



**BNP PARIBAS
CARDIF**

Condições Gerais e Especiais

Plano de Microsseguro CARDIF Proteção Pessoal

Processo SUSEP no 15414.901028/2017-28

Ramo 1601

**São Paulo – SP
Dezembro de 2017
Versão 1.0**



ÍNDICE
Condições Gerais

1.	OBJETIVO.....	4
2.	DEFINIÇÕES	4
3.	PÚBLICO ALVO	6
4.	CANAIS DE DISTRIBUIÇÃO	6
5.	COBERTURAS DO SEGURO	7
6.	EXCLUSÕES GERAIS.....	8
7.	BENEFICIÁRIO	9
8.	CARÊNCIA	10
9.	CAPITAL SEGURADO.....	11
10.	ATUALIZAÇÃO DE VALORES	11
11.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	11
12.	FORMA DE CONTRATAÇÃO.....	11
13.	PRAZO DE ARREPENDIMENTO.....	12
14.	VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	12
15.	PAGAMENTO DO PRÊMIO DE SEGURO.....	12
16.	CESSAÇÃO DA COBERTURA.....	13
17.	PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO	14
18.	PAGAMENTO DE SINISTROS.....	14
19.	PERDA DE DIREITOS.....	15
20.	PRAZO DE PRESCRIÇÃO	16
21.	ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	16
22.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO.....	16
23.	FORO	16
24.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	16
COBERTURA DE MORTE		18
1.	OBJETIVO DO SEGURO	18
2.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	18
3.	CARÊNCIA	18
4.	FRANQUIA	18
5.	CAPITAL SEGURADO.....	18
6.	ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO	18
7.	DOCUMENTOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO	18
8.	DISPOSIÇÃO FINAL.....	19
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL		21
1.	OBJETIVO DO SEGURO	21
2.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	21
3.	CARÊNCIA	21
4.	FRANQUIA	21
5.	CAPITAL SEGURADO.....	21
6.	ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO	21
7.	DOCUMENTOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO	21
8.	DISPOSIÇÃO FINAL.....	22
COBERTURA DE DESEMPREGO		24
1.	OBJETIVO DO SEGURO	24
2.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	24
3.	CARÊNCIA	24
4.	FRANQUIA	24
5.	CAPITAL SEGURADO.....	24
6.	DOCUMENTOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO	25
7.	DISPOSIÇÃO FINAL.....	25



COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA	27
1. OBJETIVO DO SEGURO:	27
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	27
3. CARÊNCIA.....	27
4. FRANQUIA.....	27
5. CAPITAL SEGURADO.....	27
6. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO.....	27
7. DISPOSIÇÃO FINAL.....	28
DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	30
1. OBJETIVO DO SEGURO	30
2. DEFINIÇÕES	30
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	31
4. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO	31
5. CARÊNCIA.....	31
6. FRANQUIA.....	31
7. PRÊMIO	32
8. LIMITE DE DIÁRIA.....	32
9. PERÍCIA MÉDICA.....	32
10. DIVERGÊNCIA DE NATUREZA MÉDICA.....	Erro! Indicador não definido.
11. DISPOSIÇÃO FINAL.....	32
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE	34
1. OBJETIVO DO SEGURO	34
2. RISCOS EXCLUÍDOS	35
3. CARÊNCIA	35
4. FRANQUIA	35
5. CAPITAL SEGURADO.....	35
6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO.....	35
7. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO.....	35
8. DISPOSIÇÃO FINAL.....	36
DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E/OU ODONTOLÓGICAS DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL	38
1. OBJETIVO:.....	38
2. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO.....	38
3. RISCOS EXCLUÍDOS	38
4. DESPESAS NO EXTERIOR.....	39
5. DISPOSIÇÃO FINAL.....	39
REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL	41
1. OBJETIVO.....	41
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	41
3. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO	42
4. CARÊNCIA	42
5. FRANQUIA	42
6. PRÊMIO	42
7. DISPOSIÇÃO FINAL.....	42
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE E/OU DEPENDENTES	44
1. OBJETIVO:.....	44
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	45
3. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO.....	45

CONDIÇÕES GERAIS

DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

A aceitação do seguro estará sujeita à análise de risco.

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

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

1. OBJETIVO

O **Plano de Microseguro CARDIF Proteção Pessoal** tem por objetivo garantir ao Segurado ou seus beneficiários, o pagamento de uma indenização em decorrência dos eventos previstos e cobertos nestas Condições Gerais e Especiais.

2. DEFINIÇÕES

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

a.1) Incluem-se nesse conceito:

- O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- Os acidentes decorrentes de ação de temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

a.2) Excluem-se desse conceito:

- 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;
- As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- 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 Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT,



Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências 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.

- b) Bilhete de Seguro:** Documento emitido pela Seguradora ao Segurado, que substitui a apólice de seguro, tendo o mesmo valor jurídico da apólice e que dispensa o preenchimento da proposta de seguro.
- c) Beneficiário(s):** **O Beneficiário deste seguro é o próprio Segurado, ou seu representante legal.**
- d) Capital Segurado:** Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto, vigente na data do evento.
- e) Carência:** Período ininterrupto de dias dentro da vigência do seguro, contado a partir do início de vigência de um seguro, durante o qual, na ocorrência de evento coberto, o Segurado não terá direito ao recebimento do capital segurado contratado.
- f) Condições Especiais:** Conjunto das disposições específicas relativas a cada modalidade e/ou cobertura de um plano de seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.
- g) Condições Gerais:** Conjunto das cláusulas, comuns a todas as modalidades e/ou coberturas de um plano de seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes.
- h) Corretor de Seguros:** Pessoa Física ou Jurídica devidamente habilitada e registrada na Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, para intermediar e promover contratos de seguros entre o Segurado e a Seguradora.
- i) Contrato de Seguro:** Contrato que estabelece para uma das partes, mediante pagamento (prêmio) pela outra parte, a obrigação de pagar, a esta, determinada importância, no caso de ocorrência de um evento coberto. A formalização do contrato ocorre com a emissão do Bilhete de Seguro.
- j) Doença:** Processo mórbido, definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais que leva o indivíduo a tratamento médico.
- k) Evento Coberto:** Acontecimento futuro e incerto, de natureza súbita e involuntária, descrito e coberto nas garantias, desde que ocorrido durante a vigência do seguro.
- l) Franquia:** Período ininterrupto de dias dentro da vigência do seguro, com início a partir da data da ocorrência do sinistro, e fim determinado no Bilhete de Seguro, no qual o Segurado não terá direito ao recebimento da indenização durante este período.



