correspondente à quantidade de dias em que vigoraram a cobertura bilhete e/ou endossos, calculado na base “pro-rata temporis”.

Nota: Os valores eventualmente restituídos serão atualizados monetariamente pela variação positiva do IPCA / IBGE, na base “pro-rata die” ou, caso este seja extinto, pela variação positiva do índice que vier a substituí-lo, a partir da data do recebimento da solicitação do cancelamento, quando a pedido do segurado, ou a partir da data do efetivo cancelamento se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.

c) Quando a indenização ou a série de indenizações pagas atingirem o limite máximo de garantia expressamente estabelecido na bilhete de seguro.

25. Sub-rogação de direitos

Pelo pagamento da indenização, cujo recibo valerá como instrumento de cessão de direitos, a Seguradora ficará sub-rogada em todos os direitos e ações do Segurado contra aqueles que, por ato, fato ou omissão, tenham causado os prejuízos indenizados ou para ele tenham concorrido. Salvo dolo, a sub-rogação não tem lugar se o dano for causado pelo cônjuge do Segurado, seus descendentes ou ascendentes, consanguíneos ou afins. É ineficaz qualquer ato do Segurado que diminua ou extinga, em prejuízo da Seguradora, os direitos a que se refere esta cláusula.

26. Foro

Fica eleito o foro do domicílio do Segurado para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes contratantes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no item anterior.

27. Prescrição

A Prescrição se opera de acordo com a Legislação vigente.

28. Devolução de valores

Os valores devolvidos a título de devolução de prêmio sujeitam-se à correção monetária e/ou juros moratórios, de acordo com as seguintes regras:

a) Em caso de endossos com restituição de prêmio, inclusive cancelamento do seguro, os valores a serem restituídos ao Segurado estarão sujeitos à correção monetária, de acordo com a variação positiva do IPCA/IBGE, a contar da data de protocolo do pedido de endosso na Seguradora até a data do efetivo pagamento ao Segurado;
b) Em caso de devolução de valores recebidos indevidamente pela Seguradora, os valores a serem devolvidos ao Segurado estarão sujeitos à correção monetária, de acordo com a variação positiva do IPCA/ IBGE, a contar da data de identificação do crédito na Seguradora até a data do efetivo pagamento ao Segurado.

GLOSSÁRIO DE DEFINIÇÕES UTILIZADAS PARA FINS DESTE SEGURO

AGRAVAÇÃO DE RISCO: aumentar a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora quando da aceitação do seguro.

APROPRIAÇÃO INDÉBITA: é apoderar-se de coisa alheia móvel, objeto deste contrato de seguro, de que tem a posse ou detenção, sem o consentimento do respectivo proprietário.

ATOS DOLOSOS: são os danos materiais diretamente causados aos bens segurados por qualquer pessoa ou grupo de pessoas que tenha agido contra o patrimônio de terceiros com intensão de causar prejuízo.

AVISO DE SINISTRO: é a comunicação da ocorrência de um sinistro que o segurado deve fazer à seguradora, assim que tenha o seu conhecimento.

BEM SEGURADO: bem ou objeto descritos no Bilhete do Seguro e comprovado por meio de Nota Fiscal de Compra, Cupom Fiscal ou Cupom Não Fiscal, e com o devido comprovante de pagamento do prêmio de seguro.

BENEFICIÁRIO: pessoa física ou jurídica em favor da qual é devida a indenização em caso de sinistro. O beneficiário pode ser determinado, quando indicado no Bilhete de Seguro, ou indeterminado, quando desconhecido na formação do contrato.

BILHETE DE SEGURO: é o documento emitido pela sociedade seguradora que formaliza a

aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo segurado, substitui a apólice individual e dispensa o preenchimento de proposta, nos termos da legislação específica.

COBERTURAS: conjunto de garantias concedidas pelo contrato de seguro, de conformidade com as condições contratadas.

CONDIÇÕES GERAIS: conjunto das cláusulas, comuns a todas as modalidades e/ou coberturas de um plano de seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes.

CONDIÇÕES ESPECIAIS: conjunto das disposições específicas relativas a cada modalidade e/ou cobertura de um plano de seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.

CONDIÇÕES PARTICULARES: conjunto de cláusulas que alteram as Condições Gerais e/ou Especiais de um plano de seguro, modificando ou cancelando disposições já existentes, ou, ainda, introduzindo novas disposições e eventualmente ampliando ou restringindo a cobertura.

CORRETOR: profissional autorizado pelos órgãos competentes para promover a intermediação de contratos de seguro e sua administração.

DANOS DE CAUSA EXTERNA: perdas e/ou danos (totais ou parciais) causado(s) ao(s) equipamento(s), objeto deste seguro, que tenham como origem evento, com data e situação claramente caracterizada e decorrente de causa acidental, externa, súbita ou involuntária.

DANOS CORPORAIS: danos físicos a pessoas (lesão, incapacidade ou morte).

DANOS EMERGENTES: são todos e quaisquer danos ou despesas não relacionadas diretamente com a ocorrência do sinistro, com a reparação dos danos ou a reposição dos bens segurados.

DANOS MATERIAIS: Dano físico causado a propriedade tangível.

DANOS MORAIS: são decorrentes de um dano físico, causado de forma involuntária a terceiro(s), que traz como consequência ofensa a honra, ao afeto, à liberdade, profissão, ao respeito aos mortos, à psiquê, à saúde, ao nome, ao crédito, ao bem estar e à vida, sem necessidade de ocorrência de prejuízo econômico.

ENDOSSO: é o documento expedido pela seguradora, durante a vigência do contrato, pelo qual esta e o segurado acordam quanto à alteração de dados que modificam as condições ou o objeto do seguro.

ESTELIONATO: é o ato de obter, para si ou para outrem, vantagem patrimonial ilícita, em prejuízo alheio, induzindo ou mantendo em erro alguém mediante artifício, ardil ou qualquer outro meio fraudulento.

FRANQUIA: valor até o qual o segurado responde obrigatoriamente pelos prejuízos de um sinistro coberto. A responsabilidade da seguradora inicia-se apenas e tão somente no que excede o valor da franquia.

FURTO QUALIFICADO: para fins deste contrato de seguro, entende-se como furto qualificado, aquele que ocorre com destruição ou rompimento de obstáculo para subtração de bens. Excluem-se deste contrato, aqueles praticados com abuso de confiança ou mediante fraude, escalada ou destreza, quando utilizada chave falsa, ou em concurso de duas ou mais pessoas.

FURTO SIMPLES: é a subtração do bem segurado sem ameaça, violência física ou que não se evidencie vestígios de destruição ou rompimento de obstáculo, não tendo ocorrido abuso de confiança ou mediante fraude, escalada ou destreza, utilizado chave falsa, ou em concurso de duas ou mais pessoas.

INDENIZAÇÃO: é o valor pago pela seguradora a título de ressarcimento do sinistro, limitada ao valor estabelecido em cada cobertura, na data do sinistro, deduzida eventual franquia.

INSPEÇÃO: termo utilizado para definir ato do Segurador em realizar trabalho de visita ao local do risco para inspecioná-lo e, mediante relatório detalhado, tomar prévio conhecimento do mesmo para fins de aceitação e taxação, ou rejeição.

LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO: é o valor contratado pelo segurado para as coberturas do seguro. Corresponde ao valor máximo de indenização em caso de sinistro, não condicionado, entretanto, como prévio reconhecimento de que este venha ser liquidado pelo seu valor integral.

LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA: é o valor máximo de responsabilidade assumida pela seguradora pelo presente contrato de seguro, em um único sinistro ou série de sinistros.

PREJUÍZO: perda econômica ou financeira consequente diretamente de riscos cobertos.

PRÊMIO: é o valor pago à seguradora para o custeio do seguro para o período de cobertura contratado.

PROPONENTE: pessoa física ou jurídica que pretende fazer um seguro e que já firmou, para esse fim, a proposta.

