

CONDIÇÕES GERAIS

EZZE SEGUROS S.A.



RENDAS ALEATÓRIAS (Diária de Internação Hospitalar - DIH)

Setembro 2020

Sumário

| | |
|--|----|
| 1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES | 4 |
| 2. OBJETIVO DO SEGURO | 4 |
| 3. DEFINIÇÕES | 4 |
| 4. RISCOS COBERTOS..... | 9 |
| 5. RISCOS EXCLUÍDOS..... | 10 |
| 6. ÂMBITO GEOGRÁFICO..... | 12 |
| 7. ELEGIBILIDADE DA COBERTURA..... | 12 |
| 8. BENEFICIÁRIOS | 12 |
| 9. VIGÊNCIA DO SEGURO | 12 |
| 10. CONTRATAÇÃO E ACEITAÇÃO DO SEGURO..... | 12 |
| 11. DIREITO DE ARREPENDIMENTO | 13 |
| 12. CARÊNCIA..... | 13 |
| 13. FRANQUIA | 13 |
| 14. CAPITAL SEGURADO..... | 13 |
| 15. PAGAMENTO DO PRÊMIO..... | 14 |
| 16. CANCELAMENTO DO SEGURO | 15 |
| 17. ATUALIZAÇÃO DE VALORES E MORA | 16 |
| 18. SINISTROS..... | 17 |
| 19. PERDA DE DIREITO DA INDENIZAÇÃO | 19 |
| 20. PRESCRIÇÃO | 20 |
| 21. DISPOSIÇÕES FINAIS..... | 20 |
| 22. FORO | 20 |
| CONDIÇÕES ESPECIAIS | 21 |
| CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA BÁSICA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE-DIH-A..... | 21 |
| CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA BÁSICA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA – DIH–AD..... | 24 |
| CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA BÁSICA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR EVENTOS CIRÚRGICOS – DIH–EC..... | 27 |
| CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR EVENTOS CIRÚRGICOS DE ALTO CUSTO – DIH–EC–AC | 31 |
| CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COMPLEMENTAR POR EVENTOS CIRÚRGICOS – DIHC–EC..... | 36 |

| | |
|---|----|
| CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE UTI – DIH–A–UTI | 40 |
| CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA UTI – DIH–AD–UTI..... | 43 |



1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

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

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

1.3. As condições contratuais deste produto protocolizadas pela seguradora junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número do processo constante do bilhete de seguro.

1.4. As peças promocionais e de propaganda do produto só poderão ser divulgadas com autorização expressa e supervisão desta Seguradora.

1.4.1. A divulgação do seguro sem a prévia autorização da seguradora, por escrito, poderá implicar na suspensão da aceitação de novas adesões e/ou no cancelamento do seguro.

1.5. Este seguro foi estruturado em Regime Financeiro de repartição simples, sendo assim, não está prevista a devolução ou resgate de prêmio ao segurado.

2. OBJETIVO DO SEGURO

Mediante pagamento de prêmio, o presente seguro tem por objetivo garantir ao segurado ou seu representante legal, o pagamento de uma indenização, limitada ao capital segurado contratado, conforme o caso, na ocorrência do evento coberto, durante a vigência do seguro, **observados os períodos de franquia e carência, os riscos excluídos e as demais regras das condições contratuais.**

3. DEFINIÇÕES

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

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 da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) Os acidentes decorrentes de sequestros e suas tentativas;

- e) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

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

Aviso de Sinistro: comunicação específica com a finalidade de dar conhecimento à seguradora da ocorrência do evento passível de cobertura.

Beneficiário: é o próprio segurado ou pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) designada(s) para receber o valor do capital segurado, na hipótese da ocorrência de evento coberto.

Bilhete de Seguro: documento emitido pela seguradora ao segurado que comprova a aceitação do risco.

Capital Segurado: valor máximo para a cobertura contratada, vigente na data do evento coberto, a ser pago pela seguradora ao beneficiário.

Carência: período contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado, durante o qual, no caso de ocorrência de evento coberto, o segurado ou o(s) beneficiário(s) não terão direito ao recebimento do capital segurado contratado.

Cirurgia: procedimento médico realizado no segurado para fins terapêuticos, por um cirurgião, por meio de uma incisão ou vídeo cirurgia, em hospital, com uso de anestésias geral, peridural ou outra necessária para a realização do procedimento. Para efeito destas condições gerais, o procedimento médico deverá cumprir, obrigatoriamente, as seguintes exigências:

- a) Ser realizado em um centro cirúrgico;
- b) O segurado deverá permanecer hospitalizado por, no mínimo, 48 (quarenta e oito) horas, contados do momento da internação;
- c) Ser indicado por médico cirurgião para o tratamento de doença ou lesão decorrente de acidente pessoal coberto ocorrido em até 90 (noventa) dias anteriores a data do procedimento.

Cirurgião Habilitado: profissional médico com especialidade em cirurgia geral, devidamente certificado pelo Conselho Regional de Medicina em sua especialidade.

Coberturas: obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto, descritas nas condições contratuais, observados os riscos excluídos e as hipóteses de perda do direito às coberturas.

Comoriência: presunção de morte simultânea, quando do falecimento de dois ou mais indivíduos na mesma ocasião, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro.

Companheiro(a): pessoa que convive em união estável ou condição equiparada, configurada na convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família, devidamente comprovada por decisão judicial, escritura pública ou pelos meios admitidos pela legislação vigente.

Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes das condições gerais, das condições especiais e do bilhete de seguro.

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

Condições Gerais: conjunto de cláusulas comuns a todas as coberturas e/ou modalidades de um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da seguradora, do(s) segurado(s) e do(s) beneficiário(s).

Corretor de Seguros: intermediário, seja pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado e legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguro entre seguradora e pessoas físicas ou jurídicas. O corretor de seguros responde civilmente perante os segurados, seguradora e os beneficiários, pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência, no exercício da profissão.

Câncer: doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas que invadem os tecidos e órgãos. O termo Câncer também inclui leucemia e doenças malignas do sistema linfático. O diagnóstico deve ser confirmado por exame anatomopatológico conclusivo de malignidade por médico patologista.

Doença: é toda e qualquer alteração da saúde do segurado, causada por ação direta ou indireta de agentes mórbidos, de origem interna ou externa em relação ao corpo humano, e que necessita de tratamento médico.

Doença Congênita: é a alteração do estado de saúde fisiológico e/ou morfológico em alguma parte, órgão ou sistema do corpo humano que se originou durante o período de gestação, embora alguns se tornem evidentes durante ou após o nascimento.

Doenças ou Lesões Preexistentes: são doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo segurado em data anterior a contratação do seguro, de seu prévio conhecimento, não declaradas na contratação do seguro.

Evento Coberto: acontecimento futuro, possível e incerto, ocorrido durante a vigência do seguro, enquadrado na(s) cobertura(s) prevista(s) no bilhete de seguro.

Franquia: período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o beneficiário não terá direito à cobertura contratada.

Hospital: instituição legalmente autorizada pelo Ministério da Saúde, onde são realizados cuidados médicos, clínicos ou cirúrgicos, 24 (vinte e quatro) horas por dia. Para efeito destas condições contratuais, não são hospitais: casa de saúde, ambulatórios, instituições para atendimento de deficientes mentais e/ou doentes psiquiátricos, centro de diagnóstico, centro de reabilitação, laboratórios, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescença para idosos ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool.

Hospitalização: corresponde à estadia contínua e superior a 48 (quarenta e oito) horas, em um hospital, desde que a mesma seja comprovada e justificada, por meio de cirurgia coberta e realizada, a partir do momento em que o segurado ingressar como paciente na entidade médica em questão.

Indenização: valor máximo a ser pago pela seguradora ao segurado ou ao(s) beneficiário(s), quando da ocorrência de evento coberto, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada, vigente na data da ocorrência do evento.

Internação Hospitalar: permanência do segurado em hospital em regime de internação, indicada por profissional médico habilitado, com a finalidade de que o segurado realize tratamento clínico ou cirúrgico resultante de acidente pessoal coberto ou doença que não possa ser realizado em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.

Médico Assistente: profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, de escolha do segurado, responsável pelo acompanhamento clínico e pelo diagnóstico do segurado.

Médico Especialista: profissional que tenha conhecimento médico, e que esteja legalmente autorizado e devidamente certificado pelo Conselho Regional de Medicina, referente a sua especialidade.

Meios Remotos: são aqueles meios que permitem a troca de ou o acesso a informações e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes de comunicação envolvendo o uso de tecnologia tais como a Internet (rede mundial de computadores), telefonia, televisão a cabo ou digital, sistema de comunicação por satélite, etc.

