

CONDIÇÕES CONTRATUAIS
VIDA INDIVIDUAL
REENQUADRAMENTO ANUAL

PROCESSO SUSEP 15414.900055/2013-50 – VERSÃO 11
SANCOR SEGUROS DO BRASIL S.A.
CNPJ 17.643.407/0001-30

SUMÁRIO

CANAIS DE ATENDIMENTO	9
APRESENTAÇÃO E COMPOSIÇÃO DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS	10
CONDIÇÕES GERAIS	11
SEGURO VIDA INDIVIDUAL – REENQUADRAMENTO ANUAL – VERSÃO 11	11
INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O SEGURO	11
Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO	11
Cláusula 2 – DEFINIÇÕES	11
Cláusula 3 – ÂMBITO GEOGRÁFICO	15
CONTRATAÇÃO E VIGÊNCIA	15
Cláusula 4 – ACEITAÇÃO	15
Cláusula 5 – FORMA DE CONTRATAÇÃO	17
Cláusula 6 – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	17
Cláusula 7 – CANCELAMENTO DO SEGURO E RESCISÃO CONTRATUAL	18
GARANTIAS DO SEGURO	19
Cláusula 8 – COBERTURAS (RISCOS COBERTOS)	19
Cláusula 9 – RISCOS EXCLUÍDOS	20
Cláusula 10 – FRANQUIAS E CARÊNCIAS	21
DIREITOS E OBRIGAÇÕES DAS PARTES	21
Cláusula 11 – OBRIGAÇÕES DO SEGURADO	21
Cláusula 12 – BENEFICIÁRIOS	22
Cláusula 13 – PERDA DE DIREITOS	23
PAGAMENTO DO SEGURO	24
Cláusula 14 – PAGAMENTO DO PRÊMIO	24
Cláusula 15 – ATUALIZAÇÃO E ALTERAÇÃO DE VALORES	26
SINISTRO E REGULAÇÃO	28
Cláusula 16 – COMUNICAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	28
Cláusula 17 – REINTEGRAÇÃO	30
DISPOSIÇÕES FINAIS	31
Cláusula 18 – PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS	31
Cláusula 19 – ARBITRAGEM	32
Cláusula 20 – PRESCRIÇÃO	32
Cláusula 21 – FORO	33
CONDIÇÕES ESPECIAIS	34
COBERTURAS DO SEGURO VIDA INDIVIDUAL - REENQUADRAMENTO ANUAL	34
COBERTURA BÁSICA	34
MORTE	34
Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO	34

Cláusula 2 – CAPITAL SEGURADO	34
Cláusula 3 – REENQUADRAMENTO POR IDADE	34
Cláusula 4 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES.....	37
Cláusula 5 – RATIFICAÇÃO	37
COBERTURAS ADICIONAIS	38
AUXÍLIO FUNERAL	38
Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO	38
Cláusula 2 – DEFINIÇÕES	38
Cláusula 3 – ÂMBITO GEOGRÁFICO	38
Cláusula 4 – CAPITAL SEGURADO	38
Cláusula 5 – REENQUADRAMENTO POR IDADE	39
Cláusula 6 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	39
Cláusula 7 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES.....	39
Cláusula 8 – SEGURO CUMULATIVO	39
Cláusula 9 – RATIFICAÇÃO	39
CESTA BÁSICA.....	40
Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO.....	40
Cláusula 2 – CAPITAL SEGURADO	40
Cláusula 3 – REENQUADRAMENTO POR IDADE	40
Cláusula 4 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES.....	40
Cláusula 5 – BENEFICIÁRIO	40
Cláusula 6 – RATIFICAÇÃO	40
COBERTURA SUPLEMENTAR DE CÔNJUGE.....	41
Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO.....	41
Cláusula 2 – COBERTURAS (RISCOS COBERTOS)	41
Cláusula 3 – CAPITAL SEGURADO	41
Cláusula 4 – REENQUADRAMENTO POR IDADE	42
Cláusula 5 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES.....	42
Cláusula 6 – CESSAÇÃO DO RISCO INDIVIDUAL.....	42
Cláusula 7 – RATIFICAÇÃO	42
COBERTURA SUPLEMENTAR DE FILHO(S)	43
Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO.....	43
Cláusula 2 – COBERTURAS (RISCOS COBERTOS)	43
Cláusula 3 – CAPITAL SEGURADO	43
Cláusula 4 – REENQUADRAMENTO POR IDADE	43
Cláusula 5 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES.....	44
Cláusula 6 – CESSAÇÃO DO RISCO INDIVIDUAL.....	44
Cláusula 7 – RATIFICAÇÃO	44
DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL.....	45

Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO	45
Cláusula 2 – RISCOS EXCLUÍDOS	45
Cláusula 3 – CAPITAL SEGURADO	46
Cláusula 4 – REENQUADRAMENTO POR IDADE	46
Cláusula 5 – FRANQUIAS	46
Cláusula 6 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	46
Cláusula 7 – SEGUROS CUMULATIVOS.....	47
Cláusula 8 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES.....	47
Cláusula 9 – RATIFICAÇÃO	47
DESPESAS ODONTOLÓGICAS DECORRENTES DE ACIDENTES PESSOAIS	48
Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO.....	48
Cláusula 2 – CAPITAL SEGURADO	48
Cláusula 3 – FRANQUIAS	48
Cláusula 4 – REENQUADRAMENTO POR IDADE	49
Cláusula 5 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	49
Cláusula 6 – SEGUROS CUMULATIVOS.....	49
Cláusula 7 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES.....	49
Cláusula 8 – RATIFICAÇÃO	49
DIAGNÓSTICO DE CÂNCER	50
Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO.....	50
Cláusula 2 – COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER (RISCO COBERTO)	50
Cláusula 3 – DEFINIÇÕES	50
Cláusula 4 – RISCOS EXCLUÍDOS	51
Cláusula 5 – CAPITAL SEGURADO	51
Cláusula 6 – FRANQUIAS	51
Cláusula 7 – REENQUADRAMENTO POR IDADE	52
Cláusula 8 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	54
Cláusula 9 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES.....	54
Cláusula 10 – RATIFICAÇÃO	54
DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE PESSOAL (DITA)	55
Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO.....	55
Cláusula 2 – DEFINIÇÕES	55
Cláusula 3 – CAPITAL SEGURADO	55
Cláusula 4 – FRANQUIAS	55
Cláusula 5 – REENQUADRAMENTO POR IDADE	55
Cláusula 6 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	55
Cláusula 7 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES.....	56
Cláusula 8 – RATIFICAÇÃO	56
DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR DOENÇA (DITD)	57

Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO	57
Cláusula 2 – DEFINIÇÕES	57
Cláusula 3 – RISCOS EXCLUÍDOS	57
Cláusula 4 – CAPITAL SEGURADO	57
Cláusula 5 – FRANQUIAS E CARÊNCIAS	58
Cláusula 6 – REENQUADRAMENTO POR IDADE	58
Cláusula 7 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	58
Cláusula 8 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES	59
Cláusula 9 – RATIFICAÇÃO	59
DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE PESSOAL OU DOENÇA (DIH)	60
Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO	60
Cláusula 2 – DEFINIÇÕES	60
Cláusula 3 – RISCOS EXCLUÍDOS	60
Cláusula 4 – CAPITAL SEGURADO	61
Cláusula 5 – FRANQUIAS E CARÊNCIAS	62
Cláusula 6 – REENQUADRAMENTO POR IDADE	62
Cláusula 7 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	63
Cláusula 8 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES	63
Cláusula 9 – RATIFICAÇÃO	63
DOENÇAS GRAVES	64
Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO	64
Cláusula 2 – DEFINIÇÕES	64
Cláusula 3 – COBERTURAS (RISCOS COBERTOS)	65
Cláusula 4 – CAPITAL SEGURADO	65
Cláusula 5 – CARÊNCIAS	66
Cláusula 6 – REENQUADRAMENTO POR IDADE	66
Cláusula 7 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	66
Cláusula 8 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES	67
Cláusula 9 – RATIFICAÇÃO	67
DOENÇAS GRAVES AMPLA	68
Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO	68
Cláusula 2 – DEFINIÇÕES	68
Cláusula 3 – COBERTURAS (RISCOS COBERTOS)	70
Cláusula 4 – CAPITAL SEGURADO	72
Cláusula 5 – CARÊNCIAS	72
Cláusula 6 – REENQUADRAMENTO POR IDADE	73
Cláusula 7 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	73
Cláusula 8 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES	74
Cláusula 9 – RATIFICAÇÃO	74

DOENÇAS GRAVES (4 DOENÇAS)	75
Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO	75
Cláusula 2 – DEFINIÇÕES	75
Cláusula 3 – COBERTURAS (RISCOS COBERTOS)	76
Cláusula 4 – CAPITAL SEGURADO	76
Cláusula 5 – CARÊNCIAS	77
Cláusula 6 – REENQUADRAMENTO POR IDADE	77
Cláusula 7 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	79
Cláusula 8 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES	80
Cláusula 9 – RATIFICAÇÃO	80
DOENÇAS GRAVES (10 DOENÇAS)	81
Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO	81
Cláusula 2 – DEFINIÇÕES	81
Cláusula 3 – RISCOS COBERTOS	82
Cláusula 4 – CAPITAL SEGURADO	83
Cláusula 5 – CARÊNCIAS	83
Cláusula 6 – REENQUADRAMENTO POR IDADE	83
Cláusula 7 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	86
Cláusula 8 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES	87
Cláusula 9 – RATIFICAÇÃO	87
DOENÇAS GRAVES (30 DOENÇAS)	88
Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO	88
Cláusula 2 – DEFINIÇÕES	88
Cláusula 3 – COBERTURAS (RISCOS COBERTOS)	90
Cláusula 4 – CAPITAL SEGURADO	93
Cláusula 5 – CARÊNCIAS	93
Cláusula 6 – REENQUADRAMENTO POR IDADE	94
Cláusula 7 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	96
Cláusula 8 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES	97
Cláusula 9 – RATIFICAÇÃO	97
INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)	98
Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO	98
Cláusula 2 – DEFINIÇÕES	98
Cláusula 3 – RISCOS COBERTOS	99
Cláusula 4 – RISCOS EXCLUÍDOS	102
Cláusula 5 – CAPITAL SEGURADO	102
Cláusula 6 – REENQUADRAMENTO POR IDADE	103
Cláusula 7 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	105
Cláusula 8 – CARÊNCIAS	106

Cláusula 9 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES.....	106
Cláusula 10 – RATIFICAÇÃO	106
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE PESSOAL (IPA).....	107
Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO.....	107
Cláusula 2 – DEFINIÇÕES	107
Cláusula 3 – RISCOS EXCLUÍDOS.....	107
Cláusula 4 – CAPITAL SEGURADO	108
Cláusula 5 – REENQUADRAMENTO POR IDADE	108
Cláusula 6 – CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO	108
Cláusula 7 – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	110
Cláusula 8 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES.....	110
Cláusula 9 – RATIFICAÇÃO	110
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE PESSOAL (IPTA)	111
Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO.....	111
Cláusula 2 – RISCOS COBERTOS.....	111
Cláusula 3 – CAPITAL SEGURADO	111
Cláusula 4 – REENQUADRAMENTO POR IDADE	111
Cláusula 5 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	111
Cláusula 6 – CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO	112
Cláusula 7 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES.....	113
Cláusula 8 – RATIFICAÇÃO	113
MORTE ACIDENTAL	114
Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO.....	114
Cláusula 2 – CAPITAL SEGURADO	114
Cláusula 3 – REENQUADRAMENTO POR IDADE	114
Cláusula 4 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES.....	114
Cláusula 5 – RATIFICAÇÃO	114
PERDA INVOLUNTÁRIA DE EMPREGO (PIE)	115
Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO.....	115
Cláusula 2 – CONDIÇÕES PARA CONCESSÃO DA COBERTURA.....	115
Cláusula 3 – RISCOS EXCLUÍDOS.....	115
Cláusula 4 – CAPITAL SEGURADO	116
Cláusula 5 – REENQUADRAMENTO POR IDADE	116
Cláusula 6 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	116
Cláusula 7 – FRANQUIAS E CARÊNCIAS	116
Cláusula 8 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES.....	116
Cláusula 9 – RATIFICAÇÃO	116
SEGURO MULHER (CÂNCER DE MAMA, OVÁRIO OU ÚTERO)	117
Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO.....	117

Cláusula 2 – DEFINIÇÕES	117
Cláusula 3 – COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER (RISCO COBERTO)	117
Cláusula 4 – RISCOS EXCLUÍDOS	118
Cláusula 5 – CAPITAL SEGURADO	118
Cláusula 6 – REENQUADRAMENTO POR IDADE	118
Cláusula 7 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	119
Cláusula 8 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES	119
Cláusula 9 – RATIFICAÇÃO	119

CANAIS DE ATENDIMENTO

Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC): 0800 200 0392

Horário de atendimento: 24 horas (todos os dias)

sac@sancorseguros.com

Assistência 24 horas:

4003 0393 (Capitais e regiões metropolitanas)

0800 200 0393 (Demais localidades)

Horário de atendimento: 24 horas (todos os dias)

Central de Sinistros:

4003 0395 (Capitais e regiões metropolitanas)

0800 200 0395 (Demais localidades)

Horário de atendimento: das 8h às 20h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.