RATEIO: É o cálculo da indenização previsto nos seguros a primeiro risco, que preveem uma participação proporcional do segurado nos prejuízos.

REGULAÇÃO DE SINISTRO: é a análise do sinistro avisado à seguradora, suas causas, natureza, gravidade, valores envolvidos e coberturas contratadas.

REINTEGRAÇÃO DE IMPORTÂNCIA SEGURADA: solicitação de recomposição do Limite Máximo de Garantia de uma cobertura, na mesma proporção em que foi reduzida em decorrência de sinistro indenizado.

REPRESENTANTE DE SEGUROS: é a pessoa jurídica que possui contrato com a seguradora, tendo poderes de representa-la na oferta e promoção de seus seguros aos clientes do representante.

RISCO: possibilidade de um acontecimento inesperado e externo, causador de danos materiais ou corporais que independe da vontade das partes. As características que definem o risco são: incerto e aleatório, possível, concreto, lícito, fortuito e quantificável.

ROUBO: é a subtração do bem segurado mediante grave ameaça ou violência à pessoa, ou ainda, a eliminação de resistência da mesma por qualquer meio.

SALVADOS: todos os remanescentes materiais de um sinistro ocorrido que pertencem à seguradora após a indenização do sinistro, devendo ser preservados pelo segurado.

SEGURO A PRIMEIRO RISCO: É a forma de contratação de seguro, que prevê em caso de eventual sinistro, se a indenização estará vinculada ou não à relação entre o Limite Máximo de Indenização e ao Valor em Risco dos bens segurados.

SEGURADO: pessoas físicas ou jurídicas que contratam o seguro, em seu benefício ou de terceiros, em relação às quais a seguradora, assume a responsabilidade dos riscos previstos no contrato do seguro.

SEGURADORA: é a empresa autorizada pela SUSEP a funcionar no Brasil como tal e que recebendo o prêmio, assume o risco e garante a indenização em caso de ocorrência de sinistro amparado pelo contrato de seguro.

SINISTRO: é a ocorrência do risco. O conjunto de danos corporais e materiais resultantes de um mesmo acontecimento são considerados como um único sinistro.

SUB-ROGAÇÃO: transferência, para a Seguradora, dos direitos e ações do Segurado contra o causador dos danos, até o limite do valor indenizado.

TERCEIRO: pessoa física ou jurídica que, envolvida num sinistro, não represente nenhuma das duas partes do contrato de seguro (segurado e seguradora) e que em virtude de uma relação indireta, pode nele aparecer como reclamante de benefícios ou como responsável pelo dano ocorrido. Não se incluem na definição de terceiro os ascendentes, descendentes, cônjuge ou parentes que dependam economicamente do segurado.

VALOR EM RISCO: É o valor a preços correntes de todos os bens existentes no local e na data do sinistro.

VIGÊNCIA DO SEGURO: período de validade da cobertura do bilhete.

VISTORIA DE SINISTRO: termo utilizado para definir ato do Segurador em realizar trabalho de visita ao local onde se encontram os bens sinistrados, a fim de apurar o montante dos prejuízos sofridos pelo Segurado pela efetivação do evento previsto e coberto no contrato de seguro.

CONDIÇÕES GERAIS
MICROSSEGURO DE PESSOAS

Processo SUSEP nº 15414.900713/2014-94

1. Objetivo do microseguro

1.1. O presente Microsseguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma importância, limitado ao valor do Capital Segurado contratado, ao Segurado ou a seu(s) beneficiário(s), caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, previstos nas coberturas constantes do clausulado abaixo, desde que contratadas pelo CORRESPONDENTE DE MICROSSEGUROS, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais, das Condições Especiais e do Bilhete.**

1.2. Público Alvo
Este produto tem por público alvo consumidores de baixa renda, legalmente capazes de adquirir um Microsseguro em um dos canais de distribuição da Seguradora, em território nacional.

1.3. As coberturas deste Microsseguro mencionadas abaixo são passíveis de contratação isolada ou obrigatoriamente conjunta, respeitadas as conjugações disponibilizadas pela Seguradora **e os riscos excluídos destas Condições Gerais**:

- **MA – Morte Acidental**
- **IPTA – Invalidez Permanente Total por Acidente**
- **DIH – Diárias por Internação Hospitalar**
- **DIT – Diárias por Incapacidade Temporária**
- **DMHO – Despesas Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas Decorrentes de Acidente Pessoal**
- **RF – Reembolso de Despesas com Funeral**

2. Conceito das coberturas

2.1. MA - Morte Acidental
Desde que contratada, consiste no pagamento do Capital Segurado ao(s) beneficiário(s) indicado(s) no bilhete, de uma única vez, em caso de morte do Segurado em decorrência de acidente pessoal coberto ocorrido durante o período de vigência do microsseguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais**.

2.2. IPTA - Invalidez Permanente Total por Acidente
Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado 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 **exceto se decorrente de riscos excluídos, observados as demais cláusulas destas Condições Gerais**.

2.2.1. Considera-se Invalidez Permanente Total por Acidente as ocorrências descritas abaixo:

- Perda total da visão de ambos os olhos
- Perda total do uso de ambos os membros superiores
- Perda total do uso de ambos os membros inferiores
- Perda total do uso de ambas as mãos
- Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior
- Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés
- Perda total do uso de ambos os pés
- Alienação mental total incurável

2.3. DIH – Diárias por Internação Hospitalar
Desde que contratada, consiste no pagamento de indenização proporcional ao período de

internação hospitalar do Segurado, limitado ao número máximo de diárias estabelecidos no subitem 2.3.3 ou, se for o caso, nas Condições Especiais e observadas a franquia e/ou carência, quando previstas, sendo vedada a estipulação de critérios de cálculo do Capital Segurado com base nas despesas hospitalares incorridas, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais**.

2.3.1. O valor de cada Diária será estabelecido no Contrato, não podendo ultrapassar o valor determinado no subitem 12.1.

2.3.2. A Franquia desta cobertura será de 02 (dois) dias, a partir da data de ocorrência do sinistro. Assim, a indenização somente será devida a partir do 3º dia de internação, inclusive.

2.3.3. O período coberto, por ocasião da Hospitalização prevista para esta cobertura, está limitado a 180 dias de Internação(ões), consecutivas ou não, decorrente(s) de um mesmo Acidente Pessoal coberto, considerando o período de 12 (doze) meses de vigência do Microsseguro Individual.

2.4. DIT - Diárias por Incapacidade Temporária
Desde que contratada esta cobertura, consiste no pagamento de indenização proporcional ao período em que o Segurado se encontrar sob tratamento médico que o impossibilite, de forma contínua e ininterrupta, a exercer sua profissão ou ocupação, observado o limite contratual máximo por evento, não podendo ultrapassar o valor determinado no subitem 12.1, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e observado o período de franquia bem como o disposto nestas Condições Gerais**.

2.4.1. O limite máximo de diárias para contratação será estipulado nas condições contratuais do microsseguro e não poderá ultrapassar 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, por evento, sendo que cada diária corresponderá a uma fração do valor da renda mensal contratada.

2.4.2. A franquia desta cobertura será de 15 (quinze) dias, a partir da data de ocorrência do Sinistro.

2.5. DMHO - Despesas Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas Decorrentes de Acidente Pessoal
Desde que contratada, consiste no reembolso, limitado ao Capital Segurado, de despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, realizado sob orientação e iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data de acidente pessoal coberto, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais**.

2.5.1. O valor da indenização prevista nesta cobertura não poderá, em hipótese alguma, ser superior aos efetivos gastos com as despesas médicas, hospitalares e odontológicas garantidas, ainda que haja vários Seguros contratados em diferentes Seguradoras.

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

2.6. RF – Reembolso de Despesas com Funeral
Desde que contratada, consiste no reembolso das despesas com o funeral do(s) Segurado(s), limitado ao valor do Capital Segurado.