Prazo de Tolerância: intervalo de tempo estabelecido nos documentos contratuais durante o qual, na ocorrência de evento coberto, o segurado inadimplente fará jus à cobertura, mediante a regularização do prêmio em atraso.

Prêmio: valor a ser pago pelo segurado à seguradora correspondente a cada uma das coberturas contratadas.

Prêmio Comercial: valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos.

Prêmio Puro: valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento e os impostos.

Premoriência: morte de beneficiário antes do falecimento do segurado.

Proponente: pessoa física ou jurídica interessada em aderir ao seguro.

Regime Financeiro de Repartição Simples: estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos cobertos, ocorridos nesse período, não estando prevista a devolução ou o resgate de prêmios aos segurados e ao(s) beneficiário(s).

Regulação de Sinistro: análise feita pela seguradora das causas e circunstâncias do sinistro comunicado, com a finalidade de avaliar se o evento comunicado se caracteriza como um risco coberto, bem como verificar se o segurado cumpriu todas as suas obrigações legais e contratuais.

Relatório Médico: documento na forma de relatório ou similar, preenchido por médico habilitado com a finalidade de registrar sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

Representante de Seguro: pessoa jurídica que firma contrato de prestação de serviços com a seguradora para promover a venda de seguros.

Riscos Excluídos: são os eventos indicados nas condições contratuais como riscos não cobertos pelo seguro.

Segurado: pessoa física, com interesse segurável, sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

Seguradora: empresa legalmente autorizada a comercializar seguro e que se responsabiliza pela(s) cobertura(s) contratada(s), mediante o recebimento de prêmio, conforme o estabelecido nas condições contratuais do seguro.

Sinistro: ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do seguro.

Tratamento Cirúrgico: atos cirúrgicos realizados no segurado durante a internação hospitalar, decorrentes de eventos cobertos.

Tratamento Clínico: conjunto de ações de promoção, prevenção ou recuperação da saúde do segurado para enfermidades, acidentes ou lesões decorrentes de eventos cobertos, que exigem internações hospitalares, sem, contudo, implicar em algum tratamento cirúrgico.

Vigência do Seguro: período definido no bilhete para validade do seguro.

4. RISCOS COBERTOS

4.1. Este Seguro garante ao Segurado ou seu representante legal o pagamento de uma renda diária em consequência de internação hospitalar do segurado até o valor do **Capital segurado indicado no Bilhete de Seguro**.

4.2. É facultada ao proponente a escolha das coberturas do seguro, respeitando as regras de conjugação descritas nos itens subsequentes, sendo obrigatória a contratação de, pelo menos, uma das coberturas básicas a seguir descritas:

4.2.1. Coberturas Básicas

- a) Diária de Internação Hospitalar por Acidente – DIH–A;
- b) Diária de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença – DIH–AD;
- c) Diária de Internação Hospitalar por Eventos Cirúrgicos – DIH–EC.

4.2.2. Coberturas Adicionais

- a) Diária de Internação Hospitalar por Eventos Cirúrgicos Complexos de Alto Custo – DIH–EC–CAC;
- b) Diária de Internação Hospitalar Complementar por Eventos Cirúrgicos – DIHC–EC;
- c) Diária de Internação Hospitalar por Acidente UTI – DIH–A–UTI;
- d) Diária de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença UTI – DIH–AD–UTI.

4.3. As Coberturas Básicas de Diária de Internação Hospitalar por Acidente – DIH–A e Diária de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença – DIH–AD **não podem ser contratadas em conjunto**.

4.4. As Coberturas Adicionais de Diária de Internação Hospitalar por Acidente UTI – DIH–A–UTI e Diária de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença UTI – DIH–AD–UTI **não podem ser contratadas em conjunto**.

4.5. A Cobertura Adicional de Diária de Internação Hospitalar por Acidente UTI – DIH–A–UTI **somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura Básica de Diária de Internação Hospitalar por Acidente – DIH–A**.

4.6. A Cobertura Adicional de Diária de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença UTI – DIH–AD–UTI **somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura Básica de Diária de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença – DIH–AD**.

4.7. As Coberturas Adicionais de Diária de Internação Hospitalar por Eventos Cirúrgicos de Alto Custo – DIH– EC–CAC e Diária de Internação Hospitalar Complementar por Eventos Cirúrgicos – DIHC–EC **somente poderão ser contratadas em conjunto com a cobertura básica de Diária de Internação Hospitalar por Eventos Cirúrgicos – DIH–EC.**

4.8. Aos menores de 14 (quatorze) anos, é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas.

4.9. As coberturas previstas nestas condições contratuais somente terão validade quando contratadas e expressamente previstas no bilhete de seguro.

4.10. A definição de cada uma das coberturas mencionadas nestas condições gerais, seus respectivos objetivos, seus riscos excluídos específicos, capital(is) segurado(s) e demais disposições estão determinados nas respectivas condições especiais.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. O presente seguro não cobrirá eventos decorrentes direta ou indiretamente de:

- a) **do uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosão nuclear, provocada ou não, bem como contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) **de atos ou operações de guerra, declarada ou não, química ou bacteriológica, civil, guerrilha, hostilidades, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se for comprovado que o evento tenha ocorrido pela utilização de meio de transporte mais arriscado, se decorrente de prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio a outrem;**
- c) **nos seguros contratados por pessoas jurídicas, danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários e pelos respectivos representantes;**
- d) **de danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo seu representante legal de um ou de outro;**
- e) **inundação, tufão, furacão, erupção vulcânica, tempestade, terremoto, movimento sísmico ou movimentos de terra em geral;**
- f) **perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;**
- g) **eventos em que o segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;**
- h) **de acidentes ocorridos em data anterior à contratação do seguro;**
- i) **da tentativa ou consumação de suicídio e suas consequências, ocorridos antes de completados 2 (dois) anos ininterruptos de vigência inicial de cada cobertura do seguro, contados do início de vigência da respectiva cobertura ou, ainda, da solicitação de aumento de capital segurado, ou ainda, da solicitação de inclusão de cobertura. nestas hipóteses, a exclusão somente se aplica à diferença do capital segurado aumentado ou à cobertura incluída;**

- j) participação do segurado em competições ilegais em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios;**
- k) acidente quando o segurado estiver conduzindo veículo automotor, aeronave ou equipamento sem a devida aptidão, habilidade ou habilitação específica e tenha dado causa ao sinistro;**
- l) viagens em aeronaves ou embarcações que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voo ou navegação dirigidas por pilotos não legalmente habilitados que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar;**
- m) procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como suas consequências;**
- n) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames de diagnose; repouso; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up; internação para doação de órgãos;**
- o) doenças ou lesões preexistentes contraídas em data anterior à data da contratação do seguro, que sejam de conhecimento prévio do segurado ou que o obrigue a fazer acompanhamento médico, ou uso de medicamento de forma continuada, ou tratamento em regime hospitalar, prescritos por médicos, em período cujos efeitos persistam até a data de contratação do seguro, e não tenham sido declaradas quando da contratação do seguro;**
- p) acidentes, ferimentos ou doença decorrentes de atividades, trabalhos ou esportes perigosos ou comportamentos de risco, tais como:**
 - p)1. participar em atos de guerra, rebelião, brigas, enquanto o segurado é o provocador, atos criminosos, motim, revolução ou situações de guerra;**
 - p)2. praticar kitesurf ou qualquer tipo de desporto ou de queda livre, motociclismo, esqui, touradas, montanhismo, rodeio, mergulho, boxe, luta livre, asa-delta, rafting, jet ski, exploração de cavernas ou, bungee jumping, esportes de inverno ou qualquer esporte profissional;**
 - p)3. participar em corridas automobilísticas, a cavalo ou de bicicleta, bem como testes ou competições de velocidade, segurança ou resistência;**
 - p)4. dirigir motocicletas e/ou veículos semelhantes, sejam aquáticos, aéreos ou terrestres;**
 - p)5. viajar em aeronaves não pertencentes a companhias aéreas comerciais autorizadas a transportar passageiros com itinerários fixos, quer como um passageiro, tripulação ou mecânico; e**
- q) de atos dolosos, praticados pelo segurado ou seu representante, decorrentes de violação de leis ou normas de embargos ou sanções econômicas ou comerciais, que representem nexo causal com o evento gerador do sinistro.**

5.2. exclusão para atos terroristas

5.2.1. não estarão cobertos os danos e as perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprová-lo com documentação hábil, acompanhada 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.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO

O presente seguro garante os eventos cobertos ocorridos no território brasileiro.

7. ELEGIBILIDADE DA COBERTURA

São elegíveis ao seguro pessoas físicas com idade mínima de 14 (quatorze) anos e máxima de 65 (sessenta e cinco) anos completos na data da contratação do seguro.

8. BENEFICIÁRIOS

O beneficiário do seguro será o próprio segurado ou seu representante legal.