- m) **Indenização:** Valor que a Seguradora efetivamente paga ao Segurado ou a seu representante legal em decorrência de um evento coberto por este seguro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada.
- n) **Incapacidade:** É caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.
- o) **Início de Vigência:** Data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.
- p) **Organização Varejista:** Qualquer organização que pratique as atividades de venda, revenda ou distribuição de mercadorias, novas ou usadas, em loja ou por outros meios, incluindo meios remotos, preponderantemente para o consumidor final para consumo pessoal ou não comercial.
- q) **Prêmio do Seguro:** Preço do seguro, ou seja, é a importância paga pelo Segurado à Seguradora em decorrência da contratação do seguro.
- r) **Proponente:** Pessoa Física que propõe a sua adesão ao seguro e que somente passará à condição de segurado após a sua aceitação pela Seguradora.
- s) **Representante de Seguro:** É a pessoa jurídica que assume a obrigação de promover, em caráter não eventual e sem vínculos de dependência, a realização de contratos de seguro à conta e em nome da sociedade seguradora.
- t) **Riscos Excluídos:** São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais, que não serão cobertos pelo plano de seguro.
- u) **Segurado:** Pessoa física que contrata o seguro e/ou está exposta aos riscos previstos nas coberturas indicadas no Bilhete de Seguro e definidos nestas Condições Gerais.
- v) **Seguradora:** Sociedade que, mediante recebimento do prêmio, assume os riscos e garante o pagamento da indenização em caso de ocorrência de sinistro coberto.
- w) **Sinistro:** Ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do seguro.

3. PÚBLICO ALVO

O público-alvo deste seguro são consumidores com renda mensal de até 3 (três) salários mínimos

4. CANAIS DE DISTRIBUIÇÃO

A distribuição deste seguro será realizada através dos canais auto, bancário e varejo.

5. COBERTURAS DO SEGURO

5.1. Morte

- a) Esta cobertura consiste no pagamento do capital segurado/benefício ao(s) beneficiário(s) indicado(s) no bilhete, de uma única vez conforme definido nas condições gerais ou, se for caso, nas condições especiais do plano de microsseguro, em caso de falecimento do segurado, por causas naturais ou acidentais, durante o período de vigência do microsseguro, cujo capital segurado será limitado no **bilhete de seguro**.

Esta cobertura pode ser contratada isoladamente ou conjugada.

5.2. Morte Acidental

- a) Esta cobertura consiste no pagamento do capital segurado ao(s) beneficiário(s) indicado(s) no bilhete, de uma única vez conforme definido nas condições gerais ou, se for caso, nas condições especiais do plano de microsseguro, em caso de falecimento do segurado em decorrência de acidente pessoal coberto ocorrido durante o período de vigência do microsseguro, sendo o valor máximo indenizável definido no **bilhete de seguro**.

Esta cobertura pode ser contratada isoladamente ou conjugada.

5.3. Desemprego

- a) Esta cobertura garante ao Segurado o pagamento de indenização, em forma de renda mensal temporária em decorrência da privação involuntária do segurado ao emprego formal remunerado, comprovado por carteira de trabalho, limitada ao prazo máximo estabelecido nas condições gerais ou, se for caso, nas condições especiais e observado o período de carência, quando previsto, sendo a forma de pagamento e os valores máximos indenizáveis definidos no **bilhete de seguro**.

Esta cobertura pode ser contratada isoladamente ou conjugada.

5.4. Diárias por incapacidade temporária (DIT)

- a) Esta cobertura garante ao Segurado o pagamento de uma indenização proporcional ao período em que o segurado se encontrar sob tratamento médico que o impossibilite, de forma contínua e ininterrupta, a exercer sua profissão ou ocupação, observado o limite contratual máximo por evento, estabelecido nas condições gerais ou, se for caso, nas condições especiais, e a franquia e/ou carência, quando previstas, sendo a forma de pagamento e os valores máximos indenizáveis definidos no **bilhete de seguro**.

- b) A cobertura inicia-se, após o cumprimento do período de franquia.

Esta cobertura pode ser contratada isoladamente ou conjugada.



5.5. Diária de Internação Hospitalar (DIH)

- a) Esta cobertura consiste no pagamento de indenização proporcional ao período de internação hospitalar do segurado, limitado ao número máximo de diárias estabelecido nas condições gerais ou, se for caso, nas condições especiais e observadas a franquia e/ou carência, quando previstas, sendo vedada a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares incorridas.

Esta cobertura pode ser contratada isoladamente ou conjugada.