2.6.1. A cobertura de reembolso de despesas com funeral poderá prever a possibilidade de substituição do reembolso pela prestação de serviços, mediante acordo entre as partes, garantido, pelo menos os seguintes benefícios:

I. Carro funerário: à disposição da família para o transporte do corpo do Segurado desde o local em que estivar até o local do velório e, depois, se for o caso, ao local do sepultamento, desde que dentro do mesmo município;
II. Coroa de flores: à disposição da família, confeccionada com flores da época, incluindo uma faixa de dizeres redigida pela própria família;

III. Ornamentação de urna: à disposição da família, flores da época para o interior da urna;
IV. Paramentos: de responsabilidade do serviço de assistência funeral, os castiçais e velas que acompanham a urna bem como os aparelhos de ozona;
V. 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;
VI. Sepultamento: de responsabilidade do serviço de assistência funeral, incluindo o pagamento das respectivas taxas relacionadas ao sepultamento nas modalidades municipal ou particular;
VII. Caixão: de responsabilidade do serviço de assistência funeral, o pagamento das despesas relacionadas à aquisição da urna funerária;
VIII. Representante da prestadora de serviços: pessoa designada pela prestadora de serviço, responsável por providenciar todos os documentos necessários ao encaminhamento do sepultamento junto à funerária, tomando todas as medidas necessárias à realização do funeral, podendo solicitar o acompanhamento do membro da família, caso necessário.

3. Riscos excluídos

3.1. Todas as Coberturas
Estão expressamente excluídos de todas as Coberturas deste Microsseguro os eventos ocorridos em consequência:

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 Seguradora e serem de conhecimento do Segurado Principal ou dependente, não foram declaradas quando da contratação/adesão do Microsseguro;
c) Suicídio ou sequelas decorrentes da sua tentativa, caso ocorram nos dois primeiros anos de vigência da cobertura;
d) Epidemias ou pandemias declarada por órgão competente;
e) 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.

3.2. Além dos riscos mencionados no subitem 3.1, estão expressamente excluídos das coberturas que garantam exclusivamente eventos decorrentes de Acidente Pessoal:

a) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;
b) Acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
c) Acidentes sofridos antes da contratação do Microsseguro, ainda que suas sequelas tenham se manifestado durante sua vigência; e
d) Cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto.

3.3. Despesas Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas decorrentes de acidente pessoal (DMHO):
Além dos riscos mencionados no subitem 3.1, estão expressamente excluídos da cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas decorrentes de acidente pessoal (DMHO) as despesas decorrentes de:

a) Estados de convalescença, após alta médica.

4. Carência

4.1. Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

4.2. A carência de um plano de Microsseguro poderá ser pelo prazo máximo de 02 (dois) anos e não poderá exceder a metade do prazo de vigência.

4.3. Não haverá carência para os casos de transferência dos Segurados de outra para esta Seguradora, exclusivamente para os Segurados que participavam do Microsseguro.

5. Franquia

5.1. A cobertura de Diária por Incapacidade Temporária (DIT) e Diária por Internação Hospitalar (DIH) estão sujeitas ao período de franquia definido na descrição nas respectivas coberturas.

6. Âmbito territorial de cobertura

6.1. O presente Microsseguro cobre os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, desde que não sejam caracterizados como risco excluído.

6.2. As eventuais indenizações serão pagas sempre no Brasil e em moeda corrente nacional.

7. Canal de distribuição

Este produto será comercializado através da rede de lojas/pontos de vendas do Correspondente de Microsseguros, que também manterá contrato de Representante de Seguros com a Seguradora.

8. Forma de contratação

8.1. O Plano de Microsseguro será ofertado pelo Correspondente de Microsseguros, sendo a contratação feita de forma opcional, mediante a emissão de Bilhete de Microsseguro.

9. Cessão de direito de título de capitalização

9.1. Os planos de Microsseguro poderão contemplar o direito a sorteios de títulos de capitalização.

9.2. O direito aos sorteios estará vinculado ao período de vigência do Microsseguro.

10. Da vigência do Microsseguro

10.1. O critério do início e término de vigência de cada Segurado será definido no Bilhete de Microsseguros, observado o período mínimo de 01 (um) mês de vigência.

10.2. O início e término de vigência individual de Microsseguro serão definidos no Bilhete de Microsseguros, iniciando-se sempre a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de pagamento do Prêmio do Microsseguro.

11. Beneficiários

11.1. Indicação
O Segurado deverá indicar livremente seus Beneficiários no Bilhete de Seguros, ressalvadas as restrições legais, devendo fazê-lo por escrito à Seguradora.

11.2. Alteração de Beneficiários
O Segurado poderá, a qualquer tempo e por escrito, alterar a indicação de Beneficiários mediante manifestação por escrito à Seguradora.

11.2.1. Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários de que a Seguradora tenha conhecimento.

11.3. No caso das coberturas de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Diária por Incapacidade Temporária (DIT), Diária por Internação Hospitalar (DIH) e Despesas Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas decorrentes de acidente pessoal (DMHO), previstas nestas

Condições Gerais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

12. Capitais segurados

12.1. Os valores de limite dos Capitais Segurados para as coberturas de Microsseguro, deverão obedecer aos seguintes limites máximos individuais por cobertura, conforme discriminado:

- **MA – Morte Acidental: R$ 24.000,00 (vinte e quatro mil reais)**
- **IPTA – Invalidez Permanente Total por Acidente: R$ 24.000,00 (vinte e quatro mil reais)**
- **DMHO – Despesas Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas decorrentes de Acidente Pessoal: R$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais)**
- **DIH – Diária por Internação Hospitalar: diárias de R$ 50,00 (cinquenta reais)**
- **DIT – Diárias por Incapacidade Temporária: diárias de R$ 50,00 (cinquenta reais)**
- **Reembolso de Despesas com Funeral: R$ 4.000,00 (quatro mil reais)**

12.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado:

a) Nas Coberturas de Morte Acidental (MA), de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Despesas Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas decorrente de acidente pessoal (DMHO), a data do acidente;
b) Na Cobertura Reembolso de Despesas com Funeral (RF) a data do óbito;
c) Na Cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária (DIT), a data do afastamento;
d) Na Cobertura de Diária por Internação Hospitalar (DIH), a data da internação.

13. Prêmio do Microsseguro

13.1. A forma de pagamento do Microsseguro poderá ser Mensal ou Único, conforme acordado no Contrato entre o Correspondente de Microsseguros e a Seguradora, e informado no Bilhete de Microsseguros.

13.2. Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento integral do Microsseguro houver sido feito, no máximo até a data limite prevista para esse fim. Caso a data limite para o pagamento caia em dia em que não haja expediente bancário, o Microsseguro poderá ser pago no primeiro dia subsequente em que haja referido expediente.

13.2.1. O recolhimento do Prêmio do Microsseguro pelo Correspondente de Microsseguros, em nome da Seguradora poderá ser realizado por meio de procedimentos de carnês, boletos, faturas de cartões de crédito, desde que devidamente previsto no respectivo plano de Microsseguro, e o valor destinado ao Prêmio do Microsseguro, esteja perfeitamente identificado, assim como a data e a forma da correspondente quitação.

13.2.2. A data limite para pagamento do Prêmio do Microsseguro não poderá ultrapassar o dia especificado no Bilhete de Microsseguros.

13.3. Os Prêmio individuais do Microsseguro, desde que tenham sido recebidos pelo Correspondente de Microsseguro, ainda que este não tenha repassado para a Seguradora, a mesma ficará responsável pelo pagamento de indenizações que venham a ser devidas em razão de sinistros ocorridos até o cancelamento do Contrato, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal da Correspondente de Microsseguros.