Ouvidoria: 0800 888 0402

Horário de atendimento: das 8h às 20h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.

www.sancorseguros.com

A Ouvidoria poderá ser acionada para atuar na defesa dos direitos dos consumidores, para prevenir, esclarecer e solucionar conflitos não atendidos pelos canais de atendimento habituais.

Pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 888 0399

Horário de atendimento: 24 horas (todos os dias)

Plataforma digital oficial para registro de reclamações dos consumidores dos mercados supervisionados: www.consumidor.gov.br.

SANCOR SEGUROS DO BRASIL S.A.

CNPJ 17.643.407/0001-30

Av. Duque de Caxias, 882 – Térreo e Andares 4 e 5 – Zona 07 - Maringá/PR - CEP:87020-025

www.sancorseguros.com.br

APRESENTAÇÃO E COMPOSIÇÃO DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS

Este documento reúne as Condições Contratuais do Seguro VIDA INDIVIDUAL – REENQUADRAMENTO ANUAL da Sancor Seguros, que define as regras do contrato, as Coberturas contratadas e os direitos e deveres das partes.

As Condições Contratuais são compostas pelas Condições Gerais e podem incluir Condições Especiais e Condições Particulares. Em caso de divergência entre elas, prevalecem as Condições Particulares sobre as Condições Especiais, e estas sobre as Condições Gerais.

Apenas as Coberturas expressamente contratadas e indicadas na sua Apólice são aplicáveis ao seguro.

Todas as comunicações entre o Segurado e a Seguradora deverão ser realizadas pelos canais oficiais de atendimento indicados nestas Condições Contratuais.

A Seguradora poderá, a princípio a seu critério, utilizar meios eletrônicos para o envio de informações, comunicações e documentos contratuais.

Em caso de dúvida, o Segurado ou o Beneficiário poderá entrar em contato com o seu Corretor de Seguros ou diretamente com a Seguradora, pelos canais disponibilizados.

A Aceitação da Proposta de seguro está sujeita à análise do Risco pela seguradora.

Todas as informações prestadas pelo Segurado na Proposta de Seguro e nos formulários complementares integram o contrato e devem corresponder à verdade, sendo essenciais para a Aceitação e manutenção da Cobertura. A inexatidão ou omissão poderá implicar a perda do direito à Indenização e o Cancelamento do contrato.

O registro do produto na Superintendência de Seguros Privados – Susep é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep. A autorização da Susep é concedida à Seguradora, que está habilitada a oferecer este seguro no mercado.

A situação cadastral da Seguradora e do Corretor de Seguros pode ser consultada no sítio eletrônico da Susep: www.susep.gov.br.

As Condições Contratuais estão registradas na Susep sob o número do processo indicado na Apólice e na Proposta. A consulta pode ser feita em www.susep.gov.br.

O contrato será regido pela legislação e pela regulamentação vigentes, no momento da contratação ou Renovação. Em caso de omissão, prevalecerão essas normas, respeitada, sempre que possível, a liberdade das partes para tratar de matérias não disciplinadas de forma expressa e específica por normas imperativas.

CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO VIDA INDIVIDUAL – REENQUADRAMENTO ANUAL – VERSÃO 11

INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O SEGURO

Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO

1.1 O presente Plano de Seguro tem por objetivo garantir o Interesse Legítimo do Segurado ou do Beneficiário indicado na Apólice, mediante o pagamento do respectivo Prêmio equivalente, contra Riscos predeterminados nas Coberturas contratadas.

1.2 A Garantia consiste no pagamento de Indenização de Evento Indenizável, coberto e comprovado, até o limite dos respectivos Capitais Segurados fixados para cada Cobertura em vigor, exceto se decorrentes de Riscos excluídos, hipóteses de perda de direito e demais disposições previstas nestas Condições Gerais, nas Condições Especiais e nos Documentos Contratuais expressamente convencionados.

Cláusula 2 – DEFINIÇÕES

Este dicionário foi elaborado para auxiliar na compreensão das Condições Contratuais do seguro, que incluem determinados termos técnicos. Sempre que, no decorrer do texto, uma palavra aparecer iniciada com letra maiúscula, sem estar no começo da frase, isso significará que possui um sentido específico estabelecido neste dicionário. Dessa forma, a intenção é facilitar a leitura e assegurar que os principais conceitos e disposições das Condições Contratuais e da Apólice sejam compreendidos de maneira clara. Para fins deste Plano de Seguro, serão utilizadas as seguintes definições:

Aceitação do Risco: Ato de aprovação pela Seguradora de Proposta de seguro efetuada pelo Proponente para Cobertura de seguro de determinado(s) Risco(s), após análise do Risco.

Acidente Pessoal: Evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se, que o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de Indenização, a Acidente Pessoal.

Agravamento do Risco: Circunstâncias que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do Risco assumido pela Seguradora.

Apólice: Documento emitido pela sociedade Seguradora formalizando a aceitação da(s) Cobertura(s) solicitada(s) pelo Proponente, nos planos individuais, ou pelo Estipulante, nos planos coletivos.

Ato Doloso: Ato intencional praticado no intuito de obter vantagem indevida ou prejudicar a outrem.

Ato Ilícito: Toda ação ou omissão voluntária, Negligência ou imprudência, que viole direito e cause dano a outrem, ainda que exclusivamente moral.

Aviso de Sinistro: É a comunicação obrigatória e formal do Segurado, Beneficiário ou seus representantes legais à Seguradora da ocorrência do evento de Sinistro passível de Cobertura, assim que dele tenha conhecimento e conforme previsto nas Condições Contratuais.

Beneficiário: É a pessoa física ou jurídica a favor da qual é devida a Indenização, em caso de Evento Coberto.

Boa-fé: É o princípio fundamental que orienta a formação, execução e interpretação do contrato de seguro. Consiste no comportamento leal, honesto e transparente que devem adotar tanto o Segurado quanto a Seguradora, agindo com retidão, cooperação e confiança recíproca, sem omissões ou dissimulações, e sempre com a convicção de estar agindo conforme a lei e o contrato.

Cancelamento: Dissolução antecipada do Contrato de seguro antes do término de Vigência da(o) Cobertura/seguro contratado.

Capital Segurado: Valor máximo para a Cobertura contratada a ser pago pela sociedade Seguradora na ocorrência de Evento Coberto.