9. VIGÊNCIA DO SEGURO

9.1. O prazo de vigência do seguro será indicado no bilhete de seguro respeitando um mínimo de 12 (doze) meses.

9.1.1. O início de vigência das coberturas contratadas será a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de pagamento do prêmio, e seu término será às 24 (vinte e quatro) horas da data indicada no bilhete de seguro.

9.2. Este seguro não poderá ser renovado. Não haverá devolução dos prêmios pagos durante a vigência do seguro, excetuando-se quando o segurado solicitar o cancelamento do seguro conforme disposto no item 16 e/ou quando exercer o direito de arrependimento conforme descrito no item 11.

10. CONTRATAÇÃO E ACEITAÇÃO DO SEGURO

10.1. A aceitação do seguro está sujeita à análise do risco.

10.2. Somente poderão ser aceitas no seguro as pessoas físicas que, na data da contratação do seguro, estejam em condições normais de saúde e atendam aos demais critérios de aceitação estabelecidos pela seguradora.

10.3. A contratação do seguro será feita mediante solicitação do proponente, seguida da emissão de bilhete de seguro.

10.3.1. Entende-se por solicitação do proponente:

EZZE Seguros CNPJ 31.534.848/0001-24 Av. Pres. Juscelino Kubitschek, 50 10º andar Vila Nova Conceição São Paulo - SP CEP:04543-000 11 2110 5500

www.ezzeseguros.com.br

- a) Solicitação verbal;
- b) Solicitação efetuada com a utilização de meios remotos.

10.4. A contratação e efetivação do seguro é comprovada mediante ao pagamento do prêmio, e/ou a exibição do bilhete de seguro.

10.4. Caso não ocorra por qualquer motivo o pagamento da 1ª (primeira) parcela do seguro até a data de seu vencimento, a contratação não será efetivada.

11. DIREITO DE ARREPENDIMENTO

11.1. O segurado poderá desistir da contratação no prazo de 7 (sete) dias corridos, contados a partir da data de emissão do bilhete de seguro.

11.1.1. Caso o segurado exerça o direito de arrependimento previsto no sub item 11.1, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, serão devolvidos, de imediato.

11.1.2. A devolução a que se refere o subitem 11.1.1. será realizada pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do prêmio, sem prejuízo de outros meios ou formas disponibilizadas pela seguradora ou seu representante, desde que expressamente aceitos pelo segurado.

11.1.3. seguradora, seu representante de seguro, ou o corretor de seguros, conforme o caso, fornecerão ao segurado confirmação imediata de recebimento da manifestação de arrependimento.

11.2. É vedada a contratação do seguro por meio de procuração.

12. CARÊNCIA

12.1. Quando couber e houver a carência será determinada e descrita no bilhete de seguros.

12.2. Não haverá carência para os eventos decorrentes de acidentes pessoais cobertos, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, ocorrido nos primeiros 2 (dois) anos, contados, ininterruptamente, da data de adesão ao seguro, conforme disposições do Código Civil vigente ou, ainda, da data do aumento do capital segurado (ocasião em que será considerado o capital segurado anterior ao aumento).

13. FRANQUIA

13.1. Quando houver e couber a franquia determinada e descrita no bilhete de seguro.

14. CAPITAL SEGURADO

14.1. O capital segurado da cobertura contratada será descrito nas Condições Especiais da cobertura.

14.1.1. A indenização será paga de uma única vez e será calculada após a regulação do sinistro considerando o período em que o segurado esteve internado em hospital, a contar do 1º (primeiro) dia de internação até a data da alta médica, respeitadas as condições contratuais.

14.2. Para cálculo do capital segurado, a data do evento será definida nas Condições Especiais de cada cobertura.

15. PAGAMENTO DO PRÊMIO

15.1. A periodicidade de pagamento do prêmio poderá ser em parcela mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual, podendo este último ser fracionado. A opção de periodicidade será determinada no bilhete de seguro.

15.1.1. No caso de pagamento fracionado do prêmio, o segurado poderá antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas. Neste seguro não haverá aplicação de juros sobre o prêmio fracionado.

15.1.2. Para os prêmios fracionados, a data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência do bilhete de seguro.

15.1.3. Não será permitida cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento.

15.2. A forma de pagamento do prêmio será estabelecida no bilhete de seguro obedecendo à escolha do segurado e deverá ser pago obrigatoriamente através da rede bancária ou outras formas previstas em lei.

15.3. A data-limite para pagamento do prêmio será a data de vencimento expressa no respectivo documento de cobrança.

15.3.1. Caso a data estabelecida para pagamento do prêmio de seguro corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o segurado poderá efetuar o pagamento do prêmio no 1º (primeiro) dia útil subsequente em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas coberturas, e sem acréscimo de valor.

15.4. Em caso de atraso no pagamento do prêmio será observado o disposto no sub itens 16.3.1, 16.3.2, 16.3.3 e 16.5.

15.5. Caso o sinistro ocorra dentro do prazo previstos nos sub itens 16.3.1, o direito à cobertura não ficará prejudicado se for realizado dentro do prazo.

15.6. Não haverá devolução ou resgate de prêmios no seguro, respeitada a vigência dos prêmios pagos, em caso de cancelamento do bilhete de seguro, conforme o disposto no item 16, destas condições gerais.

15.7. O pagamento do capital segurado da cobertura contratada fica condicionado ao pagamento total do prêmio.

16. CANCELAMENTO DO SEGURO

16.1. O seguro poderá ser cancelado, durante a sua vigência, mediante acordo entre a Seguradora e o Segurado.

16.2. Em caso de não pagamento do prêmio único ou da 1ª (primeira) parcela do prêmio na contratação até a data do seu vencimento, não será caracterizada a efetivação da contratação do seguro.

16.3. Para os casos de opção por pagamento do prêmio em parcelas mensais:

16.3.1. Na falta de pagamento de qualquer parcela posterior à primeira iniciará a contagem do prazo de tolerância de 60 (sessenta) dias para regularização do pagamento, contados a partir da data de vencimento da 1ª (primeira) parcela inadimplente.

16.3.2. Não sendo regularizado o pagamento do prêmio do seguro durante o prazo de tolerância concedido, a seguradora encaminhará ao segurado uma notificação, para adverti-lo quanto a necessidade de pagamento do prêmio vencido, com os seus encargos devidos, no prazo de até 10 (dez) dias, contados da data de seu recebimento, sob pena de cancelamento.

16.3.3. Decorrido o prazo concedido para a regularização da inadimplência, sem que o pagamento do prêmio pendente tenha sido efetuado, o seguro ficará de pleno direito cancelado e não poderá mais ser restabelecido. Havendo interesse, deverá ser contratado novo seguro, respeitadas as condições de aceitação e elegibilidade, não sendo admitido qualquer vínculo entre os contratos.

16.3.4. Durante o prazo de tolerância, descrito no subitem 16.3.1, estarão cobertos os sinistros ocorridos durante a inadimplência, mas o pagamento da indenização ficará condicionado ao recebimento do(s) prêmio(s) devido(s), com os encargos previstos No sub item 17.4 do item 17 – ATUALIZAÇÃO DE VALORES E MORA.

16.4. Restabelecido o pagamento do prêmio ficará restaurado o prazo original de vigência do bilhete de seguro.

16.5. O seguro terminará, sem qualquer restituição de prêmio:

- a) Quando o segurado deixar de pagar o prêmio, observado o prazo indicado no subitem 16.3.1. do item 16;
- b) Quando terminar o período de vigência do bilhete de seguro;
- c) Com a morte do segurado;
- d) Se houver dolo, fraude ou sua tentativa pelo segurado, seu representante legal, beneficiário ou corretor, devidamente comprovado(s) na contratação do seguro, durante a sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização;

- e) Imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item 19 – PERDA DE DIREITO DA INDENIZAÇÃO.

16.6. Além das hipóteses previstas no sub item 16.5, o seguro terminará quando o segurado solicitar à seguradora o cancelamento do bilhete de seguro. Na hipótese de pagamento do prêmio antecipado, haverá restituição do prêmio proporcional à vigência a decorrer, conforme estabelecido na Tabela de Prazo Curto a seguir, exceto em caso de arrependimento, cuja restituição ocorrerá conforme estabelecido no subitem 11.1.1 da Cláusula 11 – DIREITO DE ARREPENDIMENTO.

| Relação % entre a Parcela do Prêmio Pago e o Prêmio Total da Apólice ou endosso | % a ser aplicado sobre a vigência original da apólice ou endosso | Relação % entre a Parcela do Prêmio Pago e o Prêmio Total da Apólice ou endosso | % a ser aplicado sobre a vigência original da apólice ou endosso |
|---|--|---|--|
| 13% | 15/365 | 73% | 195/365 |
| 20% | 30/365 | 75% | 210/365 |
| 27% | 45/365 | 78% | 225/365 |
| 30% | 60/365 | 80% | 240/365 |
| 37% | 75/365 | 83% | 255/365 |
| 40% | 90/365 | 85% | 270/365 |
| 46% | 105/365 | 88% | 285/365 |
| 50% | 120/365 | 90% | 300/365 |
| 56% | 135/365 | 93% | 315/365 |
| 60% | 150/365 | 95% | 330/365 |
| 66% | 165/365 | 98% | 345/365 |
| 70% | 180/365 | 100% | 365/365 |

Nota: Para percentuais não previstos na tabela acima deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

16.6.1. Em caso de arrependimento manifestado dentro do prazo previsto no subitem 11.1. do item 11 – DIREITO DE ARREPENDIMENTO, a restituição do prêmio será integral.