13.4. Este Microsseguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate do Prêmio do Microsseguro.

13.5. No caso de resilição total ou parcial do Microsseguro, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer uma das partes e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá o Prêmio do Microsseguro recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

14. Atraso no pagamento do prêmio do Microsseguro

14.1. A falta de pagamento de qualquer parcela do Prêmio mensal no prazo estabelecido no Bilhete de Microsseguro acarretará a suspensão imediata e automática de todas as coberturas, a partir da data do início do período de cobertura da respectiva parcela pendente, perdendo o Segurado ou seus beneficiários direito ao recebimento de qualquer Capital ou indenização decorrente de sinistro ocorrido no período de suspensão.

14.2. O Microsseguro poderá ser reabilitado, antes de seu cancelamento, mediante o pagamento da parcela do 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.**

15. O cancelamento do Microsseguro por falta de pagamento

15.1. O **Segurado em atraso com o pagamento dos Prêmios do Microsseguro será notificado da suspensão das coberturas, e cientificado de que o não pagamento de três parcelas consecutivas acarretará o cancelamento automático, não havendo direito à indenização em caso de sinistro ocorrido no período de inadimplência.**

15.2. Quando houver suspensão de coberturas, somente será admitida uma única reabilitação. Assim, após a reabilitação, havendo novo atraso no pagamento de qualquer das parcelas do Microsseguro, este Microsseguro estará automaticamente cancelado.

15.3. Caso o Segurado fique em atraso com 03 (três) parcelas consecutivas, o Segurado será automaticamente cancelado, não havendo direito à indenização em caso de sinistro ocorrido no período de inadimplência.

16. Cancelamento por arrependimento do segurado

16.1. O Segurado poderá desistir do Microsseguro contratado no prazo de 07 (sete) dias corridos a contar da emissão do Bilhete de Microsseguro, pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízo de outros meios disponibilizados.

16.2. A Seguradora ou seu Representante fornecerá ao Segurado a confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento, sendo proibida, a partir desse momento, qualquer possibilidade de cobrança.

16.3. Caso o Segurado exerça o direito de arrependimento, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, serão devolvidos, de imediato.

16.4. A devolução a que se refere o subitem 16.3 será realizada pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do Microsseguro, sem prejuízo de outros meios ou formas disponibilizados pela Seguradora, desde que expressamente aceito pelo Segurado.

17. Atualização do capital segurado e dos prêmios do Microsseguro

17.1. Para os Microsseguros com vigência superior a 01 (um) ano, o valor do Capital Segurado e dos Prêmios do Microsseguro serão corrigidos anualmente com base na variação positiva do IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou caso este seja extinto, pelo índice que vier a substituí-lo, apurado entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

17.2. O índice e a periodicidade de correção poderão ser alterados por lei ou por determinação da SUSEP (Superintendência de Seguros Privados).

18. Procedimentos em caso de sinistros

Ocorrendo o Sinistro, desde que o Microsseguro não esteja cancelado, a cobertura suspensa ou o

evento previsto como Risco Excluído, este deverá ser comunicado imediatamente à Seguradora, por fax, telegrama, telex, carta, e-mail ou qualquer meio disponível no momento.

18.1. Em seguida deverá ser encaminhada a **documentação relacionada adiante**, de acordo com a Cobertura **junto com o formulário Aviso de Sinistro**, totalmente preenchido e assinado pelos Beneficiários. Estes documentos são imprescindíveis para análise do Sinistro, sem prejuízo de outros que se façam necessários, caso haja dúvida fundada e justificável, dada a especificidade do caso concreto e que poderão ser solicitados pela Seguradora.

18.2. Os valores devidos em razão de sinistros cobertos serão pagos no prazo máximo de 10 (dez dias), contados da apresentação de todos os documentos necessários à liquidação, constantes no subitem 18.3 destas Condições.

18.2.1. Caso a cobertura de reembolso das despesas com funeral seja substituída pela prestação de serviços de assistência funeral, os benefícios mínimos previstos para esta cobertura deverão estar à disposição da família do Segurado no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas a partir do horário de protocolo de comunicação da ocorrência da morte do Segurado à Seguradora.

18.2.2. Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar outros documentos além daqueles estabelecidos nesta cláusula, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo de 10 (dez) dias previsto no subitem 18.2 será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

18.2.3. Na hipótese do não cumprimento do prazo estabelecido nos itens 18.2 e 18.2.1, os juros moratórios contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, serão equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional.

18.2.3.1. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

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

18.3. Documentação para REGULAÇÃO de Sinistros

18.3.1. Para a Cobertura de Morte Acidental:

a) Aviso de Sinistro;
b) Certidão de Óbito do Segurado;
c) Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;
d) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado, e;
e) Documento de Identificação do(s) beneficiário(s).

18.3.2. Para as Coberturas de Invalidez Permanente Total por Acidente:

a) Aviso de Sinistro;
b) Documento de Identificação do Segurado;
c) Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;
d) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), na hipótese do Sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado;
e) Relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas, diagnósticos necessários e a data da invalidez.

18.3.3. Para a Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas Decorrentes de Acidente:

a) Aviso de Sinistro;
b) Documento de Identificação do Segurado;
c) Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;
d) Notas Fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas pelo Segurado;
e) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado, e;
f) Relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas e diagnósticos necessários.

18.3.4. Para a Cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária:

a) Aviso de Sinistro;
b) Documento de Identificação do Segurado;
c) Exames realizados que comprovem a incapacidade temporária e atestado médico confirmando o afastamento profissional;
d) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado;
e) Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;
f) Cópia Autenticada do documento que comprove a atividade autônoma, podendo ser: última declaração do Imposto de Renda, ou Recibo de Pagamento de Autônomo, ou Carnê Leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada, ou Comprovante, dos últimos 03 (três) meses anteriores a data da ocorrência do sinistro, do pagamento do INSS, acrescido do documento que comprove a atividade.

18.3.5. Para a cobertura de Diárias por Internação Hospitalar:

a) Aviso de Sinistro;
b) Documento de Identificação do Segurado;
c) Relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas e diagnósticos necessários.

18.3.6. Para a cobertura de Reembolso de Despesas com Funeral:

a) Aviso de Sinistro;
b) Certidão de Óbito do Segurado;
c) Notas Fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas com o funeral do Segurado, e;
d) Documento de Identificação daquele(s) que realizar(em) as despesas.

19. Cessação de cobertura e cancelamento do Microsseguro individual

19.1. Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do Microsseguro individual:

a) Com a morte ou Invalidez TOTAL e permanente do Segurado;
b) Por solicitação do Segurado, mediante comunicação por escrito;
c) Automaticamente se o Segurado, seus prepostos, seus dependentes ou seus beneficiários agirem com dolo, culpa grave, ou cometerem fraude no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato;
d) Pela inobservância das obrigações convencionadas no Microsseguro, por parte do Segurado, seus beneficiários ou prepostos, inclusive quanto ao pagamento do Prêmio do Microsseguro;
e) Automaticamente se houver inexatidão ou omissão nas declarações do Segurado e/ou Correspondente de Microsseguros ou seu corretor de Microsseguro no ato da contratação e/ou durante a vigência do Bilhete de Microsseguros.

20. Perda do direito à indenização

20.1. A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente Microsseguro, caso haja por parte do Segurado:

a) Inobservância das obrigações convencionadas neste Microsseguro;
b) Fraude ou tentativa de fraude comprovada simulando sinistro ou agravando suas consequências;
c) Dolo, fraude, simulação ou culpa grave para obter ou majorar a indenização;
d) Inobservância do artigo 768 do Código Civil, que dispõe que o Segurado perderá o direito à cobertura do Microsseguro se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato;
e) Não fornecimento da documentação solicitada.

21. Material de divulgação

A propaganda e a promoção do Microsseguro, por parte Correspondente de Microsseguros, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as Condições Contratuais e as normas do Microsseguro.

22. Disposições gerais

22.1. O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os Prêmios do Microsseguro ou Capital Segurado, deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.