Carência: É o período de tempo ininterrupto contado a partir da data de Início de Vigência do seguro, ou do aumento do Capital Segurado, ou da recondução do seguro, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do Sinistro, o Segurado ou os Beneficiários não terão direito à percepção dos Capitais Segurados contratados, sem prejuízo do pagamento dos Prêmios devidos.

Carregamento: Importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

Cobertura: Conjunto de Riscos assumidos pela Seguradora, conforme o Contrato de seguro, respeitados os eventos não cobertos e Riscos excluídos.

Companheira(o): Pessoa que mantém relacionamento de união estável com o Segurado, convivendo de forma contínua, pública e duradoura, com objetivo de constituição de família, e que não está impedida por Lei.

Condições Contratuais: Conjunto de disposições que regem a contratação de um Plano de Seguro. São compostas pelas Condições Gerais, Condições Especiais e, quando aplicável, pelas Condições Particulares.

Condições Especiais: São condições que especificam as diferentes modalidades de Cobertura e Garantias adicionais que podem existir dentro de um mesmo Plano de Seguro.

Condições Gerais: Conjunto de cláusulas que regem um mesmo Plano de Seguro, estabelecendo obrigações e direitos da sociedade Seguradora, dos Segurados, dos Beneficiários e, quando couber, do Estipulante.

Condições Particulares: Conjunto de cláusulas que alteram as Condições Gerais e/ou Especiais de um Plano de Seguro, modificando ou cancelando disposições já existentes, ou, ainda, introduzindo novas disposições e eventualmente ampliando ou restringindo a Cobertura.

Corretor de Seguros: Profissional habilitado e autorizado a angariar e promover Contratos de Seguros.

Culpa: Ato culposo ou omissão praticado por uma pessoa sem a intenção de causar dano, mas que, em razão de Negligência, imprudência ou falta de habilidade, resulta em prejuízo a terceiros ou a si própria.

Declaração Pessoal de Saúde e Atividade (DPSA): Declaração legal e formal, na qual o Proponente presta as informações e declarações sobre o seu estado de saúde e atividade profissional exercida, sob sua

responsabilidade e sob as penas previstas na legislação, para avaliação do Risco pela Seguradora.

Dependentes Legais: São o Cônjuge/Companheiro(a), filhos, pais, irmãos, e os demais assim considerados pela legislação do Imposto de Renda e/ou da Previdência Social, desde que não sejam seguráveis como Componentes Principais.

Documentos Contratuais: Documento emitido pela Seguradora, sendo a Apólice, Aditivos Contratuais, Contrato de Estipulante ou de Representante, o Certificado Individual, o Endosso, o bilhete de seguro ou outros documentos que façam, referência ao seguro comercializado.

Doenças Preexistentes: São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado, anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento na data da contratação de seguro e não declaradas na Proposta de Contratação.

Dolo: É a intenção de praticar ato ilícito ou fraudulento, empregando artifício, engano ou qualquer manobra para obter vantagem indevida ou causar prejuízo a outrem. Trata-se de conduta consciente, que vicia a manifestação de vontade e afasta a Boa-fé contratual.

Endosso: Documento, emitido pela sociedade Seguradora, por meio do qual são formalizadas alterações do seguro contratado, de comum acordo entre as partes envolvidas.

Estipulante: Pessoa natural ou jurídica que contrata Apólice coletiva de seguros, ficando investido de poderes de representação dos Segurados perante as sociedades Seguradoras, nos termos da regulação vigente.

Evento Coberto: É o acontecimento futuro e incerto, de natureza súbita, involuntária e imprevisível, descrito nas Garantias e ocorrido durante a Vigência do seguro.

Foro: Refere-se à localização do órgão do poder judiciário a ser acionado em caso de litígios oriundos do Contrato; jurisdição, alçada. Sinônimo de fórum.

Franquia: É um valor inicial do Capital Segurado ou um período em dias, pelo qual o Segurado fica responsável como Segurador de si próprio. Este valor ou número de dias estarão definidos no Plano de Seguro.

Garantia: Designação genérica dos Riscos cobertos pelo seguro e assumidos pela Seguradora, nos termos do Plano de Seguro sendo também empregado como sinônimo de Cobertura.

Indenização: Valor a ser pago pela sociedade Seguradora na ocorrência do Evento Coberto, limitado ao valor do Capital Segurado da Cobertura contratada.

Início de Vigência: É a data a partir da qual as Coberturas de Risco Propostas serão garantidas pela sociedade Seguradora.

Interesse Legítimo: É o requisito essencial do contrato de seguro, que justifica e evidencia a necessidade de proteção contra determinado Risco, tendo vínculo jurídico ou econômico, lícito e comprovável.

Liquidação de Sinistro: é a etapa subsequente à Regulação do Sinistro, na qual a Seguradora, após a conclusão da análise e o recebimento dos documentos pertinentes, determina o valor da indenização devida ou o montante correspondente à reposição ou substituição do bem, quando constatada a cobertura, e efetua o respectivo pagamento ou providencia a reposição, conforme as disposições contratuais, legais e regulatórias aplicáveis.

Negligência: Omissão, descuido ou desleixo no cumprimento de encargos ou obrigações.

Nota Técnica Atuarial: Documento elaborado por atuário, que contém a estruturação técnica do Plano de Seguro, mantendo estreita relação com as CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

Plano de Seguro: Conjunto de documentos elaborados pelas Seguradoras com a finalidade de estabelecer as normas operacionais de um determinado ramo de seguro. É subdividido em: CONDIÇÕES GERAIS do ramo, Coberturas Básicas oferecidas (CONDIÇÕES ESPECIAIS), Coberturas Adicionais e Cláusulas Específicas disponíveis (Condições Particulares) e Nota Técnica Atuarial.

Prêmio: Importância paga pelo Segurado ou Estipulante/Proponente à Seguradora para que esta assuma consequências de parte do Risco a que o Segurado está exposto.

Proponente: Pessoa física interessada em contratar a(s) Cobertura(s) de um Contrato de Seguro. Também poderá ser denominada “Potencial Segurado”.

Proposta: Documento que formaliza o interesse do Proponente em contratar, alterar ou renovar o seguro, abrangendo, no caso de contratação ou Renovação de Apólices coletivas, tanto a Proposta de Contratação formalizada pelo Estipulante, como as Propostas de Contratação ou de Adesão dos Segurados individuais.

Proposta de Contratação: Documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do Risco, em que o Proponente, expressa a intenção de aderir à contratação do seguro, manifestando pleno conhecimento das CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

Regime Financeiro de Repartição Simples: A estrutura técnica em que os Prêmios pagos por todos os Segurados do Plano de Seguro, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos Eventos Cobertos ocorridos nesse período.