16.7. No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

17. ATUALIZAÇÃO DE VALORES E MORA

17.1. Quando a vigência do seguro for superior a 1 (um) ano, os capitais segurados e os prêmios serão atualizados anualmente, no aniversário do bilhete do seguro, com base na variação positiva do IPCA/IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

17.2. Para o fator de atualização será utilizado o índice acumulado do IPCA/IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística dos últimos 12 (doze) meses que antecedem 2 (dois) meses ao aniversário do bilhete de seguro.

17.3. Em caso de extinção do IPCA/IBGE, a atualização monetária de que trata os itens 17.1 e 17.2 será feita pelo índice de INPC/IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

17.3.1. Os valores devidos a título de devolução de prêmio sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice estabelecido no item 17.1 desta cláusula, a partir da data em que se tornarem exigíveis:

- a) No caso de Cancelamento do Contrato: a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da seguradora; e
- b) No caso de Recebimento Indevido de Prêmio: a partir da data de recebimento do respectivo prêmio.

17.3.2. Para seguros com prazo de vigência igual a 1 (um) ano, não haverá atualização monetária.

17.4. Caso haja atraso no pagamento do capital segurado relativa ao evento coberto, a importância devida pela seguradora será atualizada com base na variação positiva do IPCA/IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, desde a data do evento até a data do efetivo pagamento feito pela seguradora, acrescida de multa de 2% (dois por cento) e de juros de mora equivalentes à taxa que estiver em vigor para mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional, contados a partir do 1º (primeiro) dia posterior ao término do prazo máximo para pagamento da indenização.

17.5. A atualização monetária será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

17.5.1. Em caso de extinção do IPCA/IBGE, a atualização monetária de que trata este item será feita pelo índice de INPC/IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

17.6. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores referentes à indenização devida.

18. SINISTROS

18.1. Ocorrendo qualquer um dos eventos cobertos pelo seguro, o segurado, ou seu representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicar o evento à seguradora por meio da Central de Atendimento ou outro meio que a seguradora estabeleça no bilhete de seguro.

18.2. O pagamento do capital segurado, em caso de evento coberto, será efetuado em até 30 (trinta) dias contados da data de entrega de todos os documentos relacionados nas respectivas coberturas, observado o sub item 18.5 abaixo.

18.3. A documentação especificada nas respectivas condições especiais das coberturas não é restritiva. A seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos/informações que se façam necessários durante a regulação do sinistro, para conclusão da análise e sua completa elucidação.

18.4. Caso a seguradora solicite apresentação de outros documentos/informações necessários à conclusão da análise e regulação do sinistro, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no sub item 18.2 anterior será suspenso, voltando a contar a partir do 1º (primeiro) dia útil seguinte à data da entrega dos documentos e/ou informações solicitados.

18.5. A solicitação de documentos e as demais providências ou atos que a seguradora venha a praticar não implicam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer capital segurado.

18.6. Não será aceito, para fins de liquidação do sinistro, relatório emitido por médico que seja o próprio segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da seguradora.

18.7. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e, quando for o caso, os documentos de habilitação do segurado correrão por conta dos interessados no pagamento de eventual capital segurado, salvo as diretamente realizadas pela seguradora.

18.8. Independentemente dos documentos exigidos pela seguradora, esta poderá consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação para apurar comprovação ou não do evento.

18.9. A seguradora reserva-se ao direito de efetuar perícia médica no segurado a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.

18.10. Neste caso, a perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta, com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.

18.11. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

18.12. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo segurado, outro pela seguradora e um terceiro, desempatador, nomeado por ambos. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; o terceiro será pago, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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

18.14. O não comparecimento do médico indicado pelas partes será registrado em ata pelos médicos que comparecerem. Se ficar comprovado que uma das partes impediu intencionalmente a realização de nova junta, esta deverá arcar com todas as despesas da nova, salvo convenção em contrário.

18.15. A seguradora não aceitará que seja nomeado como médico assistente e/ou especialista o próprio segurado, seu cônjuge/companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da seguradora.

19. PERDA DE DIREITO DA INDENIZAÇÃO

19.1. Caso o proponente e/ou o segurado, ou seus respectivos representantes legais, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação do bilhete de seguro ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além do responsável pelo pagamento do prêmio estar obrigado a arcar com o valor do prêmio vencido, nos termos do Código Civil vigente.

19.2. Se a inexatidão ou a omissão das declarações não resultar de má-fé do segurado, seu(s) beneficiário(s), seu corretor de seguros ou seus respectivos representantes legais, a seguradora poderá:

19.2.1. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a) Cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou,
- b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

19.2.2. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

- a) Cancelar o seguro, após o pagamento do capital segurado, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou,
- b) Mediante acordo entre as partes, permitir continuidade do seguro, cobrando a diferença do prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

19.2.3. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, sem prejuízo de cobrança de eventual diferença de prêmio cabível.

19.3. O segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

19.4. O segurado e/ou o proponente será(ão) obrigado(s) a comunicar(em) à seguradora, logo que o saiba(m), qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que ele silenciou de má-fé, conforme disposto no Código Civil vigente.

19.5. A seguradora poderá, no prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso de agravamento do risco, dar ciência ao segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, manter o seguro, restringindo a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

19.5.1. Nesta hipótese, o cancelamento do seguro somente será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

20. PRESCRIÇÃO

Para fins das garantias das presentes condições, as ações do Segurado contra a Seguradora e vice-versa, prescrevem conforme prazo estabelecido no Código Civil Brasileiro.

21. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

21.2. Aos casos não previstos nas condições do seguro, serão aplicáveis leis, regulamentos e normas relacionados à matéria de seguros no Brasil.

22. FORO

O foro para dirimir litígios, por motivo decorrente do presente seguro contrato, será o domicílio do Segurado.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA BÁSICA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE-DIH-A

1. OBJETIVO DA COBERTURA

Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o pagamento do prêmio, o pagamento de indenização proporcional ao período de internação hospitalar do segurado, em decorrência exclusiva de acidente pessoal coberto, **limitado ao número máximo de diárias contratado e estabelecido no bilhete de seguro**, observados os riscos excluídos, as hipóteses de perda do direito ao pagamento do capital segurado e as demais disposições contratuais.

2. DEFINIÇÕES

As definições aplicadas à presente cobertura estão indicadas no item 3 – DEFINIÇÕES das condições gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos descritos nas condições gerais, excluem-se também:

- 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 Pessoal coberto;
- c) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo- musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo
- d) – 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) 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 nesta cláusula.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Para fins desta cobertura, os capitais segurados serão definidos conforme item 14 – CAPITAL SEGURADO das condições gerais, respeitadas as seguintes regras:

- a) Valor por diária deve estar descrito no bilhete de seguro;
- b) Limite máximo de 45 (quarenta e cinco) diárias por evento; e
- c) Limite de 2 (dois) eventos cobertos por vigência.

4.2. O capital segurado será pago de uma única vez e será calculado após a regulação do sinistro, considerando o período em que o segurado esteve internado em Hospital, a contar do 1º (primeiro) dia de internação até a data da alta médica, multiplicado pelo valor da diária contratada, respeitadas as condições contratuais.

4.3. É proibida a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares realizadas pelo segurado.

4.4. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado desta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após cada evento coberto, de acordo com as demais disposições desta cobertura, sem cobrança de prêmio adicional.

5.2. Serão consideradas como o mesmo evento as transferências de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.

5.3. As internações que tenham por origem o mesmo acidente serão consideradas como o mesmo evento coberto, exceto quando o intervalo entre essas ocorrências for superior a 12 (doze) meses.

5.3.1. Dessa forma, serão descontadas do total de diárias contratadas, as diárias da internação anterior, respeitando o limite máximo estabelecido no sub item 4.1 do item 4 – CAPITAL SEGURADO, desta condição especial.

6. DATA DO EVENTO

Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data da internação.