22.2. O registro deste plano na SUSEP – Superintendência de Seguros Privados não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

22.3. As Condições Contratuais / Regulamento deste produto encontram-se registradas na Susep de acordo com o número de processo constante no Contrato / Bilhete de Microsseguros e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br.

23. Prescrição

Qualquer direito do Segurado, ou do beneficiário, com fundamento no presente Microsseguro, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

24. Do Foro

O foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente Microsseguro será, sempre, o do domicílio do Segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

25. Glossário

25.1. Acidente Pessoal
É o evento com data caracterizada e perfeitamente conhecida, exclusiva e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física que por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial do Segurado, a sua incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando que:

25.1.1. Incluem-se nesse conceito:

a) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
b) Os acidentes decorrentes de ação de temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
c) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
d) Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
e) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de

origem traumática.

25.1.2. Excluem-se desse conceito:

a) **As doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
b) **As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
c) **As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesões por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Continuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico–científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e,**
d) **As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no subitem 25.1, acima.**

25.2. Beneficiários
São as pessoas físicas ou jurídicas designadas para receber o Capital Segurado na hipótese de sinistro com o Segurado.

25.3. Bilhete de Microsseguro
É o documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo Segurado, substitui a apólice individual e dispensa o preenchimento de Proposta, nos termos da legislação específica.

25.4. Capital Segurado
Pagamento a ser efetuado ao assistido ou beneficiário, sob a forma de pagamento único.

25.5. Carência
É o período de tempo ininterrupto, cotado a partir do início de vigência do Microsseguro individual, durante o qual o segurado permanece no Microsseguro sem ter direito às coberturas contratadas, sem prejuízo do pagamento dos Prêmios do Microsseguro individual.

25.6. Carregamento
É o percentual incidente sobre os Prêmios do Microsseguro pagos destinado a atender às despesas administrativas e de comercialização do Microsseguro.

25.7. Condições Gerais
Conjunto de Cláusulas, comuns a todas as modalidades e/ou coberturas de um plano de seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes.

25.8. Correspondente de Microsseguro
Pessoa jurídica que atua por conta e sob as diretrizes da Seguradora na oferta e promoção de planos de Microsseguros.

25.9. Corretor de Microsseguros
Profissional habilitado e autorizado a angariar e promover Contratos de Seguros, remunerado mediante comissões estabelecidas nas tarifas. (Circular SUSEP 354/07). O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de Microsseguros no site www.susep.gov.br, por meio do seu número de registro na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados), nome completo, CNPJ ou CPF.

25.10. Prêmio do Microsseguro
É o valor a ser pago à Seguradora em contraprestação às coberturas contratadas. Cada cobertura

determinará a cobrança de um Prêmio correspondente.

25.11. Evento Coberto
Toda e qualquer ocorrência ou acontecimento decorrente de uma mesma causa passível de ser garantido por uma apólice de seguro.

25.12. Franquia
Quantia fixa, definida na apólice, que, em caso de sinistro, representa a parte do prejuízo apurado que poderá deixar de ser paga pela seguradora, dependente das disposições do contrato.

25.13. Indenização
É o valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura contratada.

25.14. Regime Financeiro de Repartição Simples
É aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados neste mesmo período.

25.15. Correspondente de Microsseguros
É a pessoa jurídica que possui contrato com a Seguradora, tendo poderes de representa-la na oferta e promoção de seus Microsseguros aos clientes do Representante.

25.16. Segurados, Cônjuge e Filhos
São as pessoas físicas, que contratam o Microsseguro, em seu benefício ou de terceiros, em relação às quais a Seguradora, assume a responsabilidade dos riscos previstos no contrato do Microsseguro.

25.17. Seguradora
É a sociedade devidamente autorizada a comercializar Microsseguros, que, mediante o recebimento do respectivo Prêmio do Microsseguro garante os riscos previstos no contrato.

25.18. Sinistro
Ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de Seguro.

I – MICROSSEGURO DE PESSOAS
CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA MORTE ACIDENTAL – MA

1. Objetivo da cobertura

1.1. Desde que contratada garante ao(s) beneficiários(s) o pagamento do Capital Segurado Individual contratado para esta cobertura conforme estabelecido no item 12 das Condições Gerais, em caso de morte do Segurado causada, **exclusivamente**, por acidente pessoal coberto pelo Microsseguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Bilhete de Microsseguros**.

2. Conceito das coberturas

2.1. MA - Morte Acidental
Desde que contratada, consiste no pagamento do Capital Segurado ao(s) beneficiário(s) indicado(s) no Bilhete de Microsseguro, de uma única vez, em caso de morte do Segurado em decorrência de acidente pessoal coberto ocorrido durante o período de vigência do Microsseguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais**.

2.2. A cobertura de MA - Morte Acidental é passível de contratação isolada ou conjunta, respeitadas as conjugações disponibilizadas pela Seguradora **e os riscos excluídos das Condições Gerais**.

3. Riscos excluídos

3.1. Todas as Coberturas.

Estão expressamente excluídos de todas as Coberturas deste Microsseguro os eventos ocorridos em consequência:

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 Seguradora e serem de conhecimento do Segurado Principal ou dependente, não foram declaradas quando da contratação/adesão do Microsseguro;
c) Suicídio ou sequelas decorrentes da sua tentativa, caso ocorram nos dois primeiros anos de vigência da cobertura;
d) Epidemias ou pandemias declarada por órgão competente;
e) 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.

3.2. Além dos riscos mencionados no subitem 3.1, estão expressamente excluídos das coberturas que garantam exclusivamente eventos decorrentes de Acidente Pessoal:

a) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;
b) Acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
c) Acidentes sofridos antes da contratação do Microsseguro, ainda que suas sequelas tenham se manifestado durante sua vigência; e
d) Cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto.

4. Carência

4.1. Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

4.2. A carência de um plano de Microsseguro poderá ser pelo prazo máximo de 02 (dois) anos e não poderá exceder a metade do prazo de vigência.

5. Âmbito territorial de cobertura

5.1. O presente Microsseguro cobre os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, desde que não sejam caracterizados como risco excluído.

6. Capitais segurados

6.1. O limite do Capital Segurado para as coberturas de Microsseguro, deverá obedecer os limites máximos individuais por cobertura, conforme discriminado:

- **MA – Morte Acidental: R$ 24.000,00 (vinte e quatro mil reais)**

6.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado:

a) Nas Coberturas de Morte Acidental (MA), a data do acidente.

7. Ocorrência do sinistro

7.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 18 das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos abaixo:

7.1.1. Documentação Básica para regulação de Sinistros

a) Aviso de Sinistro;
b) Certidão de Óbito do Segurado;
c) Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;
d) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado, e;
e) Documento de Identificação do(s) beneficiário(s).

7.2. Os valores devidos em razão de sinistros cobertos, serão pagos no prazo máximo de 10 (dez) dias, contados da apresentação de todos os documentos necessários à liquidação, constantes no subitem 7.1.1 desta Condição Especial.

II – MICROSSEGURO DE PESSOAS
CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE - IPTA

1. Objetivo da cobertura

1.1. Desde que contratada garante ao(s) beneficiários(s) o pagamento do Capital Segurado Individual contratado para esta cobertura conforme estabelecido no item 12 das Condições Gerais, em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente causada, por acidente pessoal coberto pelo Microsseguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Bilhete de Microsseguros**.

2. Conceito da cobertura

2.1. Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado 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 **exceto se decorrente de riscos excluídos, observados as demais cláusulas destas Condições Gerais**.

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Microsseguro.

2.1.1. Considera-se Invalidez Permanente Total por Acidente as ocorrências descritas abaixo:

- Perda total da visão de ambos os olhos
- Perda total do uso de ambos os membros superiores
- Perda total do uso de ambos os membros inferiores
- Perda total do uso de ambas as mãos
- Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior
- Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés
- Perda total do uso de ambos os pés
- Alienação mental total incurável

2.5. A cobertura de IPTA – Invalidez Permanente Total por Acidente é passível de contratação isolada ou conjunta, respeitadas as conjugações disponibilizadas pela Seguradora **e os riscos excluídos das Condições Gerais**.