5.6. Invalidez Permanente Total por Acidente

- a) Consiste no pagamento do capital segurado, de uma única vez ou sob a forma de renda, conforme estabelecido nas condições gerais ou, se for caso, nas condições especiais do plano de microsseguro, em caso da perda total ou impotência funcional definitiva dos membros ou órgãos definidos no bilhete, em decorrência de lesão física sofrida pelo segurado, provocada por acidente pessoal coberto, cujo capital segurado será limitado no **bilhete de seguro**.

Esta cobertura pode ser contratada isoladamente ou conjugada

5.7. Despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas decorrentes de acidente pessoal

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

Esta cobertura pode ser contratada isoladamente ou conjugada

5.8. Reembolso de despesas com funeral

- a) Esta cobertura consiste no reembolso das despesas com o funeral do(s) segurado(s), limitado ao valor do capital segurado, conforme definido no bilhete de seguro.

Esta cobertura pode ser contratada isoladamente ou conjugada.

5.9. Cláusula suplementar de inclusão de cônjuge e dependentes

- a) Consiste na inclusão na(s) mesma(s) cobertura(s) do segurado principal, de seu cônjuge ou companheiro, seu(s) filho(s), enteado(s), pai, mãe e/ou outros dependentes.

6. EXCLUSÕES GERAIS

6.1. Riscos Excluídos:



- a) atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado principal ou dependente, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de qualquer deles;
- b) doenças ou lesões que, apesar de indagado pela sociedade seguradora e serem de conhecimento do segurado principal ou dependente, não foram declaradas quando da contratação/adesão do microsseguro;
- c) suicídio ou sequelas decorrentes da sua tentativa, caso ocorram nos dois primeiros anos de vigência da cobertura;
- d) epidemia ou pandemia declarada por órgão competente;
- e) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- f) danos e perdas causados por atos terroristas; e
- g) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto a prestação de serviço militar e atos de humanidade em auxílio de outrem.

I – coberturas que garantam exclusivamente eventos decorrentes de acidente pessoal:

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

II - cobertura de despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas decorrentes de acidente pessoal (DMHO):

- a) estados de convalescença, após a alta médica.

III - cobertura de desemprego:

- a) demissões por justa causa.

7. BENEFICIÁRIO

7.1. O beneficiário deste seguro é o próprio Segurado ou seu representante legal no caso de sua impossibilidade. No caso das coberturas de morte ou morte acidental o(s) Beneficiário(s) será(ão) o(s) indicado(s) pelo Segurado no Bilhete. Para a cobertura de Reembolso de Despesas com Funeral, o Beneficiário será aquele que comprovar que efetuou o pagamento das despesas com funeral do Segurado, mediante apresentação das notas fiscais originais.

7.2. A indicação do(s) beneficiário(s) deverá ser clara e precisa, sendo de livre escolha do segurado.

7.3. O(s) beneficiário(s) poderá(ão) ser alterado(s) a qualquer momento pelo segurado, bastando o encaminhamento à seguradora do formulário Informe de Alteração de

Nome/Beneficiários, devidamente preenchido e assinado. Não será admitida a utilização e meios remotos para a alteração do beneficiário.

7.4. Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, será lícita a substituição do(s) beneficiário(s) por ato entre vivos ou de última vontade.

7.5. Quando a seguradora não for informada oportunamente da substituição, ficará desobrigada pagando o capital segurado ao(s) antigo(s) beneficiário(s).

7.6. A pessoa que for legalmente inibida de receber doação do segurado não poderá ser instituída como seu beneficiário.

7.7. A falta de indicação expressa de beneficiário ou, se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

7.8. Será válida a instituição do(a) companheiro(a) como beneficiário(a) se, no momento da contratação, o segurado se encontrava separado judicialmente ou já se encontrava separado de fato.

8. CARÊNCIA

8.1 A carência, observado o disposto na alínea “e” do item 2, quando houver, será determinada nas Condições Especiais.

8.2 Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados da data de contratação ou de adesão ao seguro.

8.3 Suicídio

8.3.1. De acordo com o artigo 798 do Código Civil (Lei nº 10.406, de 10.01.2002), o beneficiário não terá direito ao capital estipulado quando o segurado cometer suicídio nos 02 (dois) primeiros anos de vigência do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso. Ou seja, no caso de suspensão da vigência do seguro e posterior recondução o prazo de 02 (dois) anos começa a ser contado novamente.

8.3.2. Igualmente, o segurado não terá direito a qualquer indenização decorrente deste contrato se tentar suicídio nos primeiros 02 (dois) anos de vigência do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso, e desta resultar qualquer tipo de invalidez.

8.4 O prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pelo Bilhete de Seguro.

8.5 A carência será contada a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do seguro. Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carência.

9. CAPITAL SEGURADO

9.1. O capital segurado será pago de forma única ou parcelado, até o limite estabelecido no bilhete de seguro e nas Condições Especiais.

10. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

10.1. Todos os valores constantes dos documentos devem ser expressos em moeda corrente nacional, vedada a utilização de unidade monetária de qualquer outra natureza.

10.2. Os valores devidos pela Seguradora a título de atualização monetária serão calculados pela variação do índice a seguir estabelecido, a partir da data em que se tornarem exigíveis, conforme o que dispõe as respectivas Cláusulas destas Condições.

10.3. O índice pactuado para a atualização de valores será o Índice de Preços ao Consumidor Amplo/ Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IPCA/IBGE ou o índice que vier a substituí-lo, 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.

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

10.5. O pagamento dos valores relativos à atualização monetária será feito independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores.

10.6. Caso previsto no bilhete de Seguro, os capitais segurados e os prêmios correspondentes serão atualizados monetariamente anualmente com base no Índice de Preços ao Consumidor Amplo/ Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IPCA/IBGE ou o índice que vier a substituí-lo, acumulado dos 12 (doze) meses do ano que antecede ao aniversário do seguro.