7. FRANQUIA

O período de franquia, para esta cobertura, será de 48 (quarenta e oito) horas, contado a partir do horário inicial da internação hospitalar, e estará indicado no bilhete de seguro.

8. BENEFICIÁRIOS

O beneficiário será o próprio segurado ou seu representante legal.

9. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

Além das hipóteses previstas nos itens 15 – PAGAMENTO DO PRÊMIO, 16 – CANCELAMENTO DO SEGURO, das condições gerais, esta cobertura cessa:

- a) Com o pagamento de 2 (dois) eventos;
- b) Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:

- a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o evento, todos os campos preenchidos e assinado pelo próprio segurado, ou seu representante legal;
- b) Cópias do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, CPF – Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência do segurado;
- c) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- d) Cópia da CNH – Carteira Nacional de Habilitação (na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado);
- e) Relatório Médico, carimbado e assinado pelo médico que prestou o atendimento, com descrição das lesões sofridas pela vítima e constando detalhadamente o tipo de tratamento adotado, diagnósticos necessários, comprovando o período de internação;
- f) Alta hospitalar ou declaração de internação do Hospital, em que conste o CRM do médico responsável, com informação da hora e data da entrada e da alta médica;
- g) Todos os exames médicos realizados;
- h) Cópia da CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, se houver;
- i) No caso do segurado ser assistido ou representado, documento que comprove a condição de representante legal do solicitante;
- j) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante legal.

10.2. As demais regras para análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados no item 18 – SINISTROS das condições gerais.

11. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas condições especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA BÁSICA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA – DIH-AD

1. OBJETIVO DA COBERTURA

Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante pagamento do prêmio, o pagamento de indenização proporcional ao período de internação hospitalar do segurado, em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto, limitado ao **número máximo de diárias contratada e estabelecido no bilhete de seguro**, observados os riscos excluídos, as hipóteses de perda do direito ao pagamento do capital segurado e as demais disposições contratuais.

2. DEFINIÇÕES

As definições aplicadas a presente cobertura estão indicadas na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta cobertura, além dos eventos descritos nas Cláusulas 2 – DEFINIÇÕES, subitem 2.1.2 e 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, os eventos relacionados ou ocorridos em consequência direta ou indireta de:

- 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 Pessoal coberto;**
- c) **As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo- musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**
- d) **As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou semelhantes, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido nesta cláusula.**
- e) **Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, incluindo a gripe aviária, a meningite, a febre aftosa, bem como aquelas causadas por picadas de insetos, tais como a malária, a dengue, zika vírus, a febre chikungunya, dentre outras, não se limitando a elas;**

- f) Doenças decorrentes de sequestros e suas tentativas, a doença identificada como Acidente Vascular Cerebral – AVC, 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 pessoal coberto;
- g) Cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto;
- h) Gravidez tópica ou ectópica, exceto parto ou aborto quando forem diretamente decorrentes de um acidente pessoal;
- i) Cirurgia para correção de fimose;
- j) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
- k) Tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
- l) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
- m) Cirurgias plásticas (estéticas ou não);
- n) Tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
- o) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento e suas consequências;
- p) Doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o “stress”.

4. CAPITAIS SEGURADOS

4.1. Para fins desta cobertura, os capitais segurados serão definidos conforme o item 14 – CAPITAL SEGURADO das condições gerais, respeitadas as seguintes regras:

- a) Valor por diária estabelecido no bilhete de seguro;
- b) Limite máximo de 45 (quarenta e cinco) diárias por evento; e
- c) Limite de 2 (dois) eventos cobertos por vigência.

4.2. O capital segurado será pago de uma única vez e será calculado após a regulação do sinistro, considerando o período em que o segurado esteve internado em Hospital, a contar do 1º (primeiro) dia de internação até a data da alta médica, multiplicado pelo valor da diária contratada, respeitadas as condições contratuais.

4.3. É proibida a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares realizadas pelo segurado.

4.4. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado desta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após cada evento coberto, de acordo com as demais disposições desta cobertura, sem cobrança de prêmio adicional.

5.2. Serão consideradas como o mesmo evento as transferências de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.

5.3. As internações que tenham por origem o mesmo acidente ou doença serão consideradas como o mesmo evento coberto, exceto quando o intervalo entre essas ocorrências for superior a 12 (doze) meses.

5.3.1. Dessa forma serão descontadas do total de diárias contratadas, as diárias da internação anterior, respeitando o limite máximo estabelecido no sub item 14.1 do item 14 – CAPITAL SEGURADO, desta condição especial.

6. DATA DO EVENTO

Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data da internação.

7. FRANQUIA

O período de franquia, para esta cobertura, será de 48 (quarenta e oito) horas, contado a partir do horário inicial da internação hospitalar, e estará indicado no bilhete de seguro.

8. CARÊNCIA

O período de carência, para esta cobertura, para os eventos decorrentes de doenças, será de 60 (sessenta) dias, contados a partir do início de vigência do seguro, e estará indicado no bilhete de seguro.

9. BENEFICIÁRIOS

O beneficiário será o próprio segurado ou seu representante legal.

10. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

Além das hipóteses previstas no item 15 – PAGAMENTO DO PRÊMIO e 16 CANCELAMENTO DO SEGURO, esta cobertura cessa:

- a) Com o pagamento de 2 (dois) eventos;
- b) Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

11.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:

- a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o evento, todos os campos preenchidos e assinado pelo próprio segurado, ou seu representante legal;
- b) Cópias do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, CPF – Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência do segurado;
- c) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;

- d) Cópia da CNH – Carteira Nacional de Habilitação (na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado);
- e) Relatório Médico, carimbado e assinado pelo médico que prestou o atendimento, com descrição das lesões sofridas pela vítima e constando detalhadamente o tipo de tratamento adotado, diagnósticos necessários, comprovando o período de internação;
- f) Alta hospitalar ou declaração de internação do Hospital, em que conste o CRM do médico responsável, com informação da hora e data da entrada e da alta médica;
- g) Todos os exames médicos realizados;
- h) Cópia da CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, se houver;
- i) No caso do segurado ser assistido ou representado, documento que comprove a condição de representante legal do solicitante;
- j) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante legal.

11.2. As demais regras para análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados no item 18 – SINISTROS das condições gerais.

12. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas condições especiais

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA BÁSICA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR EVENTOS CIRÚRGICOS – DIH–EC

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante pagamento do prêmio, o pagamento de indenização proporcional ao período de internação hospitalar do segurado, para realização de cirurgia indicada pelo médico cirurgião, em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto, ocorridos durante o período de vigência do seguro, limitado ao **número máximo de diárias contratadas e estabelecido no bilhete de seguro**, observados os riscos excluídos, as hipóteses de perda do direito ao pagamento do capital segurado e as demais disposições contratuais.

1.2. As cirurgias deverão ser realizadas por cirurgião habilitado, devendo o segurado permanecer hospitalizado por, no mínimo, 48 (quarenta e oito) horas contados a partir do horário inicial de sua internação hospitalar para a realização do procedimento cirúrgico.

2. DEFINIÇÕES

As definições aplicadas a presente cobertura estão indicadas no item 3 – DEFINIÇÕES das condições gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta cobertura, além dos eventos descritos no item 5 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, excluem-se também cirurgias relacionadas ou realizadas em consequência direta ou indireta de:

- a) Procedimentos endovasculares cerebrais;
- b) Válvulas cardíacas;
- c) Cirurgia de bolhas subpleurais;
- d) Colecistite aguda, colecistopatia crônica calculosa, cálculos biliares, cálculos da vesícula biliar, colelitíase;
- e) Cirurgia para obesidade de qualquer tipo;
- f) Hemorróidas, fissuras anais e prolapso retal;
- g) Doença Diverticular dos Cólon;
- h) Qualquer hérnia da parede abdominal, hérnia umbilical e hérnia inguinal, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;
- i) Tumores histologicamente descritos como benigno, pré-maligno, potencialmente maligno, baixa malignidade ou não invasivo;
- j) Qualquer lesão descrita como carcinoma “in situ” (tumor Tis pela Classificação TNM vigente);
- k) Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC1, NIC2 e NIC3);
- l) Qualquer tipo de mioma, sangramento uterino disfuncional, prolapso uterino;
- m) Qualquer tipo de tumor benigno ou nódulos nas mamas;
- n) Amígdalas;
- o) Adenóide;
- p) Hérnias de disco e cirurgias da coluna vertebral, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;
- q) Prolapso da bexiga (cistocele) e prolapso do reto (retocele);
- r) Hidrocele, varicocele, espermatocele;
- s) Hiperplasia prostática benigna;
- t) Cálculos urinários, nos rins, ureteres, uretra ou bexiga;
- u) Tireoidectomia por bócio ou nódulo tireoidiano;
- v) Internação para realizar biópsias que exija período de permanência hospitalar inferior ao mínimo de 48h;
- w) Qualquer tipo de cirurgia ou procedimentos relacionados a transplantes de órgãos, exceto os de coração, fígado, pulmão, pâncreas e medula óssea, que perfazem os órgãos com cobertura de transplante;
- x) Doenças congênitas;
- y) Cesariana, parto e/ou curetagem, exceto quando decorrente de acidente pessoal coberto;
- z) Disfunção sexual, controle de natalidade, fertilidade, esterilidade, doença venérea ou Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST;
- aa) Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS e/ou causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV;
- bb) Quaisquer intervenções estéticas ou cosméticas;
- cc) Cirurgias plásticas reconstrutivas e/ou reparadoras, exceto aquelas resultantes de um acidente ocorrido durante a vigência do seguro;