Regulação de Sinistro: É o exame das suas causas e circunstâncias a fim de se caracterizar o evento ocorrido e, em face dessas verificações, concluir-se sobre a Cobertura, bem como se o Segurado cumpriu todas as suas obrigações legais e contratuais.

Reintegração do Capital Segurado: Recomposição do Capital Segurado após a ocorrência de um Sinistro, voltando ao valor originalmente contratado, conforme as condições previstas na Apólice.

Renovação: É a continuidade da Cobertura de um seguro, por meio da emissão de nova Apólice, com nova Vigência, nas mesmas condições que vigoravam anteriormente ou sob novas condições.

Risco: É o acontecimento futuro e incerto, ou de data incerta, potencialmente danoso.

Risco Excluído: São aqueles eventos, situações ou circunstâncias que desde o início da contratação da Apólice, não estão cobertos pelo contrato de seguro, mesmo que relacionados a vida segurada.

Segurado: No Seguro de Pessoas será a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do Risco e se estabelecerá o seguro.

Sinistro: A ocorrência do Risco coberto, durante o período de Vigência do Plano de Seguro.

Suicídio Voluntário: consiste no ato em que o Segurado, de forma intencional, provoca ou tenta provocar a própria morte, ainda que sem a finalidade de obtenção de Indenização securitária. Nesses casos, caberá ao caberá ao(s)

Beneficiário(s) comprovarem a inexistência de voluntariedade, sob pena de perda do direito ao recebimento do Capital Segurado.

Vigência: Intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o Contrato de Seguro, podendo ser fixada em anos, meses, dias, horas, minutos, jornada, viagem ou trecho, ou outros critérios, conforme estabelecido no Plano de Seguro.

Cláusula 3 – ÂMBITO GEOGRÁFICO

3.1 O âmbito geográfico das Coberturas será em todo o globo terrestre, salvo disposição em contrário discriminada nas CONDIÇÕES ESPECIAIS ou nas CONDIÇÕES PARTICULARES.

3.1.1 Determinadas Coberturas previstas nas Condições Especiais e, eventualmente, nas Condições Particulares, poderão ter âmbito territorial restrito ao território nacional, aplicando-se exclusivamente a eventos ocorridos dentro dos limites geográficos da República Federativa do Brasil, conforme especificado nas respectivas cláusulas.

CONTRATAÇÃO E VIGÊNCIA

Cláusula 4 – ACEITAÇÃO

4.1 A Proposta de Contratação será formalizada por meio de documento próprio, devidamente preenchido e assinado pelo Proponente, ou seu representante legal, ou Corretor de Seguros, após a ciência e concordância integral das Condições Contratuais.

4.1.1 O simples pedido de cotação à Seguradora não equivale à Proposta de Contratação, tampouco a Aceitação do Seguro, mas as informações prestadas pelas partes e/ou por Terceiros que servirão para aceitação, mensuração e precificação do Risco integrarão o Contrato que vier a ser celebrado.

4.2 **Caberá ao Proponente fornecer à Seguradora todas as informações previamente estabelecidas para a análise e Aceitação do Risco e manter a sociedade Seguradora informada a respeito dos seus dados cadastrais e alterações na natureza do Risco coberto, de acordo com o definido contratualmente.**

4.3 **A Seguradora terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos, contados do recebimento da Proposta completa, para manifestar-se expressamente sobre a aceitação ou recusa, comunicando/justificando formalmente, inclusive para Propostas de Renovação ou alteração de Risco.**

4.3.1 Durante o prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos para análise da Proposta, a Seguradora poderá, mediante justificativa, solicitar esclarecimentos e/ou documentos complementares para análise do Risco e aceitação da Proposta. Nesse caso, o prazo de 25 (vinte e cinco) dias será suspenso, reiniciando-se na data do recebimento de toda a documentação solicitada.

4.3.2 A ausência de manifestação expressa e por escrito da Seguradora, no prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos, caracterizará a aceitação tácita da Proposta. De igual modo, a emissão e o envio da Apólice dentro do prazo de Aceitação, substitui a manifestação expressa de Aceitação da Proposta pela Seguradora.

4.4 A Seguradora fornecerá, obrigatoriamente, protocolo que identifique a Proposta por ela recepcionada, com a indicação da data e da hora de seu recebimento, desde que satisfeitos todos os requisitos formais necessários.

4.4.1 A Seguradora poderá recusar o fornecimento de protocolo para a Proposta que não satisfaça a todos os requisitos formais estabelecidos para seu recebimento, previamente à sua análise, devolvendo-a para o atendimento das exigências pendentes.

4.5 A Seguradora reserva-se o direito de exigir do Proponente exame(s) médico(s), diagnósticos ou relatórios médicos para avaliação do Risco.

4.5.1 A negativa do Proponente em submeter-se ao(s) exame(s) implicará a recusa automática do Risco.

4.5.2 A pessoa com deficiência não poderá ter sua Proposta de seguro recusada unicamente em razão de sua condição de deficiência. No entanto, o Proponente com deficiência deverá informar e caracterizar eventuais condições de invalidez preexistentes, para fins de correta avaliação do Risco e delimitação de responsabilidade da Seguradora.

4.6 A contratação da Apólice individual deverá ser realizada mediante:

4.6.1 preenchimento e assinatura de Proposta de Contratação exclusivamente pelo Proponente ou seu representante legal;

4.6.2 concordância de que teve conhecimento prévio da íntegra das CONDIÇÕES GERAIS do seguro;

4.6.3 Declaração Pessoal de Saúde e Atividade (DPSA) ou prova de saúde preenchidos exclusivamente e integralmente pelo Segurado, quando solicitado; e

4.6.4 indicação de Beneficiário(s).

4.7 Não serão admitidos documentos de adesão preenchidos pelo Corretor de Seguros, presumindo-se, para todos os fins, que o preenchimento e a assinatura dos documentos foram realizados pessoalmente pelo Proponente.

4.8 A Proposta será recepcionada pela Seguradora sob protocolo, com indicação da data e hora de seu recebimento e, com base na declaração prestada pelo Proponente, a Seguradora fará análise para aceitação ou recusa dos Riscos individuais propostos.

4.8.1 É facultado à Seguradora solicitar, para efeito de subscrição, informação ao Proponente ou ao Segurado quanto à contratação de outros seguros de pessoas com as mesmas Coberturas. A adoção pela Seguradora da faculdade aqui prevista, implicará, obrigatoriamente, a inclusão na Proposta de Contratação e na Apólice de Seguro, de alerta que a omissão do Segurado na comunicação desse fato à Seguradora poderá resultar na perda do direito à Garantia, se comprovado que silenciou de má-fé.