10.7. Este Seguro está estruturado sob o regime financeiro de Repartição Simples, sendo assim, não está prevista a devolução ou resgate de prêmio ao Segurado, ao Beneficiário ou ao Estipulante.

11. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

11.1. Para as garantias de Desemprego Involuntário e Diária por Internação Hospitalar, a reintegração do capital segurado será automática. Para as demais, não haverá reintegração.

12. FORMA DE CONTRATAÇÃO

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



12.2. Este seguro é contratado através de emissão de bilhete, que poderá ser feita mediante solicitação verbal do interessado, desde que realizada de modo inequívoco, cuja comprovação caberá à seguradora. Equipara-se à solicitação verbal do interessado, a manifestação do Proponente efetuada com a utilização de meios remotos.

12.3. Este Seguro está estruturado sob o regime financeiro de Repartição Simples, que não contempla, em qualquer hipótese, o resgate ou a devolução de prêmios pagos pelo Segurado.

13. PRAZO DE ARREPENDIMENTO

13.1. O segurado poderá desistir do seguro contratado no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da emissão do bilhete.

13.2. Caso o segurado exerça o direito de arrependimento, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, durante o prazo a que se refere o item, serão devolvidos, de imediato.

13.3. O segurado poderá exercer seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízo de outros meios disponibilizados.

13.4. A sociedade seguradora, ou seus representantes de seguros, e o corretor de seguros habilitado, conforme for o caso, fornecerão ao segurado confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento.

13.5. A devolução será realizada pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do prêmio, sem prejuízo de outros meios disponibilizados pela seguradora e expressamente aceitos pelo segurado.

14. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

14.1. A vigência das coberturas inicia-se sempre das 24 horas (vinte e quatro) horas da data de pagamento do prêmio.

14.2. É vedada a renovação do microsseguro na contratação realizada por meio de bilhete, conforme §3º do art. 19 da Circular SUSEP nº 440/2012.

15. PAGAMENTO DO PRÊMIO DE SEGURO

15.1. O prêmio poderá ser pago de forma única ou mensal, conforme definido no Bilhete de Seguro.

15.2. O pagamento do prêmio poderá ser realizado por meio de contas de consumo, carnês, boletos, faturas de cartões de crédito, ou por outros meios admitidos em lei, conforme estabelecido no Bilhete de Seguro, respeitadas as datas de vencimento previamente pactuadas.



- 15.2.1** A data limite para pagamento do prêmio será a contida no respectivo documento de cobrança do Seguro.
- 15.2.2** Quando a data limite para o pagamento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil subsequente em que houver expediente bancário.
- 15.3.** Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado pelo segurado ou Representante de Seguro, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista para esse fim no respectivo documento de cobrança.
- 15.4.** O prêmio pago ao Representante de seguro considera-se feito à Seguradora.
- 15.5.** Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista sem que tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.
- 15.6.** Ocorrendo a falta de pagamento do prêmio a cobertura será automaticamente suspensa, e somente será reabilitada a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o Segurado retomar o pagamento do prêmio. Os sinistros ocorridos durante o período de suspensão ficarão sem cobertura.
- 15.6.1** Não será cobrada qualquer parcela de prêmio referente ao prazo de suspensão em caso de reabilitação da cobertura do seguro.
- 15.6.2** O prazo de suspensão por inadimplemento será de 60 (sessenta) dias ininterruptos. Decorrido este prazo, o seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela do prêmio já paga.
- 15.6.3** Ocorrendo a reabilitação da cobertura, poderá ser exigido o cumprimento de carências e franquias, conforme definido no Bilhete de Seguro.

16. CESSAÇÃO DA COBERTURA

- 16.1. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa:**
- a) Automaticamente, quando do término do período de vigência do Bilhete de seguro.**
 - b) Quando o segurado solicitar por escrito à Seguradora sua exclusão do bilhete.**
 - c) Quando o segurado deixar de pagar o prêmio do seguro por período superior a 60 (noventa) dias.**
 - d) Na hipótese de qualquer descumprimento das obrigações convencionadas no presente seguro;**
 - e) Na hipótese do Segurado ou seu representante legal agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para**



obter ou para majorar a indenização, sem restituição dos prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

16.2. O seguro poderá ser rescindido, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca e observadas as seguintes disposições:

a) A sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

17. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

17.1. Na ocorrência do sinistro, o segurado ou seu representante legal, deverá encaminhar para a Seguradora, um comunicado com o nome completo do segurado, DDD e telefone para contato, cópia simples do Registro Geral (RG), Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) e comprovantes de endereço do Segurado acrescidos dos documentos relacionados nas Condições Especiais, deste seguro.

17.2. A Seguradora se reserva o direito de solicitar, no caso de dúvida fundada e justificável, qualquer outro documento que se faça necessário para regulação do sinistro, para a completa elucidação do evento ocorrido.

17.3. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os respectivos documentos solicitados correrão por conta do Segurado.

18. PAGAMENTO DE SINISTROS

18.1. Fica estabelecido o prazo de até 10 (dez) dias para o pagamento de indenização devida pelo presente Contrato de Seguro, contados a partir do recebimento por parte da Seguradora de todos os documentos básicos previstos no item 17.1 e os documentos pertinentes a cada cobertura.

18.2. Caso haja solicitação de nova documentação e/ou informação complementar, o prazo para liquidação do sinistro será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

18.3. A Seguradora se reserva ao direito de solicitar quaisquer outros documentos além daqueles constantes nas condições especiais do produto, mediante dúvida fundada e justificável. Neste caso a contagem de prazo para liquidação será suspensa, e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem entregues à Seguradora todos os documentos exigidos.