- dd) Intervenções dentárias, alveolar ou gengival ou extração dentária;
- ee) Calvície;
- ff) Diálise ou insuficiência renal;
- gg) Miopia, astigmatismo, presbiopia, hipermetropia ou catarata;
- hh) Nariz e/ou seios nasais, desvio de septo, sinusite;
- ii) Cirurgias de artrose de qualquer articulação;
- jj) Atendimentos ou quaisquer cirurgias ambulatoriais;
- kk) Procedimentos experimentais ou que não estão previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- ll) 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;
- mm) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de Acidente Pessoal coberto;
- nn) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo- musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- oo) 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 nesta cláusula.

4. CAPITAIS SEGURADOS

4.1. Para fins desta cobertura, os capitais segurados serão definidos conforme item 14 – CAPITAIS SEGURADOS das condições gerais, respeitadas as seguintes regras:

- a) Valor por diária estabelecido no bilhete de seguro;
- b) Limite máximo de 45 (quarenta e cinco) diárias por evento; e
- c) Limite de 2 (dois) eventos cobertos por vigência, respeitadas as condições previstas no item 4.5 abaixo.

4.2. O capital segurado será pago de uma única vez e será calculado após a regulação do sinistro, considerando o período em que o segurado esteve internado em Hospital, a contar do 1º (primeiro) dia de internação até a data da alta médica, multiplicado pelo valor da diária contratada, respeitadas as condições contratuais.

4.3. É proibida a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares realizadas pelo segurado.

4.4. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

4.5. Estarão cobertos até 2 (dois) eventos cirúrgicos por vigência do seguro, desde que não exista qualquer relação entre eles, e que entre esses eventos seja observado um prazo mínimo de 3 (três) meses.

4.6. Serão consideradas como o mesmo evento as transferências de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.

4.7. As internações que tenham por origem o mesmo acidente ou doença serão consideradas como o mesmo evento coberto.

5. DATA DO EVENTO

Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data da cirurgia.

6. FRANQUIA

O período de franquia, para esta cobertura, será de 48 (quarenta e oito) horas, contados a partir do horário inicial da internação hospitalar do segurado, para a realização da cirurgia, e estará indicado no bilhete de seguro.

7. CARÊNCIA

O período de carência, para esta cobertura, para os eventos decorrentes de doenças, será de 90 (noventa) dias, contados a partir do início de vigência do seguro, e estará indicado no bilhete de seguro.

8. BENEFICIÁRIOS

O beneficiário será o próprio segurado.

9. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

Além das hipóteses previstas no item 15 – PAGAMENTO DO PRÊMIO e 16 CANCELAMENTO DO SEGURO, esta cobertura cessa:

- a) Com o pagamento de 2 (dois) eventos;
- b) Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:

- a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o evento, todos os campos preenchidos e assinado pelo segurado ou seu representante legal;
- b) Cópias do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e do comprovante de residência do segurado;
- c) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante legal;
- d) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- e) Cópia da CNH – Carteira Nacional de Habilitação (na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado);
- f) Todos os exames médicos realizados, inclusive os pré-operatórios, quando necessário;
- g) Relatório médico, carimbado e assinado pelo médico que realizou a cirurgia, com o motivo detalhado da intervenção cirúrgica, comprovando o período de internação;
- h) Laudo da cirurgia realizada.

10.2. As demais regras para análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados no item 18 – SINISTROS das condições gerais.

11. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas condições especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR EVENTOS COMPLEXOS CIRÚRGICOS DE ALTO CUSTO – DIH-EC-CAC

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o pagamento do prêmio adicional, o pagamento de indenização adicional a cobertura básica de Diária de Internação Hospitalar por Eventos Cirúrgicos – **DIH-EC, que corresponderá ao valor de 1 (uma) diária para cada dia de internação resultante de evento cirúrgico complexo de alto custo**, desde que tenha sido realizado uma das cirurgias cobertas, conforme descrita no item 4 – RISCOS COBERTOS desta cobertura adicional, indicada pelo médico cirurgião, em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto, ocorridos durante o período de vigência do seguro, observados os riscos excluídos, as hipóteses de perda do direito ao pagamento do capital segurado e as demais disposições contratuais.

1.2. As cirurgias deverão ser realizadas por cirurgião habilitado, devendo o segurado permanecer hospitalizado por no mínimo 48 (quarenta e oito) horas contadas a partir do horário inicial de sua internação hospitalar para a realização do procedimento.

2. DEFINIÇÕES

As definições aplicadas a presente cobertura estão indicadas no item 3 – DEFINIÇÕES das condições gerais.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Estarão cobertas por esta cobertura, as cirurgias abaixo relacionadas:

3.1.1. Cirurgia Neurológica: aquela realizada com a abertura cirúrgica do crânio (craniotomia), com o objetivo de reparar uma ruptura de aneurisma intracraniano, ou a remoção de, no mínimo, um lobo completo do cérebro, e que seja indicado por um médico neurocirurgião como sendo o tratamento mais adequado e necessário para o segurado.

3.1.2. Cirurgia de Revascularização do Miocárdio: cirurgia cardíaca de peito aberto, que inclui a esternotomia, indicada pelo médico cirurgião cardíaco como o tratamento mais adequado para corrigir a obstrução ou estreitamento de uma ou mais artérias coronárias.

3.1.3. Cirurgia de Pulmão: é a remoção cirúrgica de pelo menos um lobo do pulmão que deve ser considerada como o tratamento mais adequado por um médico cirurgião torácico.

3.1.4. Cirurgia do Aparelho Digestivo: é a remoção cirúrgica parcial ou total de órgãos do aparelho digestivo incluindo esôfago, estômago, pâncreas, intestino delgado, intestino grosso e reto, sendo que este tratamento cirúrgico deverá ter sido indicado por um cirurgião geral ou cirurgião do aparelho digestivo como o tratamento mais apropriado para o segurado.

3.1.5. Cirurgia para Câncer de Mama, Útero e Próstata: é o tratamento cirúrgico indicado pelo Mastologista, Urologista ou Cirurgião Oncológico como o mais adequado e necessário para parar a propagação do câncer através da remoção completa da mama, útero ou da próstata.

3.1.6. Cirurgia para Queimados: cirurgia de enxerto de pele (do próprio segurado ou do banco de pele), indicada pelo médico Cirurgião Plástico reconstrutivo, como o mais adequado para o tratamento de queimaduras de terceiro grau (aquelas que afetam todas as camadas da pele e dos músculos, tendões e/ou ossos), que no mesmo evento atinja pelo menos 20% (vinte por cento) da superfície total do corpo.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta cobertura, além dos eventos descritos no item 5 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, excluem-se também cirurgias relacionadas ou realizadas em consequência direta ou indireta de:

- a) Procedimentos endovasculares cerebral;**
- b) Cirurgia para obesidade de qualquer tipo;**
- c) Hemorróidas, fissuras anais e prolapso retal;**

- d) Doença Diverticular dos Cólon;
- e) Qualquer hérnia da parede abdominal, hérnia umbilical e hérnia inguinal, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;
- f) Tumores histologicamente descritos como benigno, pré-maligno, potencialmente maligno, baixa malignidade ou não invasivo;
- g) Qualquer lesão descrita como carcinoma “in situ” (tumor Tis pela Classificação TNM vigente);
- h) Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC1, NIC2 e NIC3);
- i) Qualquer tipo de mioma, sangramento uterino disfuncional, prolapso uterino;
- j) Qualquer tipo de tumor benigno ou nódulos nas mamas;
- k) Prolapso da bexiga (cistocele) e prolapso do reto (retocele);
- l) Hiperplasia prostática benigna;
- m) Internação para realizar biópsias que exija período de permanência hospitalar inferior ao mínimo de 48h;
- n) Qualquer tipo de cirurgia ou procedimentos relacionados a transplantes de órgãos, exceto os de coração, fígado, pulmão, pâncreas e medula óssea, que perfazem os órgãos com cobertura de transplante;
- o) Doenças congênitas;
- p) Malformação arteriovenosa;
- q) Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS e/ou causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV;
- r) Quaisquer intervenções estéticas ou cosméticas;
- s) Cirurgias plásticas reconstrutivas e/ou reparadoras, exceto aquelas resultantes de um acidente ocorrido durante a vigência do seguro;
- t) Diálise ou insuficiência renal;
- u) Atendimentos ou quaisquer cirurgias ambulatoriais;
- v) Procedimentos experimentais ou que não estão previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia.
- w) 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;
- x) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de Acidente Pessoal coberto;
- y) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo- musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- z) 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 nesta cláusula.