3. Riscos excluídos

3.1. Todas as Coberturas

Estão expressamente excluídos de todas as Coberturas deste Microsseguro os eventos ocorridos em consequência:

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 Seguradora e serem de conhecimento do Segurado Principal ou dependente, não foram declaradas quando da contratação/adesão do Microsseguro;

c) Suicídio ou sequelas decorrentes da sua tentativa, caso ocorram nos dois primeiros anos de vigência da cobertura;

d) Epidemias ou pandemias declarada por órgão competente;

e) 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.

3.2. Além dos riscos mencionados no subitem 3.1, estão expressamente excluídos das coberturas que garantam exclusivamente eventos decorrentes de Acidente Pessoal:

a) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;

b) Acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

c) Acidentes sofridos antes da contratação do Microsseguro, ainda que suas sequelas tenham se manifestado durante sua vigência; e

d) Cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto.

4. Âmbito territorial de cobertura

4.1. O presente Microsseguro cobre os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, desde que não sejam caracterizados como risco excluído.

5. Carência

5.1. Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

5.2. A carência de um plano de Microsseguro poderá ser pelo prazo máximo de 02 (dois) anos e não poderá exceder a metade do prazo de vigência.

6. Capitais segurados

6.1. O limite do Capital Segurado para as coberturas de Microsseguro, deverá obedecer aos limites máximos individuais por cobertura, conforme discriminado:

- **IPTA – Invalidez Permanente Total por Acidente: R$ 24.000,00 (vinte e quatro mil reais)**

6.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado:

a) Nas Coberturas de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) a data do acidente.

7. Ocorrência do sinistro

7.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 18 das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos abaixo:

7.1.1. Documentação Básica para Liquidação de Sinistros

a) Aviso de Sinistro;
b) Documento de Identificação do Segurado;

c) Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;
d) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), na hipótese do Sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado;
e) Relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas, diagnósticos necessários e a data da invalidez.

7.2. Os valores devidos em razão de sinistros cobertos, serão pagos no prazo máximo de 10 (dez) dias, contados da apresentação de todos os documentos necessários à liquidação, constantes no subitem 7.1.1 desta Condição Especial.

III – MICROSSEGURO DE PESSOAS
CONDIÇÕES ESPECIAIS – DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR - DIH

1. Objetivo da cobertura

1.1. Desde que contratada garante ao(s) beneficiários(s) o pagamento de uma indenização correspondente ao número de diárias utilizadas pelo Segurado conforme estabelecido no item 12 das Condições Gerais, em caso de Internação Hospitalar causada, por acidente pessoal coberto pelo Microsseguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Bilhete de Microsseguros**.

2. Conceito da cobertura

Desde que contratada, consiste no pagamento de indenização proporcional ao período de internação hospitalar do Segurado, limitado ao número máximo de diárias estabelecidos no item 2.3 ou, se for o caso, nas Condições Especiais e observadas a franquia e/ou carência, quando previstas, sendo vedada a estipulação de critérios de cálculo do Capital Segurado com base nas despesas hospitalares incorridas, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.**

2.1. O valor de cada Diária será estabelecido no Contrato.

2.2. A Franquia desta cobertura será de 02 (dois) dias, a partir da data de ocorrência do sinistro. Assim, a indenização somente será devida a partir do 3º dia de internação, inclusive.

2.3. O período coberto, por ocasião da Hospitalização prevista para esta cobertura, está limitado a 180 dias de Internação(ões), consecutivas ou não, decorrente(s) de um mesmo Acidente Pessoal coberto, considerando o período de 12 (doze) meses de vigência do Microsseguro individual.

2.4. A cobertura de DIH – Diária por Internação Hospitalar é passível de contratação isolada ou conjunta, respeitadas as conjugações disponibilizadas pela Seguradora **e os riscos excluídos das Condições Gerais**.

2.5. 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.

3. Riscos excluídos

3.1. Todas as Coberturas

Estão expressamente excluídos de todas as Coberturas deste Microsseguro os eventos ocorridos em consequência:

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 Seguradora e serem de conhecimento do Segurado Principal ou dependente, não foram declaradas quando da

contratação/adesão do Microsseguro;

c) Suicídio ou sequelas decorrentes da sua tentativa, caso ocorram nos dois primeiros anos de vigência da cobertura;

d) Epidemias ou pandemias declarada por órgão competente;

e) 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.

3.2. Além dos riscos mencionados no subitem 3.1, estão expressamente excluídos das coberturas que garantam exclusivamente eventos decorrentes de Acidente Pessoal:

a) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;

b) Acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

c) Acidentes sofridos antes da contratação do Microsseguro, ainda que suas sequelas tenham se manifestado durante sua vigência; e

d) Cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto.

4. Âmbito territorial de cobertura

4.1. O presente Microsseguro cobre os eventos ocorridos em qualquer parte do Território Nacional Brasileiro, 24 (vinte e quatro) horas por dia, desde que não sejam caracterizados como risco excluído.

5. Carência

5.1. Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

5.2. A carência de um plano de Microsseguro poderá ser pelo prazo máximo de 02 (dois) anos e não poderá exceder a metade do prazo de vigência.

6. Franquia

6.1. A cobertura de Diária por Internação Hospitalar (DIH) está sujeita ao período de franquia definido na descrição da respectiva cobertura e no Bilhete de Microsseguros, a contar da data de caracterização do evento, conforme determinado no subitem 2.2 desta Condição Especial.

7. Capitais segurados

7.1. O limite do Capital Segurado para as coberturas de Microsseguro, deverá obedecer os limites máximos individuais por cobertura, conforme discriminado:

- **DIH – Diária por Internação Hospitalar: diárias de R$ 50,00 (cinquenta reais)**

7.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado:

a) Na Cobertura de Diária por Internação Hospitalar a data da internação.

8. Ocorrência do sinistro

8.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 18 das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos abaixo:

8.1.1. Documentação Básica para Liquidação de Sinistros

a) Aviso de Sinistro;
b) Documento de Identificação do Segurado;
c) Relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas e diagnósticos necessários.

8.2. Os valores devidos em razão de sinistros cobertos, serão pagos no prazo máximo de 10 (dez) dias, contados da apresentação de todos os documentos necessários à liquidação, constantes no subitem 8.1.1 desta Condição Especial.

IV – MICROSSEGURO DE PESSOAS
CONDIÇÕES ESPECIAIS – DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E/OU ODONTOLÓGICAS DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL- DMHO

1. Objetivo da cobertura

1.1. Desde que contratada garante ao(s) beneficiários(s) o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado conforme estabelecido no item 12 das Condições Gerais, em caso de Internação Hospitalar causada, por acidente pessoal coberto pelo Microsseguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Bilhete de Microsseguros**.

2. Conceito da cobertura

Desde que contratada, consiste no reembolso, limitado ao Capital Segurado, de despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, realizado sob orientação e iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data de acidente pessoal coberto, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais**.

2.1. O valor da indenização prevista nesta cobertura não poderá, em hipótese alguma, ser superior aos efetivos gastos com as despesas médicas, hospitalares e odontológicas garantidas, ainda que haja vários Microsseguros contratados em diferentes Seguradoras.

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

2.3. A cobertura de DMHO – Despesas Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas decorrente de acidente pessoal é passível de contratação isolada ou conjunta, respeitadas as conjugações disponibilizadas pela Seguradora **e os riscos excluídos das Condições Gerais**.