18.3.1 A contagem do prazo para pagamento será interrompida uma única vez para a solicitação de documentação complementar e voltará a correr na data do seu recebimento pela sociedade seguradora.

18.4. No caso de não cumprimento do prazo máximo previsto para o pagamento da indenização/do benefício, conforme estabelecido no item 18.1, o valor será atualizado a



partir da data de vencimento de sua exigibilidade e será aplicada a taxa de juros moratórios. A atualização será efetuada com base na variação positiva do Índice de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA/IBGE, ou o índice que vier a substituí-lo, apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação. Os juros moratórios, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado nesta norma, serão equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional.

19. PERDA DE DIREITOS

19.1. Caso o Segurado, Beneficiário(s) ou seus respectivos representantes legais ou o Corretor de Seguro fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação do Bilhete ou no valor do Prêmio, a Seguradora não realizará qualquer pagamento de Capital Segurado e terá ainda direito ao recebimento do Prêmio vencido.

19.1.1. O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco

19.2. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

19.2.1. Na hipótese de não ocorrência de sinistro:

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

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

- a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou**
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou 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, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença do prêmio cabível.

19.3. O segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

- a) A Seguradora, dentro do prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso de agravação do risco, poderá comunicar ao Segurado, por escrito, a sua decisão de**

cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

- b) O cancelamento do seguro será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, e será feita a restituição da diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

19.4. Também haverá perda do direito à Indenização com base no presente Seguro, caso haja por parte do Segurado ou seu representante legal:

- a) Inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro; e
b) Agravamento intencional do risco objeto do contrato.

20. PRAZO DE PRESCRIÇÃO

20.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

21. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

21.1. As coberturas deste Seguro abrangem eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do território nacional.

22. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

22.1. A propaganda e a promoção do seguro por parte do Representante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as presentes condições gerais e especiais e as normas do seguro, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

23. FORO

23.1. As questões judiciais, entre o Segurado ou seu representante legal e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Segurado, conforme o caso.

24. DISPOSIÇÕES GERAIS

24.1. As partes se submetem às normas brasileiras do seguro.



**BNP PARIBAS
CARDIF**

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Cobertura de Morte

COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Esta cobertura consiste no pagamento do capital segurado/benefício ao(s) beneficiário(s) indicado(s) no bilhete, de uma única vez conforme definido nas condições gerais ou, se for caso, nas condições especiais do plano de microsseguro, em caso de falecimento do segurado, por causas naturais ou acidentais, durante o período de vigência do microsseguro, cujo capital segurado será limitado no **bilhete de seguro**.

1.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data de falecimento do segurado, comprovada mediante Certidão de Óbito.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Os riscos excluídos para esta cobertura são aqueles mencionados no item 4 – EXCLUSÕES GERAIS das condições gerais

3. CARÊNCIA

3.1. A carência será de 31 (trinta e um) dias ininterruptos.

4. FRANQUIA

4.1. Não haverá franquia.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado será pago de forma única até o limite estabelecido no bilhete de seguro.

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

6.1. As indenizações por Morte e Invalidez Permanente Total por Acidente, quando contratadas ambas as coberturas, não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo evento, será deduzida, do valor do Capital Segurado a ser pago, o valor já indenizado em razão da Invalidez Permanente Total por Acidente.

7. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO



7.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal (is) deverá (ão) comunicá-lo à seguradora através da Central de Atendimento indicada no Bilhete de Seguro e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à seguradora:

- a) Aviso de sinistro;
- b) Certidão de óbito do segurado;
- c) Boletim de ocorrência policial, se for o caso;
- d) Carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;
- e) Documento de identificação do(s) beneficiário(s);

7.2. O pagamento da indenização se dará no prazo e forma estabelecido no item 18.1 das Condições Gerais.

8. DISPOSIÇÃO FINAL

8.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as demais disposições contidas nas condições gerais.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

Morte acidental

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Consiste no pagamento do capital segurado ao(s) beneficiário(s) indicado(s) no bilhete, de uma única vez ou sob a forma de renda conforme definido nas condições gerais ou, se for caso, nas condições especiais do plano de microsseguro, em caso de falecimento do segurado em decorrência de acidente pessoal coberto ocorrido durante o período de vigência do microsseguro, sendo o valor máximo indenizável definido no **bilhete de seguro**.

1.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data da ocorrência do acidente”.

2. RISCOS EXCLUIDOS

2.1. Os riscos excluídos para esta cobertura são aqueles mencionados no item 4 – **EXCLUSÕES GERAIS** das condições gerais

3. CARÊNCIA

3.1. Não haverá carência.

4. FRANQUIA

4.1. Não haverá franquia.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado será pago de forma única até o limite estabelecido no bilhete de seguro.

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

6.1. As indenizações por Morte e Invalidez Permanente Total por Acidente, quando contratadas ambas as coberturas, não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo evento, será deduzida, do valor do Capital Segurado a ser pago, o valor já indenizado em razão da Invalidez Permanente Total por Acidente.

7. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal (is) deverá (ão) comunicá-lo à seguradora através da Central de Atendimento indicada no Bilhete de Seguro e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à seguradora:

- a)** Aviso de sinistro;
- b)** Certidão de óbito do segurado;
- c)** Boletim de ocorrência policial se for o caso;
- d)** Carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;
- e)** Documento de identificação do(s) beneficiário(s);

7.2. O pagamento da indenização se dará no prazo e forma estabelecido no item 18.1 das Condições Gerais.

8. DISPOSIÇÃO FINAL

8.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as demais disposições contidas nas condições gerais.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

DESEMPREGO

COBERTURA DE DESEMPREGO

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Consiste no pagamento de indenização, em forma de renda mensal temporária, em decorrência da privação involuntária do segurado ao emprego formal remunerado, comprovado por carteira de trabalho, limitada ao prazo máximo estabelecido nas condições gerais ou, se for caso, nas condições especiais e observado o período de carência, quando previsto, conforme definido no **bilhete de seguro**.
- 1.2. **Desemprego:** “perda de renda por desemprego involuntário” entende-se o trabalhador segurado que ficar desempregado involuntariamente, desde que a demissão não tenha sido por justa causa, e que fique sem receber remuneração alguma pela prestação de um trabalho pessoal para outro empregador.
- 1.3. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto”, a data do desligamento segurado, comprovado mediante cópia da Carteira Profissional.
- 1.4. O Capital Segurado será pago em até 6 (seis) parcelas mensais.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Além dos riscos excluídos mencionados no item 4 – **EXCLUSÕES GERAIS** nas condições gerais estarão excluídos da Cobertura Desemprego Involuntário os eventos ocorridos em consequência de:

a) **Demissões por justa causa**

3. CARÊNCIA

- 3.1. A carência será de 31 (trinta e um) dias ininterruptos.
- 3.2. A carência será contada a partir das **24 (vinte e quatro)** horas do início de vigência do seguro. Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carência.

4. FRANQUIA

- 4.1. Não haverá franquia.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. **O capital segurado será pago de forma única ou parcelado, até o limite estabelecido no bilhete de seguro.**



6. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO

- 6.1.** Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal (is) deverá (ão) comunicá-lo à seguradora através da Central de Atendimento indicada no Bilhete de Seguro e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à seguradora:
- a) Aviso de sinistro;
 - b) Documento de identificação do segurado;
 - c) Carteira de Trabalho ou Termo Rescisório Homologado;
- 6.2.** O pagamento da indenização se dará no prazo e forma estabelecido no item 18.1 das Condições Gerais.

7. DISPOSIÇÃO FINAL

Serão aplicadas a esta condição especial todas as demais disposições contidas nas condições gerais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

1. OBJETIVO DO SEGURO:

1.1. Consiste no pagamento de indenização proporcional ao período em que o segurado se encontrar sob tratamento médico que o impossibilite, de forma contínua e ininterrupta, a exercer sua profissão ou ocupação, observado o limite contratual máximo, conforme definido no bilhete de seguro.

Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária todas as pessoas físicas, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da contratação do seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

2. RISCOS EXCLUIDOS

2.1. Os riscos excluídos para esta cobertura são aqueles mencionados no item 4 – EXCLUSÕES GERAIS das condições gerais

3. CARÊNCIA

3.1. A carência será de 31 (trinta e um) dias ininterruptos.

3.2. A carência será contada a partir das **24 (vinte e quatro)** horas do início de vigência do seguro. Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carência.

4. FRANQUIA

4.1. A franquia será de **15 (quinze)** dias ininterruptos, indicados no bilhete de seguro.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado desta Cobertura será estabelecido no Bilhete.

5.2. O pagamento da indenização será realizado de uma única vez.

6. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) deverá (ão) comunicá-lo à seguradora através da Central de Atendimento indicada no Bilhete de Seguro e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à seguradora:

- a) Aviso de sinistro,
- b) Documento de identificação do segurado;
- c) Exames realizados que comprovem a incapacidade temporária e atestado médico confirmando o afastamento profissional;



- d) Carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado; boletim de ocorrência policial, se for o caso;
- e) Cópia autenticada do documento que comprove a atividade autônoma, podendo ser: última declaração do Imposto de Renda, ou Recibo de Pagamento de Autônomo, ou Carnê Leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada, ou
- f) Comprovante, dos últimos 3 (três) meses anteriores a data da ocorrência do sinistro, do pagamento do INSS, acrescido do documento que comprove a atividade.

6.2. O pagamento da indenização se dará no prazo e forma estabelecido no item 18.1 das Condições Gerais.

7. DISPOSIÇÃO FINAL

Serão aplicadas a esta condição especial todas as demais disposições contidas nas condições gerais.



**BNP PARIBAS
CARDIF**

CONDIÇÕES ESPECIAIS

DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1** Consiste no pagamento de indenização proporcional ao período de internação hospitalar do segurado, limitado ao número máximo de diárias estabelecido nas condições gerais ou, se for caso, nas condições especiais e observadas a franquia e/ou carência, quando previstas, sendo vedada a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares incorridas, conforme definido no bilhete de seguro.
- 1.2** Para efeito do cálculo da Indenização, a data de evento quando da liquidação do sinistro será a data indicada no relatório médico.
- 1.3** A cobertura inicia-se, após o cumprimento do período de franquia, e a devida caracterização do evento hospitalização e termina no dia da alta médica hospitalar do Segurado, respeitando o limite máximo de indenização.

2. DEFINIÇÕES

Além das definições constantes nas condições gerais, deverão ser consideradas estas para fim desta cobertura:

2.1 Hospital: é o estabelecimento legalmente autorizado para funcionar como tal e que dispõe de um corpo clínico permanente composto por, no mínimo, 1 (um) médico e 1(um) enfermeiro diplomado, possuindo serviço de enfermagem, podendo um paciente permanecer internado por 24 (vinte e quatro) horas do dia. Não serão reconhecidas internações ocorridas em:

- qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de hospital acima;
- Instituições para atendimento de deficientes mentais e/ou doentes psiquiátricos, inclusive o departamento psiquiátrico de um hospital geral;
- clínica ou locais de acomodações e/ou tratamento para recuperação de viciados em álcool ou drogas;
- instituições de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais; casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécie; clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou “spas”;
- “Home Care” (internação domiciliar).