4.9 A cobrança total ou parcial de Prêmio antes da aceitação da Proposta somente será admitida em caso de oferecimento de Cobertura provisória ao Proponente, para Sinistros ocorridos no período de análise da Proposta, desde que solicitada pelo Proponente.

4.10 No caso de aceitação da Proposta, a Seguradora irá considerar o período de Cobertura provisória como de efetiva Vigência conforme a especificação da Apólice.

4.11 Em caso de recusa do Risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de Prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser

restituído ao Proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a Cobertura. O Proponente tem Cobertura do seguro entre a data de recebimento da Proposta com adiantamento do Prêmio e a data da formalização da recusa.

4.11.1 O valor devido será atualizado monetariamente pelo índice definido na Cláusula 15 – ATUALIZAÇÃO E ALTERAÇÃO DE VALORES destas CONDIÇÕES GERAIS, a contar da data do pagamento até a data efetiva da restituição, de acordo com a legislação em vigor.

4.12 Em caso de não Aceitação de Proposta em que tenha havido adiantamento de valor para pagamento parcial ou total do Prêmio, o seguro será imediatamente cancelado, respeitado o item 4.11.

4.13 Sendo aceita a Proposta de seguro, a Seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias corridos, para emissão da Apólice, contados a partir da respectiva Aceitação.

4.13.1 Se houver algum erro nos dados e/ou informações constantes da Apólice, o Segurado deverá solicitar, por escrito, à Seguradora, a correção da divergência existente.

Cláusula 5 – FORMA DE CONTRATAÇÃO

Este Plano de Seguro está estruturado para contratação individual no Regime Financeiro de Repartição Simples, cuja natureza técnica não permite a constituição de provisões matemáticas passíveis de serem resgatadas ou devolvidas, posto que os Prêmios pagos destinam-se, exclusivamente, ao pagamento de Indenizações e Carregamentos.

Cláusula 6 – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

6.1 A Apólice terá seu início e término de Vigência às 24 horas da(s) data(s) definida(s) nas CONDIÇÕES CONTRATUAIS, inclusive os Endossos correspondentes.

6.2 Para as Propostas de Contratação que tenham sido recepcionadas, sem pagamento do Prêmio, o Início de Vigência da Cobertura será a data de aceitação da Proposta ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e indicada nos Documentos Contratuais.

6.3 Nos Contratos de Seguros cujas Propostas de Contratação tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do Prêmio, terão seu Início de Vigência a partir das 24 horas da data de recepção da Proposta pela Seguradora.

6.4 No início de cada Vigência do seguro, bem como nos aniversários subsequentes, a Seguradora providenciará a emissão da Apólice, com a identificação do Segurado e Dependentes, se for o caso, início e final de Vigência do seguro, Capital Segurado e Prêmio para cada Garantia, Franquias e Carências, se aplicável, entre outros.

6.5 As Coberturas especiais expressamente ratificadas e incluídas na Apólice pelas CONDIÇÕES ESPECIAIS e/ou Endosso terão sua Vigência coincidente com a da Apólice quando incluídas no início do Seguro, de modo contrário, terão o Início de sua Vigência fixado no Endosso que as incluir na Apólice.

6.6 Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora e o Segurado a faculdade de não renovar a Apólice na data do seu vencimento, sem devolução dos Prêmios pagos nos termos dos Documentos Contratuais.

6.7 Respeitado o período correspondente ao Prêmio pago, a Cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final do prazo de Vigência da Apólice, se esta não for renovada.

6.8 Para as Propostas de renovação aplicam-se os mesmos prazos e procedimentos de aceitação descritos na Cláusula 4 – ACEITAÇÃO destas CONDIÇÕES GERAIS.

6.9 A Apólice será renovada automaticamente, pelo mesmo período de Vigência, salvo se a Seguradora comunicar por escrito ao Segurado, com antecedência mínima de **30 (trinta) dias** antes do término da Vigência, sua decisão de não renovar ou das eventuais modificações que pretenda fazer para a Renovação.

6.9.1 Se a Seguradora for omissa no prazo mínimo de **30 (trinta) dias** antes do término da Vigência, o Contrato será automaticamente renovado por igual período.

6.10 **O Segurado poderá recusar a contratação ou a Renovação da Apólice a qualquer tempo antes do início de sua Vigência, mediante comunicação expressa à Seguradora ou pela ausência de pagamento da parcela única ou da primeira parcela do Prêmio.**

6.11 Para que se proceda à Renovação da Apólice, será necessário que o Segurado mantenha em dia o pagamento dos Prêmios devidos e que não tenham ocorrido alterações substanciais no perfil de Risco inicialmente contratado, cuja avaliação compete privativamente à Seguradora. Caso julgar conveniente, a Seguradora poderá condicionar a Renovação à concordância do Segurado quanto a eventuais ajustes nos termos contratuais vigentes.

6.12 Qualquer alteração no Contrato de Seguro deverá ser realizada por Endosso à Apólice, com a concordância expressa e escrita do Segurado ou de seu representante legal.

Cláusula 7 – CANCELAMENTO DO SEGURO E RESCISÃO CONTRATUAL

7.1. O presente Contrato poderá ser cancelado a qualquer tempo por solicitação do Segurado, mediante comunicação prévia e por escrito à Seguradora, produzindo efeitos na data do recebimento do pedido, salvo se solicitado data posterior. A comunicação deverá ser feita com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data de vencimento da próxima parcela do seguro, quando aplicável, a fim de evitar que tal parcela seja cobrada.

7.1.1. Ocorrendo o Cancelamento, a Seguradora restituirá ao Segurado o valor proporcional do Prêmio pago, deduzido o período de cobertura efetivamente usufruído (“pro rata temporis”), podendo deduzir também custos operacionais, conforme legislação.

7.2. **A Apólice não poderá ser cancelada durante a Vigência pela sociedade Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos Riscos. Em caso de comunicação de relevante Agravamento de Risco, a Seguradora poderá cobrar a diferença de prêmio, no prazo de 20 (vinte) dias da comunicação.**

7.3. **No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer das partes e com a concordância recíproca, a Seguradora poderá reter do Prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.**

7.4. **As Garantias de qualquer Segurado cessarão:**

7.4.1. **após a morte do Segurado;**

7.4.2. **automaticamente, com o Cancelamento da Apólice;**

7.4.3. **por solicitação escrita do Segurado à Seguradora, de que o mesmo não deseja continuar no seguro;**

7.4.4. quando o Segurado deixar de contribuir com sua parte do Prêmio.