3. Riscos excluídos

3.1. Todas as Coberturas.

Estão expressamente excluídos de todas as Coberturas deste Microsseguro os eventos ocorridos em consequência:

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 Seguradora e serem de conhecimento do Segurado Principal ou dependente, não foram declaradas quando da contratação/adesão do Microsseguro;
c) Suicídio ou sequelas decorrentes da sua tentativa, caso ocorram nos dois primeiros anos de vigência da cobertura;
d) Epidemias ou pandemias declarada por órgão competente;
e) 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.

3.2. Além dos riscos mencionados no subitem 3.1, estão expressamente excluídos das coberturas que garantam exclusivamente eventos decorrentes de Acidente Pessoal:

a) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;

b) Acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

c) Acidentes sofridos antes da contratação do Microsseguro, ainda que suas sequelas tenham se manifestado durante sua vigência; e

d) Cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto.

Além dos riscos mencionados nos itens 3.1 e 3.2, estão expressamente excluídos da cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) as despesas decorrentes de:

a) Estados de convalescença, após alta médica.

4. Âmbito territorial de cobertura

4.1. O presente Microsseguro cobre os eventos ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre, desde que não sejam caracterizados como risco excluído.

5. Carência

5.1. Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

5.2. A carência de um plano de Microsseguro poderá ser pelo prazo máximo de 02 (dois) anos e não poderá exceder a metade do prazo de vigência.

6. Capitais segurados

6.1. O limite do Capital Segurado para as coberturas de Microsseguro, deverá obedecer os limites máximos individuais por cobertura, conforme discriminado:

- **DMHO – Despesas Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas decorrente de acidente pessoal: R$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais)**

6.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado:

a) Na Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas decorrente de acidente pessoal a data do acidente.

7. Ocorrência do sinistro

7.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 18 das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos abaixo:

7.1.1. Documentação Básica para Liquidação de Sinistros

a) Aviso de Sinistro;

b) Documento de Identificação do Segurado;

c) Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;
d) Notas Fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas pelo Segurado;
e) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado, e;
f) Relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas e diagnósticos necessários.

7.2. Os valores devidos em razão de sinistros cobertos, serão pagos no prazo máximo de 10 (dez) dias, contados da apresentação de todos os documentos necessários à liquidação, constantes no subitem 7.1.1 desta Condição Especial.

V – MICROSSEGURO DE PESSOAS
CONDIÇÕES ESPECIAIS – DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA - DIT

1. Objetivo da cobertura

1.1. Desde que contratada garante ao(s) beneficiários(s) o pagamento de uma indenização correspondente a cada dia de afastamento, o valor da diária contratado, **até o limite máximo de diárias estabelecido no Contrato, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Bilhete de Microsseguros**.

2. Conceito da cobertura

Desde que contratada esta cobertura, consiste no pagamento de indenização proporcional ao período em que o Segurado se encontrar sob tratamento médico que o impossibilite, de forma contínua e ininterrupta, a exercer sua profissão ou ocupação, observado o limite contratual máximo por evento, não podendo ultrapassar o valor determinado no item 12, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e observado o período de franquia bem como o disposto nestas Condições Gerais**.

2.1. O limite máximo de diárias para contratação será estipulado nas condições contratuais do bilhete de Microsseguro e não poderá ultrapassar 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, por evento, sendo que cada diária corresponderá a uma fração do valor da renda mensal contratada.

2.2. A franquia desta cobertura será de 15 (quinze) dias, a partir da data de ocorrência do Sinistro.

2.3. A cobertura de DIT – Diária por Incapacidade Temporária é passível de contratação isolada ou conjunta, respeitadas as conjugações disponibilizadas pela Seguradora **e os riscos excluídos das Condições Gerais**.

3. Riscos excluídos

3.1. Todas as Coberturas

Estão expressamente excluídos de todas as Coberturas deste Microsseguro os eventos ocorridos em consequência:

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 Seguradora e serem de conhecimento do Segurado Principal ou dependente, não foram declaradas quando da contratação/adesão do Microsseguro;
c) Suicídio ou sequelas decorrentes da sua tentativa, caso ocorram nos dois primeiros anos de vigência da cobertura;
d) Epidemias ou pandemias declarada por órgão competente;
e) 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.

3.2. Além dos riscos mencionados no subitem 3.1, estão expressamente excluídos das coberturas que garantam exclusivamente eventos decorrentes de Acidente Pessoal:

a) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;

b) Acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

c) Acidentes sofridos antes da contratação do Microsseguro, ainda que suas sequelas tenham se manifestado durante sua vigência; e

d) Cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto.

4. Âmbito territorial de cobertura

4.1. O presente Microsseguro cobre os eventos ocorridos em qualquer parte do Território Nacional Brasileiro, 24 (vinte e quatro) horas por dia, desde que não sejam caracterizados como risco excluído.

5. Carência

5.1. Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

5.2. A carência de um plano de Microsseguro poderá ser pelo prazo máximo de 02 (dois) anos e não poderá exceder a metade do prazo de vigência.

6. Franquia

6.1. A cobertura de Diária por Incapacidade Temporária (DIT) está sujeita ao período de franquia definido no Bilhete de Microsseguros, a contar da data de caracterização do evento, conforme determinado no subitem 2.2 desta Condição Especial.

7. Capitais segurados

7.1. O limite do Capital Segurado para as coberturas de Microsseguro, deverá obedecer os limites máximos individuais por cobertura, conforme discriminado:

- **DIT – Diárias por Incapacidade Temporária: diárias de R$ 50,00 (cinquenta reais)**

7.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado:

a) Na Coberturas de Diárias por Incapacidade Temporária a data da internação.

8. Ocorrência do sinistro

8.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 18 das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos abaixo:

8.1.1. Documentação Básica para Liquidação de Sinistros

a) Aviso de Sinistro;
b) Documento de Identificação do Segurado;
c) Exames realizados que comprovem a incapacidade temporária e atestado médico confirmando

o afastamento profissional;

d) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado;

e) Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;

f) Cópia Autenticada do documento que comprove a atividade autônoma, podendo ser: última declaração do Imposto de Renda, ou Recibo de Pagamento de Autônomo, ou Carnê Leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada, ou Comprovante, dos últimos 03 (três) meses anteriores a data da ocorrência do sinistro, do pagamento do INSS, acrescido do documento que comprove a atividade.

8.2. Os valores devidos em razão de sinistros cobertos, serão pagos no prazo máximo de 10 (dez) dias, contados da apresentação de todos os documentos necessários à liquidação, constantes no subitem 8.1.1 desta Condição Especial.

VI – MICROSSEGURO DE PESSOAS
CONDIÇÕES ESPECIAIS – REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL – RF

1. Objetivo da cobertura

1.1. Desde que contratada garante ao(s) beneficiários(s) o pagamento do Capital Segurado Individual contratado para esta cobertura conforme estabelecido no item 12 das Condições Gerais, em caso de morte do Segurado causada, **exclusivamente**, por acidente pessoal coberto pelo Microsseguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Bilhete de Microsseguros**.

2. Conceito das coberturas

2.1. RF – Reembolso de despesas com funeral

Desde que contratada, consiste no reembolso das despesas com o funeral do(s) Segurado(s), limitado ao valor do Capital Segurado.

2.1.1. A cobertura de reembolso de despesas com funeral poderá prever a possibilidade de substituição do reembolso pela prestação do serviço, mediante acordo entre as partes, garantindo, pelo menos, os seguintes benefícios:

I. Carro funerário: à disposição da família para o transporte do corpo do Segurado desde o local em que estiver até o local o local do velório e, depois, se for o caso, ao local do sepultamento, desde que dentro do mesmo município;
II. Coroa de flores: à disposição da família, confeccionada com flores da época, incluindo uma faixa de dizeres redigida pela própria família;
III. Ornamentação de urna: à disposição da família, flores da época para o interior da urna;
IV. Paramentos: de responsabilidade do serviço de assistência funeral, os castiçais e vela que acompanham a urna bem como os aparelhos de ozona;
V. 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 familiar;
VI. Sepultamento: de responsabilidade do serviço de assistência funeral, incluindo o pagamento das respectivas taxas relacionadas ao sepultamento nas modalidades municipais ou particular, conforme especificado nas Condições Gerais ou, se for o caso, nas Condições Especiais do plano de Microsseguro;
VII. Caixão: de responsabilidade do serviço de assistência funeral o pagamento das despesas relacionadas à aquisição da urna funerária, na modalidade especificada nas Condições Gerais ou, se for o caso, nas Condições Especiais do plano de Microsseguro;
VIII. Representante da prestadora de serviços: pessoa designada pela prestadora de serviço, responsável por providenciar todos os documentos necessários ao encaminhamento do sepultamento junto a funerária, tomando todas as medidas necessárias à realização do funeral, podendo solicitar o acompanhamento de membro da família, caso necessário.