2.2 Internação Hospitalar: Internação Hospitalar é a permanência em hospital em regime de internação, causada por doença ou acidente, indicada por profissional médico habilitado, caracterizada pela utilização de acomodação de que o estabelecimento disponha para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.

2.3 Tratamentos Cirúrgicos: aqueles decorrentes de sinistros que exigem ato cirúrgico em regime de internação hospitalar.

2.4 Tratamentos Clínicos: aqueles decorrentes de sinistros que, por sua gravidade ou complexidade exigem internações hospitalares, sem, contudo, implicar em ato cirúrgico.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Os riscos excluídos para esta cobertura são aqueles mencionados no item 4 – EXCLUSÕES GERAIS das condições gerais

4. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

4.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal (is) deverá (ão) comunicá-lo à seguradora através da Central de Atendimento indicada no Bilhete de Seguro e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à seguradora:

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

4.2. O pagamento da indenização se dará no prazo e forma estabelecido no item 18.1 das Condições Gerais.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado desta Cobertura será estabelecido no Bilhete.

5.2. O pagamento da indenização será realizado de uma única vez.

6. CARÊNCIA

6.1. A carência será de **31 (trinta e um dias)** dias ininterruptos, conforme indicado no bilhete de seguro

6.2. A carência será contada a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do seguro. Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carência.

7. FRANQUIA

7.1. A franquia será de **2 (dois)** dias ininterruptos, conforme indicado no bilhete de seguro.

8. PRÊMIO

7.2. O prêmio correspondente a garantia de que trata esta condição especial, se contratada, deverá estar especificado no bilhete de seguro.

7.3.

8. LIMITE DE DIÁRIA

É a quantidade máxima de diárias a que o segurado fará jus, correspondente a até 365 (trezentos e sessenta e cinco).

9. PERÍCIA MÉDICA

9.2. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.

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

10. DISPOSIÇÃO FINAL

10.2. Serão aplicadas a esta condição especial todas as demais disposições contidas nas condições contratuais.



**BNP PARIBAS
CARDIF**

CONDIÇÕES ESPECIAIS

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Consiste no pagamento do capital segurado, de uma única vez conforme estabelecido nas condições gerais ou, se for caso, nas condições especiais do plano de microsseguro, em caso da perda total ou impotência funcional definitiva dos membros ou órgãos definidos no bilhete, em decorrência de lesão física sofrida pelo segurado, provocada por acidente pessoal coberto, cujo capital segurado será limitado no bilhete de seguro.

1.2. Para fins deste seguro, a Invalidez Permanente Total por Acidente será caracterizada após a constatação da:

- a) Perda total da visão de ambos os olhos;**
- b) Perda total do uso de ambos os braços;**
- c) Perda total do uso de ambas as pernas;**
- d) Perda total do uso de ambas as mãos;**
- e) Perda total do uso de um braço e uma perna;**
- f) Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;**
- g) Perda total do uso de ambos os pés;**
- h) Alienação mental total e incurável.**

1.3. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, sendo constatada e avaliada em caráter definitivo a invalidez permanente total, a Seguradora pagará uma indenização.

1.4. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente.

1.5. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

1.6. Desde que efetivamente comprovada, por ser o Capital Segurado da cobertura de Invalidez Permanente e Total por Acidente igual a 100% do Capital Segurado da cobertura de Morte e/ou Morte Acidental, seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de Morte e/ou Morte Acidental, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

1.7. Não restando comprovada a Invalidez Permanente e Total por Acidente, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e das Condições Especiais, sem qualquer devolução de prêmios.



1.8. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data da ocorrência do acidente.

2. RISCOS EXLUÍDOS

2.1. Os riscos excluídos para esta cobertura são aqueles mencionados no item 4 – **EXCLUSÕES GERAIS das condições gerais**

3. CARÊNCIA

3.1. Não haverá carência.

4. FRANQUIA

4.1. Não haverá franquia.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado será pago de forma única até o limite estabelecido no bilhete de seguro.

5.2. O pagamento da indenização será realizado de uma única vez.

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

6.1. As indenizações por Morte e Invalidez Permanente Total por Acidente, quando contratadas ambas as coberturas, não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo evento, será deduzida, do valor do Capital Segurado a ser pago, o valor já indenizado em razão da Invalidez Permanente Total por Acidente.

7. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal (is) deverá (ão) comunicá-lo à seguradora através da Central de Atendimento indicada no Bilhete de Seguro e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à seguradora:

- a) Aviso de sinistro;
- b) Documento de identificação do segurado;
- c) Boletim de ocorrência policial, se for o caso;
- d) Carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;
- e) Relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas, diagnósticos necessários e a data da invalidez;



7.2. O pagamento da indenização se dará no prazo e forma estabelecido no item 18.1 das Condições Gerais.

8. DISPOSIÇÃO FINAL

8.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as demais disposições contidas nas condições gerais.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

**DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E/OU
ODONTOLÓGICAS DECORRENTES DE
ACIDENTE PESSOAL.**

DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E/OU ODONTOLÓGICAS DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL.

1. OBJETIVO:

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

2. LIVRE ESCOLHA

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

2.2. Desde que preservada a livre escolha, pode a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos para facilitar a prestação da assistência ao Segurado.

2. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO

2.2. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal (is) deverá (ão) comunicá-lo à seguradora através da Central de Atendimento indicada no Bilhete de Seguro e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à seguradora:

- a) aviso de sinistro;
- b) documento de identificação do segurado;
- c) boletim de ocorrência policial, se for o caso;
- d) notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas pelo segurado;
- e) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado; e
- f) relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas e diagnósticos necessários

2.4. O pagamento da indenização se dará no prazo e forma estabelecido no item 18.1 das Condições Gerais.

3. RISCOS EXLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos mencionados no item 4 – **EXCLUSÕES GERAIS** das condições gerais estarão também excluídas da Cobertura **DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E/OU ODONTOLÓGICAS DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL:**

- a) estados de convalescença, após a alta médica.



4. DESPESAS NO EXTERIOR

4.1. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior deve ser realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento efetuado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica, quando da liquidação do sinistro.

5. DISPOSIÇÃO FINAL

5.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as demais disposições contidas nas condições gerais.

5.2. O pagamento da indenização será realizado de uma única vez.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL

REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura garante ao(s) no reembolso das despesas com o funeral do(s) segurado(s), cujo capital segurado será limitado no bilhete de seguro.

1.1.1 No caso de prestação de serviços, os seguintes benefícios estarão garantidos:

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

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

III – ornamentação de urna: à disposição da família, flores da época para o interior da urna;

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

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

VI – sepultamento: de responsabilidade do serviço de assistência funeral, incluindo o pagamento das respectivas taxas relacionadas ao sepultamento nas modalidades municipal ou particular, conforme especificado nas condições gerais ou, se for caso, nas condições especiais do plano de microsseguro.

VII – caixão: de responsabilidade do serviço de assistência funeral, o pagamento das despesas relacionadas à aquisição da urna funerária, na modalidade especificada nas condições gerais ou, se for caso, nas condições especiais do plano de microsseguro.

VIII – representante da prestadora de serviços: pessoa designada pela prestadora de serviço, responsável por providenciar todos os documentos necessários ao encaminhamento do sepultamento junto à funerária, tomando todas as medidas necessárias à realização do funeral, podendo solicitar o acompanhamento de membro da família, caso necessário.

1.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data de falecimento do segurado”.

1.3. Quando a cobertura de reembolso das despesas com funeral for substituída pela prestação de serviços de assistência funeral, os benefícios mínimos previstos nesta apólice deverão estar à disposição da família do segurado no prazo máximo de 24 (vinte e quatro horas) horas a partir do horário de protocolo de comunicação da ocorrência da morte do segurado à sociedade seguradora.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Riscos excluídos para esta cobertura são aqueles mencionados no item 4 – exclusões gerais das condições gerais

3. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

3.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal (is) deverá (ão) comunicá-lo à seguradora através da Central de Atendimento indicada no Bilhete de Seguro e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à seguradora:

- a) Aviso de sinistro;
- b) Certidão de óbito do segurado;
- c) Notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas com o funeral do segurado;
- d) Documento de identificação daquele(s) que realizar (em) as despesas.

3.2. O pagamento da indenização se dará no prazo e forma estabelecido no item 18.1 das Condições Gerais.

4. CARÊNCIA

Não haverá carência.

5. FRANQUIA

Não haverá franquia.

6. PRÊMIO

6.1. O prêmio correspondente a garantia de que trata esta condição especial, se contratada, deverá estar especificado no bilhete de seguro.

7. DISPOSIÇÃO FINAL

7.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as demais disposições contidas nas condições contratuais.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE E/OU DEPENDENTES

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE E/OU DEPENDENTES

1. OBJETIVO:

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

1.2. A cláusula suplementar de inclusão de cônjuge e/ou dependentes define a inclusão, no seguro, dos cônjuges e/ou dependentes dos segurados titulares, que pode ser feita da seguinte forma:

- a)** Automática: quando abranger os cônjuges e/ou dependentes de todos os segurados titulares;
- b)** Facultativa: quando abranger os cônjuges e/ou dependentes dos segurados titulares que assim o autorizarem.

1.3. Equiparam-se ao(s) cônjuge(s) os (as) companheiros (as) dos segurados titulares, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

1.4. O capital segurado do cônjuge não pode ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo segurado titular, observando-se que o critério para fixação do capital segurado deve ser estabelecido e definido no Contrato.

1.5. A cobertura dos riscos individuais previstos nesta cláusula começará a vigorar:

- a)** Na data do início do risco individual do segurado titular, desde que solicitada a inclusão de seu cônjuge simultaneamente, mediante análise e aceitação pela Seguradora;
- b)** Quando o cônjuge não for incluído simultaneamente com o segurado titular, o início de vigência individual do seguro do cônjuge será a partir da vigência correspondente à solicitação expressa do segurado titular.

1.6. Equiparam-se aos filhos os enteados e os menores, considerados dependentes econômicos do segurado titular.

1.7. Quando ambos os cônjuges forem segurados, os filhos podem ser incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior capital segurado, sendo ele denominado segurado titular para efeito desta cláusula.

1.8. O capital segurado da cobertura suplementar de Inclusão de Filhos não pode ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo segurado titular, observando-se que o critério para fixação do capital segurado deve ser estabelecido e definido no Contrato.

1.9. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, a indenização tem caráter de reembolso das despesas comprovadas com o funeral, limitado ao percentual de participação constante no Contrato.

1.10 Para os filhos com idade a superior a 14 (quatorze) anos, a indenização será integral, de acordo com o percentual de participação constante no Contrato.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 - Estão expressamente excluídos desta cobertura os riscos indicados no item 5 – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais e segue as exclusões para as coberturas do segurado principal

3. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO

3.1. A lista de documentos seguirá à necessária para as coberturas do segurado principal.

3.2. O pagamento da indenização se dará no prazo e forma estabelecido no item 18.1 das Condições Gerais.