5. CAPITAIS SEGURADOS

5.1. Para fins desta cobertura, os capitais segurados serão definidos conforme item 14 – CAPITAL SEGURADO das condições gerais, respeitadas as seguintes regras:

- a) Valor por diária estabelecido no bilhete de seguro;
- b) Limite máximo de 45 (quarenta e cinco) diárias por evento; e
- c) Limite de 2 (dois) eventos cobertos por vigência, respeitadas as condições previstas no item 5.5 abaixo.

5.2. O capital segurado será pago de uma única vez e será calculado após a regulação do sinistro, considerando o período em que o segurado esteve internado em Hospital, a contar do 1º (primeiro) dia de internação até a data da alta médica, multiplicado pelo valor da diária contratada, respeitadas as condições contratuais.

5.3. É proibida a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares realizadas pelo segurado.

5.4. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

5.5. Estarão cobertos até 2 (dois) eventos cirúrgicos por vigência do seguro, desde que não exista qualquer relação entre eles, e que entre esses eventos seja observado um prazo mínimo de 3 (três) meses.

5.5.1. Para a Cirurgia de Queimados estará coberto apenas 1 (um) evento por vigência do seguro.

5.6. Serão consideradas como o mesmo evento as transferências de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.

5.7. As internações que tenham por origem o mesmo acidente ou doença serão consideradas como o mesmo evento coberto.

6. DATA DO EVENTO

Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data da cirurgia.

7. FRANQUIA

O período de franquia, para esta cobertura, será de 48 (quarenta e oito) horas, contado a partir do horário inicial da internação hospitalar do segurado, para realização da cirurgia, e estará indicado no bilhete de seguro.

8. CARÊNCIA

O período de carência, para esta cobertura, para os eventos decorrentes de doenças, será de 90 (noventa) dias, contados a partir do início de vigência do seguro, e estará indicado no bilhete de seguro.

9. BENEFICIÁRIOS

O beneficiário será o próprio segurado ou seu representante legal.

10. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

Além das hipóteses previstas no item 15 – PAGAMENTO DO PRÊMIO e 16 CANCELAMENTO DO SEGURO, esta cobertura cessa:

- a) Com o pagamento de 2 (dois) eventos;
- b) Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

11.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:

- a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o evento, todos os campos preenchidos e assinado pelo segurado ou seu representante legal;
- b) Cópias do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e do comprovante de residência do segurado;
- c) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante legal;
- d) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- e) Cópia da CNH – Carteira Nacional de Habilitação (na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado);
- f) Todos os exames médicos realizados, inclusive os pré-operatórios, quando necessário;
- g) Relatório médico;
- h) Laudo da cirurgia realizada.

11.2. As demais regras para análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 18 – SINISTROS das condições gerais.

12. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COMPLEMENTAR POR EVENTOS CIRÚRGICOS – DIHC–EC**1. OBJETIVO DA COBERTURA**

1.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o pagamento do prêmio adicional, o pagamento de indenização adicional a cobertura básica de Diária de Internação Hospitalar por Eventos Cirúrgicos – DIH–EC, que corresponderá ao valor de **1 (uma) diária para cada dia de internação resultante de evento cirúrgico**, desde que tenha sido realizado cirurgia indicada pelo médico cirurgião, e amparada por aquela cobertura, em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto, ocorridos durante o período de vigência do seguro, observados os riscos excluídos, as hipóteses de perda do direito ao pagamento do capital segurado e as demais disposições contratuais.

1.2. O segurado deverá permanecer hospitalizado por, no mínimo, 48 (quarenta e oito) horas, contadas a partir do horário inicial de sua internação hospitalar para a realização da cirurgia coberta pelo seguro.

2. DEFINIÇÕES

As definições aplicadas a presente cobertura estão indicadas no item 3 – DEFINIÇÕES das condições gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta cobertura, além dos eventos descritos no item 5 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, excluem-se também cirurgias relacionadas ou realizadas em consequência direta ou indireta de:

- a) Procedimentos endovasculares cerebrais;
- b) Válvulas cardíacas;
- c) Cirurgia de bolhas subpleurais;
- d) Colecistite aguda, colecistopatia crônica calculosa, cálculos biliares, cálculos da vesícula biliar, colelitíase;
- e) Cirurgia para obesidade de qualquer tipo;
- f) Hemorróidas, fissuras anais e prolapso retal;
- g) Doença Diverticular dos Cólon;
- h) Qualquer hérnia da parede abdominal, hérnia umbilical e hérnia inguinal, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;
- i) Tumores histologicamente descritos como benigno, pré-maligno, potencialmente maligno, baixa malignidade ou não invasivo;
- j) Qualquer lesão descrita como carcinoma “in situ” (tumor Tis pela Classificação TNM vigente);
- k) Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC1, NIC2 e NIC3);
- l) Qualquer tipo de mioma, sangramento uterino disfuncional, prolapso uterino;
- m) Qualquer tipo de tumor benigno ou nódulos nas mamas;
- n) Amígdalas;

- o) Adenóide;
- p) Hérnias de disco e cirurgias da coluna vertebral, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;
- q) Prolapso da bexiga (cistocele) e prolapso do reto (retocele);
- r) Hidrocele, varicocele, espermatocoele;
- s) Hiperplasia prostática benigna;
- t) Cálculos urinários, nos rins, ureteres, uretra ou bexiga;
- u) Tireoidectomia por bócio ou nódulo tireoidiano;
- v) Internação para realizar biópsias que exija período de permanência hospitalar inferior ao mínimo de 48h;
- w) Qualquer tipo de cirurgia ou procedimentos relacionados a transplantes de órgãos, exceto os de coração, fígado, pulmão, pâncreas e medula óssea, que perfazem os órgãos com cobertura de transplante;
- x) Doenças congênitas;
- y) Cesariana, parto e/ou curetagem, exceto quando decorrente de acidente pessoal coberto;
- z) Disfunção sexual, controle de natalidade, fertilidade, esterilidade, doença venérea ou Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST;
- aa) Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS e/ou causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV;
- bb) Quaisquer intervenções estéticas ou cosméticas;
- cc) Cirurgias plásticas reconstrutivas e/ou reparadoras, exceto aquelas resultantes de um acidente ocorrido durante a vigência do seguro;
- dd) Intervenções dentárias, alveolar ou gengival ou extração dentária;
- ee) Calvície;
- ff) Diálise ou insuficiência renal;
- gg) gg) Miopia, astigmatismo, presbiopia, hipermetropia ou catarata;
- hh) Nariz e/ou seios nasais, desvio de septo, sinusite;
- ii) Cirurgias de artrose de qualquer articulação;
- jj) Atendimentos ou quaisquer cirurgias ambulatoriais;
- kk) Procedimentos experimentais ou que não estão previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia.
- ll) 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;
- mm) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de Acidente Pessoal coberto;
- nn) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo- musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

oo) 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 nesta cláusula.

4. CAPITAIS SEGURADOS

4.1. Para fins desta cobertura, os capitais segurados serão definidos conforme item 14 – CAPITAL SEGURADO das condições gerais, respeitadas as seguintes regras:

- a) Valor por diária estabelecido no bilhete de seguro;
- b) Limite máximo de 45 (quarenta e cinco) diárias por evento; e
- c) Limite de 2 (dois) eventos cobertos por vigência, respeitadas as condições previstas no item 4.5 abaixo.

4.2. O capital segurado será pago de uma única vez e será calculado após a regulação do sinistro, considerando o período em que o segurado esteve internado em Hospital, a contar do 1º (primeiro) dia de internação até a data da alta médica, multiplicado pelo valor da diária contratada, respeitadas as condições contratuais.

4.3. É proibida a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares realizadas pelo segurado.

4.4. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

4.5. Estarão cobertos até 2 (dois) eventos cirúrgicos por vigência do seguro, desde que não exista qualquer relação entre eles, e que entre esses eventos seja observado um prazo mínimo de 3 (três) meses.

4.6. Serão consideradas como o mesmo evento as transferências de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.

4.7. As internações que tenham por origem o mesmo acidente ou doença serão consideradas como o mesmo evento coberto.

5. DATA DO EVENTO

Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data da cirurgia.