2.2. A cobertura de Reembolso das Despesas com Funeral é passível de contratação isolada ou conjunta, respeitadas as conjugações disponibilizadas pela Seguradora **e os riscos excluídos das Condições Gerais**.

3. Riscos excluídos

3.1. Todas as Coberturas

Estão expressamente excluídos de todas as Coberturas deste Microsseguro os eventos ocorridos em consequência:

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 Seguradora e serem de conhecimento do Segurado Principal ou dependente, não foram declaradas quando da contratação/adesão do Microsseguro;
c) Suicídio ou sequelas decorrentes da sua tentativa, caso ocorram nos dois primeiros anos de vigência da cobertura;
d) Epidemias ou pandemias declarada por órgão competente;
e) 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.

3.2. Além dos riscos mencionados no subitem 3.1, estão expressamente excluídos das coberturas que garantam exclusivamente eventos decorrentes de Acidente Pessoal:

a) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;
b) Acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
c) Acidentes sofridos antes da contratação do Microsseguro, ainda que suas sequelas tenham se manifestado durante sua vigência; e
d) Cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto.

4. Carência

4.1. Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

4.2. A carência de um plano de Microsseguro poderá ser pelo prazo máximo de 02 (dois) anos e não poderá exceder a metade do prazo de vigência.

5. Âmbito territorial de cobertura

5.1. O presente Microsseguro cobre os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, desde que não sejam caracterizados como risco excluído.

6. Capitais segurados

6.1. O limite do Capital Segurado para as coberturas de Microsseguro, deverá obedecer os limites máximos individuais por cobertura, conforme discriminado:

- **RF – Reembolso de Despesas com Funeral: R$ 4.000,00 (quatro mil reais)**

6.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado:

a) Nas Coberturas de Reembolso de Despesas com Funeral, a data do óbito.

7. Ocorrência do sinistro

7.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 18 das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos abaixo:

7.1.1. Documentação Básica para Liquidação de Sinistros

a) Aviso de Sinistro;
b) Certidão de Óbito do Segurado;
c) Notas Fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas com o funeral do Segurado, e;
d) Documento de Identificação daquele(s) que realizar(em) as despesas.

7.2. Os valores devidos em razão de sinistros cobertos, serão pagos no prazo máximo de 10 (dez) dias, contados da apresentação de todos os documentos necessários à liquidação, constantes no subitem 7.1.1 desta Condição Especial.

ANEXO VII - CONDIÇÕES DO TÍTULO DE CAPITALIZAÇÃO
REGULAMENTO DOS TÍTULOS DE CAPITALIZAÇÃO

1.1. Subscrição do Título

A Tokio Marine Seguradora S/A, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 33.164.021/0001-00, subscreverá os Títulos de Capitalização, observada as seguintes condições:

1.1.1. A Seguradora cederá ao Segurado o direito de participação no sorteio decorrente dos Títulos de Capitalização e, caso o Título venha a ser contemplado, o direito de recebimento do valor do prêmio.

1.1.2. Tal cessão só ocorrerá se o valor do prêmio do Microsseguro estiver sendo regularmente pago e recolhido à Seguradora.

1.1.3. Caberá unicamente à Tokio Marine Seguradora S/A arcar com o pagamento das mensalidades dos títulos, bem como o direito de recebimento do valor correspondente ao resgate decorrente da aquisição dos Títulos.

1.1.4. Este plano de Microsseguro contempla a cessão e transferência aos Segurados, durante a vigência do bilhete, o seu direito de participar dos sorteios de prêmio oriundo de Títulos de Capitalização. As regras, elegibilidade e a periodicidade dos sorteios estarão descritos em documento próprio, apartado dos documentos contratuais do plano de Microsseguro. A Seguradora permanece como única titular de todos os demais direitos e obrigações decorrentes do Título de Capitalização.

SORTEIO

A Tokio Marine Seguradora S/A, doravante denominada Promotora, é proprietária de Títulos de Capitalização, da modalidade incentivo, emitidos e administrados pela Sul América Capitalização S.A. – SULACAP, sob o CNPJ nº 03.558.096/0001-04, aprovados pela SUSEP conforme Processo nº **15414.900427/2014-29**.

Ao aderir ao seguro Bolsa Mega Protegida Besni, cuja vigência é de 60 (sessenta) meses e atender as demais condições estabelecidas neste regulamento, o participante receberá a cessão gratuita do direito de participação em quatro sorteio(s) mensais concorrendo ao prêmio no valor bruto de R$ 2.000,00, com incidência de 25% (vinte e cinco por cento) de IR, conforme legislação vigente.

A promoção comercial será realizada em território nacional. A participação do aderente se iniciará a partir do mês imediatamente seguinte ao primeiro pagamento do prêmio do seguro e, sua participação ficará assegurada enquanto estiver em dia com o respectivo pagamento e a promoção vigente.

Os sorteios serão apurados com base nas extrações da Loteria Federal do Brasil realizados nos 4 (quatro) últimos Sábados do mês imediatamente seguinte ao primeiro pagamento do prêmio do seguro. Não ocorrendo extração da Loteria Federal em uma das datas previstas, o sorteio correspondente será adiado para a primeira extração que vier a ser por ela realizada até o dia que anteceder à respectiva extração subsequente. Os resultados da Loteria Federal do Brasil poderão ser acompanhados por meio do site http://www1.caixa.gov.br/loterias/loterias/ultimos_resultados.asp, bem como em todas as Casas Lotéricas do Brasil.

Será contemplado o Título vigente na data do sorteio, cujo NÚMERO DA SORTE informado na fatura, coincida com o número composto de cinco algarismos, lidos de cima para baixo, da coluna formada pelo algarismo da unidade simples dos 5 primeiros prêmios da Extração da Loteria Federal, conforme o exemplo a seguir:

1º prêmio 3 2. 2 6 **3**
2° prêmio 3 4. 5 7 **8**
3º prêmio 8 9. 0 7 **0** Combinação sorteada: **38.049**
4º prêmio 5 1. 9 4 **4**
5º prêmio 4 4. 3 7 **9**

O contemplado no sorteio será avisado por meio de telefone e só terá direito ao recebimento da premiação se estiver rigorosamente em dia com o pagamento do prêmio de seguro. A Sociedade de Capitalização, Sul América Capitalização S.A. – SULACAP, efetuará o pagamento do prêmio ao contemplado, desde que o contemplado apresente cópia da identidade e CPF válidos, além de comprovante de residência atualizado (expedido no máximo há 180 dias da apresentação) devendo, ainda, informar profissão e renda, telefone, tudo conforme determina a Circular SUSEP n° 445/2012 e, ainda assinar termo de recebimento e quitação do valor do prêmio.

A promotora obriga-se a identificar todos os participantes, cessionários dos direitos dos eventuais Títulos integralmente cedidos, bem como os ganhadores dos prêmios de sorteio.

A aprovação do Título de Capitalização pela SUSEP não implica, por parte da Autarquia, em incentivo ou recomendação a sua aquisição, representando, exclusivamente, sua adequação às normas em vigor. O consumidor poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de capitalização, no sítio www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.