GARANTIAS DO SEGURO

Cláusula 8 – COBERTURAS (RISCOS COBERTOS)

8.1. As Coberturas contratadas somente serão válidas quando estiverem expressamente indicadas nos Documentos Contratuais e respeitadas todas as condições estabelecidas nestas CONDIÇÕES GERAIS e nas CONDIÇÕES ESPECIAIS.

8.2. **NÃO SÃO CONSIDERADAS CONTRATADAS, E, PORTANTO, NÃO ENTENDIDAS COMO PARTE INTEGRANTE DESTE SEGURO, AS COBERTURAS QUE NÃO ESTIVEREM EXPRESSAMENTE MENCIONADAS E DEVIDAMENTE IDENTIFICADAS NA PROPOSTA E RATIFICADAS NA APÓLICE.**

8.3. A descrição das Cobertura(s) oferecida(s) por este Plano de Seguro e contratada(s) pelo Segurado encontra(m)-se disciplinada(s) na(s) CONDIÇÕES ESPECIAIS, que complementam estas CONDIÇÕES GERAIS.

8.3.1. **As Coberturas adicionais estão vinculadas à Cobertura básica, não podendo, em hipótese alguma, serem contratadas isoladamente, sendo estas:**

8.3.2. **COBERTURA BÁSICA:**

MORTE

8.3.3. **COBERTURAS ADICIONAIS:**

AUXÍLIO FUNERAL

CESTA BÁSICA

COBERTURA SUPLEMENTAR DE CÔNJUGE

COBERTURA SUPLEMENTAR DE FILHO(S)

DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL

DESPESAS ODONTOLÓGICAS DECORRENTES DE ACIDENTES PESSOAIS

DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE PESSOAL (DITA)

DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR DOENÇA (DITD)

DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE PESSOAL OU DOENÇA (DIH)

DOENÇAS GRAVES

DOENÇAS GRAVES AMPLA

DOENÇAS GRAVES (4 DOENÇAS)

DOENÇAS GRAVES (10 DOENÇAS)

DOENÇAS GRAVES (30 DOENÇAS)

INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE PESSOAL (IPA)

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE PESSOAL (IPTA)

MORTE ACIDENTAL

PERDA INVOLUNTÁRIA DE EMPREGO (PIE)

SEGURO MULHER (CÂNCER DE MAMA, OVÁRIO OU ÚTERO)

Cláusula 9 – RISCOS EXCLUÍDOS

9.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS DESTE SEGURO OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DIRETA OU INDIRETA DE:

- a) uso de material nuclear, para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de terrorismo, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, hostilidades de guerra civil ou guerrilha, invasões, atos militares, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, golpe militar ou usurpação de poder, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto quando se tratar da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, ressalvadas as hipóteses em que o evento decorrer de trabalho, prestação de serviço militar, prática de esporte, utilização de meio de transporte arriscado ou ato de humanidade em auxílio a outrem;**
- d) lesões ou Doenças Preexistentes à contratação do Plano de Seguro, que sejam de conhecimento do Segurado e que não tenham sido declaradas, por meio da DPSA, quando da adesão à Proposta;**
- e) 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 consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**
- f) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- g) lesão intencionalmente autoinfligida, suicídio, ou tentativa de Suicídio, Voluntário ou premeditado, independentemente da sanidade mental do Segurado, ocorridos nos primeiros 2 (dois) anos de Vigência do seguro ou da sua recondução após suspensão;**
- h) Atos ilícitos Dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, esta exclusão se aplica aos sócios controladores, aos seus dirigentes e administradores legais, aos Beneficiários e pelos respectivos representantes legais;**
- i) acidentes ocorridos antes da inclusão do Segurado no presente seguro, bem como suas consequências;**
- j) epidemias ou pandemias declaradas por órgão competente, envenenamento em caráter coletivo;**
- k) Atos ilícitos Dolosos ou por Culpa grave equiparável ao Dolo, praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante de um ou de outro;**
- l) participação do Segurado em Atos criminosos ou Ilícitos de qualquer natureza, bem como em tentativas de crime, resistência à prisão ou fuga de autoridade legalmente constituída.**

9.2. NENHUMA INDENIZAÇÃO SERÁ DEVIDA DIFERENTE DAS GARANTIAS PREVISTAS E EFETIVAMENTE CONTRATADAS. NÃO ESTÃO GARANTIDAS INDENIZAÇÕES PARA DANOS MORAIS, DANOS ESTÉTICOS, LUCROS CESSANTES, INTERRUPTÃO DE RENDA, PAGAMENTO DE PENSÃO, PERDAS E DANOS.

Cláusula 10 – FRANQUIAS E CARÊNCIAS

10.1. A Seguradora poderá adotar Franquias e Carências para Coberturas contratadas. Nestes casos estarão estabelecidas e expressas na Proposta, em período anterior ao Início de Vigência.

10.1.1. O prazo de Carência poderá ser aplicado às solicitações de aumento de Capital Segurado efetuadas após o Início de Vigência, em relação à parte aumentada.

10.2. Será observado o prazo de Carência de 2 (dois) anos ininterruptos para a Cobertura de morte e para as demais coberturas aplicáveis, quando o evento decorrer de Suicídio Voluntário ou de sua tentativa, contado a partir da data de contratação ou adesão ao Plano de Seguro, ou da recondução depois de suspenso.

10.3. No caso de Acidente Pessoal não há aplicação de qualquer tipo de Carência, exceto para o caso de Suicídio Voluntário ou sua tentativa, quando o período de Carência corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data de contratação ou adesão ao Plano de Seguro, ou da sua recondução depois de suspenso.

10.4. O período de Carência, quando existir:

10.4.1. deverá haver prévia e expressa anuência do Segurado;

10.4.2. não excederá metade do prazo previsto na Apólice do Segurado, exceto para o caso de Suicídio Voluntário ou sua tentativa, conforme descrito no item 10.2;

10.4.3. estará fixado na Proposta de Contratação e na Apólice do Segurado;

10.4.4. iniciará ao mesmo tempo do Início de Vigência da Cobertura individual ou da sua recondução depois de suspenso;

10.4.5. não é aplicável em caso de renovação da Apólice em relação às Coberturas e respectivos valores já contratados.