6. FRANQUIA

O período de franquia, para esta cobertura, será de 48 (quarenta e oito) horas, contado a partir do horário inicial da internação hospitalar do segurado, para a realização da cirurgia, e estará indicado no bilhete de seguro.

7. CARÊNCIA

O período de carência, para esta cobertura, para os eventos decorrentes de doenças, será de 90 (noventa) dias, contados a partir do início de vigência do seguro, e estará indicado no bilhete de seguro.

8. BENEFICIÁRIOS

O beneficiário será o próprio segurado ou seu representante legal.

9. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

Além das hipóteses previstas no item 15 – PAGAMENTO DO PRÊMIO e 16 CANCELAMENTO DO SEGURO, esta cobertura cessa:

- a) Com o pagamento de 2 (dois) eventos;
- b) Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:

- a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o evento, todos os campos preenchidos e assinado pelo segurado ou seu representante legal;
- b) Cópias do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e do comprovante de residência do segurado;
- c) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante legal;
- d) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- e) Cópia da CNH – Carteira Nacional de Habilitação (na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado);
- f) Todos os exames médicos realizados, inclusive os pré-operatórios, quando necessário;
- g) Relatório médico;
- h) Laudo da cirurgia realizada.

10.2. As demais regras para análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados no item 18 – SINISTROS das condições gerais.

11. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE UTI – DIH–A–UTI

1. OBJETIVO DA COBERTURA

Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o pagamento do prêmio adicional, o pagamento de indenização proporcional ao período de internação hospitalar do segurado, em decorrência exclusiva de acidente pessoal coberto, limitado ao número máximo de diárias contratada e estabelecido no bilhete de seguro, observados os riscos excluídos, as hipóteses de perda do direito ao pagamento do capital segurado e as demais disposições contratuais.

2. DEFINIÇÕES

As definições aplicadas a presente cobertura estão indicadas na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta cobertura, além dos eventos descritos no item 5 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, excluem-se também eventos decorrentes de:

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

4. CAPITAIS SEGURADOS

4.1. Para fins desta cobertura, os capitais segurados serão definidos conforme item 14 – CAPITAL SEGURADO das condições gerais, respeitadas as seguintes regras:

- a) Valor por diária estabelecido no bilhete de seguro;

- b) Limite máximo de 45 (quarenta e cinco) diárias por evento; e
- c) Limite de 2 (dois) eventos cobertos por vigência.

4.2. O capital segurado será pago de uma única vez e será calculado após a regulação do sinistro, considerando o período em que o segurado esteve internado em Hospital, na Unidade de Terapia Intensiva, a contar do 1º (primeiro) dia de internação até a data da alta médica, multiplicado pelo valor da diária contratada, respeitadas as condições contratuais.

4.3. É proibida a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares realizadas pelo segurado.

4.4. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado desta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após cada evento coberto, de acordo com as demais disposições desta cobertura, sem cobrança de prêmio adicional.

5.2. Serão consideradas como o mesmo evento as transferências de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.

5.3. As internações que tenham por origem o mesmo acidente serão consideradas como o mesmo evento coberto, exceto quando o intervalo entre essas ocorrências for superior a 12 (doze) meses.

5.3.1. Dessa forma serão descontadas do total de diárias contratadas, as diárias da internação anterior, respeitando o limite máximo estabelecido no item 4.1 da Cláusula 4 – CAPITAIS SEGURADOS, desta condição especial.

6. DATA DO EVENTO

Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data da internação.

7. FRANQUIA

O período de franquia para esta cobertura, será de 48 (quarenta e oito) horas, contado a partir do horário inicial da internação hospitalar, e estará indicado no bilhete de seguro.

8. BENEFICIÁRIOS

O beneficiário será o próprio segurado ou seu representante legal.

9. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

Além das hipóteses previstas no item 15 – PAGAMENTO DO PRÊMIO e 16 CANCELAMENTO DO SEGURO, esta cobertura cessa:

- a) Com o pagamento de 2 (dois) eventos;
- b) Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:

- a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o evento, todos os campos preenchidos e assinado pelo próprio segurado, ou seu representante legal;
- b) Cópias do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, CPF – Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência do segurado;
- c) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- d) Cópia da CNH – Carteira Nacional de Habilitação (na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado);
- e) Relatório Médico, carimbado e assinado pelo médico que prestou o atendimento, com descrição das lesões sofridas pela vítima e constando detalhadamente o tipo de tratamento adotado, diagnósticos necessários, comprovando o período de internação;
- f) Alta hospitalar ou declaração de internação do Hospital, em que conste o CRM do médico responsável, com informação da hora e data da entrada e da alta médica;
- g) Todos os exames médicos realizados;
- h) Cópia da CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, se houver;
- i) No caso do segurado ser assistido ou representado, documento que comprove a condição de representante legal do solicitante;
- j) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante legal.

10.2. As demais regras para análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 17 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais.

11. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA UTI – DIH–AD–UTI**1. OBJETIVO DA COBERTURA**

Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante pagamento do prêmio adicional, o pagamento de indenização proporcional ao período de internação hospitalar do segurado, em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto, limitado ao número máximo de diárias contratada e estabelecido no bilhete de seguro, observados os riscos excluídos, as hipóteses de perda do direito ao pagamento do capital segurado e as demais disposições contratuais.

2. DEFINIÇÕES

As definições aplicadas a presente cobertura estão indicadas na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

APLICAM-SE AS MESMAS EXCLUSÕES MENCIONADAS NA CLÁUSULA 3 – RISCOS EXCLUÍDOS DA CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA – DIH–AD.

4. CAPITALS SEGURADOS

4.1. Para fins desta cobertura, os capitais segurados serão definidos conforme item 14 – CAPITAL SEGURADO das condições gerais, respeitadas as seguintes regras:

- a) Valor por diária estabelecido no bilhete de seguro;
- b) Limite máximo de 45 (quarenta e cinco) diárias por evento; e
- c) Limite de 2 (dois) eventos cobertos por vigência.

4.2. O capital segurado será pago de uma única vez e será calculado após a regulação do sinistro, considerando o período em que o segurado esteve internado em Hospital, na Unidade de Terapia Intensiva, a contar do 1º (primeiro) dia de internação até a data da alta médica, multiplicado pelo valor da diária contratada, respeitadas as condições contratuais.

4.3. É proibida a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares realizadas pelo segurado.

4.4. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado desta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após cada evento coberto, de acordo com as demais disposições desta cobertura, sem cobrança de prêmio adicional.

5.2. Serão consideradas como o mesmo evento as transferências de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.

5.3. As internações que tenham por origem o mesmo acidente ou doença serão consideradas como o mesmo evento coberto, exceto quando o intervalo entre essas ocorrências for superior a 12 (doze) meses.

5.3.1. Dessa forma serão descontadas do total de diárias contratadas, as diárias da internação anterior, respeitando o limite máximo estabelecido no item 4.1 da Cláusula 4 – CAPITAIS SEGURADOS, desta condição especial.

6. DATA DO EVENTO

Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data da internação.

7. FRANQUIA

O período de franquia, para esta cobertura, será de 48 (quarenta e oito) horas, contado a partir do horário inicial da internação hospitalar, e estará indicado no bilhete de seguro.

8. CARÊNCIA

O período de carência, para esta cobertura, para os eventos decorrentes de doenças, será de 60 (sessenta) dias, contados a partir do início de vigência do seguro, e estará indicado no bilhete de seguro.

9. BENEFICIÁRIOS

O beneficiário será o próprio segurado ou seu representante legal.

10. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

Além das hipóteses previstas no item 15 – PAGAMENTO DO PRÊMIO e 16 CANCELAMENTO DO SEGURO, esta cobertura cessa:

- a) Com o pagamento de 2 (dois) eventos;
- b) Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

11.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:

- a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o evento, todos os campos preenchidos e assinado pelo próprio segurado, ou seu representante legal;

- b) Cópias do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, CPF – Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência do segurado;
- c) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- d) Cópia da CNH – Carteira Nacional de Habilitação (na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado);
- e) Relatório Médico, carimbado e assinado pelo médico que prestou o atendimento, com descrição das lesões sofridas pela vítima e constando detalhadamente o tipo de tratamento adotado, diagnósticos necessários, comprovando o período de internação;
- f) Alta hospitalar ou declaração de internação do Hospital, em que conste o CRM do médico responsável, com informação da hora e data da entrada e da alta médica;
- g) Todos os exames médicos realizados;
- h) Cópia da CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, se houver;
- i) No caso do segurado ser assistido ou representado, documento que comprove a condição de representante legal do solicitante;
- j) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante legal.

11.2. As demais regras para análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados no item 18 – SINISTROS das condições gerais.

12. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas condições especiais.