DIREITOS E OBRIGAÇÕES DAS PARTES

Cláusula 11 – OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

11.1. Sob pena de perder o direito a qualquer Indenização, na forma da Cláusula 13– PERDA DE DIREITOS e das demais disposições destas Condições Contratuais, o Segurado, por si ou por seu representante legal, obriga-se a:

- a) fornecer à Seguradora todas as informações exigidas para análise do Risco e definição da taxa utilizada no cálculo do Prêmio;**
- b) informar à Seguradora sobre a contratação, encerramento ou rescisão de qualquer seguro relacionado aos mesmos Riscos cobertos nesta Apólice;**
- c) não agravar voluntariamente o Risco, abstendo-se de condutas que possam alterar, de forma**

relevante, as condições do seguro, bem como comunicar prontamente à Seguradora toda circunstância que possa causar aumento do Risco segurado;

- d) avisar à Seguradora, de imediato, sobre qualquer Sinistro ou evento que possa ser assim caracterizado, passível de Indenização ou não, conforme o disposto nestas Condições Contratuais, utilizando a Central de Sinistros indicada nessas Condições Contratuais assim que tiver ciência do fato;
- e) apresentar no Aviso de Sinistro todos os documentos necessários para comprovar a causa, o tipo e a extensão dos danos sofridos;
- f) colaborar com a Seguradora na Regulação do Sinistro, entregando todas as informações e documentos requisitados, autorizando investigações necessárias à verificação da origem e dimensão do dano;
- g) observar as obrigações previstas nesta Cláusula, além de outras contidas nestas Condições Contratuais, especialmente o pagamento pontual do Prêmio nos termos da Cláusula 14 – PAGAMENTO DO PRÊMIO e a colaboração com o processo de Regulação do Sinistro conforme descrito na Cláusula 16 – COMUNICAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.

11.2. O Segurado, ou seu representante, também deverá:

- a) manter sempre atualizados e completos seus dados cadastrais, bancários e de contato junto à Seguradora, bem como dados do(s) Beneficiário(s), avisando prontamente sobre modificações que possam impactar comunicações ou pagamento de indenizações. A Seguradora não responderá por pagamentos realizados com base em dados fornecidos incorretamente ou em atraso, nem será obrigada a refazer o pagamento já realizado;
- b) guardar, durante o prazo prescricional, todos os documentos necessários à análise do Sinistro ou conferência do interesse segurado, como notas fiscais, laudos, exames e relatórios médicos.

11.3. Além destas responsabilidades, o Segurado deverá seguir todas as determinações constantes nas Condições Especiais de cada Cobertura, em caso de Sinistro.

Cláusula 12 – BENEFICIÁRIOS

12.1. É facultado ao Segurado indicar livremente o(s) Beneficiário(s) do presente seguro no momento da contratação, podendo estabelecer os respectivos percentuais de participação no Capital Segurado.

12.1.1. O Segurado poderá, a qualquer tempo, alterar o Beneficiário mediante comunicação escrita à Seguradora, devidamente assinada e protocolada junto à Seguradora. A alteração passará a valer a partir do registro da solicitação, sob protocolo.

12.1.2. A Seguradora que não for cientificada oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o Capital Segurado ao antigo Beneficiário.

12.2. Na falta de indicação expressa de Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão Beneficiários aqueles indicados por lei.

12.3. Na falta das pessoas indicadas pelo Segurado pela Lei, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

12.4. A(o) Companheira(o) será equiparada(o) à(ao) esposa(o), observando o disposto no artigo 115, §2º da Lei do Contrato de Seguro.

12.5. Quando da ocorrência ou iminência de Sinistro, incumbe ao Beneficiário, no que lhe couber, o cumprimento dos seguintes deveres:

- a) comunicar imediatamente a Seguradora sobre a ocorrência ou possibilidade de Sinistro, utilizando qualquer meio de comunicação adequado e idôneo; e
- b) fornecer todas as informações disponíveis sobre o Sinistro, suas causas e consequências, sempre que solicitado pela Seguradora.

12.6. O Beneficiário deverá cumprir, no que for aplicável, os demais deveres estabelecidos nestas Condições Contratuais para os Segurados, incluindo a prestação de informações necessárias à Regulação do Sinistro.

Cláusula 13– PERDA DE DIREITOS

13.1. Conforme o estabelecido na Lei 15.040/2024 (Lei do Contrato de Seguro), se o Segurado dolosamente, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na Aceitação da Proposta ou no valor do Prêmio, perderá o direito à Cobertura, além de ficar obrigado ao Prêmio vencido.

13.1.1. Se a inexatidão ou omissão nas declarações resultar de descumprimento culposos do Segurado, a Seguradora, a seu exclusivo critério, poderá:

- a) Cancelar o seguro, se, diante dos fatos não revelados, a Garantia for tecnicamente impossível, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou Risco que não seja normalmente subscrito pela Seguradora, ficando o Segurado obrigado ao pagamento das despesas efetuadas pela Seguradora;
- b) Permitir a continuidade do seguro, mediante redução da Garantia proporcionalmente à diferença entre o Prêmio pago e o que seria devido caso prestadas as informações posteriormente reveladas; ou
- c) Permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do Prêmio cabível, desde que mediante acordo expresso e por escrito entre as partes, hipótese esta aplicável exclusivamente se a correção das informações ocorrer antes da ocorrência do Sinistro.

13.2. Além dos casos previstos em lei e nas demais cláusulas das condições deste seguro, o Segurado ou Beneficiário perderá o direito a qualquer Indenização, bem como terá o seguro cancelado, obrigando-se ao pagamento do Prêmio vencido e das despesas incorridas pela Seguradora, se:

- a) deixar de cumprir qualquer obrigação convencionada na Apólice e nestas Condições Contratuais;
- b) o Sinistro decorrer de Atos Ilícitos Dolosos ou de Culpa grave equiparável ao Dolo praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante de um ou de outro;
- c) praticar, por qualquer meio, ato de simulação, fraude ou má-fé;

- d) praticar ou tentar praticar crime ou contravenção penal de qualquer natureza, ou participar de sua execução, ainda que na condição de cúmplice, quando o evento resultar direta ou indiretamente dessa conduta;
- e) procurar obter benefícios ilícitos, por qualquer meio, do seguro a que se refere a Apólice; e
- f) se recusar a apresentar todas as informações de que disponha sobre o Sinistro, suas causas e consequências, para o correto esclarecimento do fato ocorrido.

13.3. Caso ocorra incidente suscetível de agravar o Risco coberto, o Segurado, de imediato, deverá comunicar o fato, por escrito à Seguradora. Caso o Agravamento do Risco seja constatado, a Seguradora procederá com a cobrança da diferença do Prêmio cabível ou a extinção do contrato sem o pagamento do Capital Segurado.

13.4. Esta cláusula deve ser interpretada em conjunto com as demais disposições destas Condições Contratuais, especialmente aquelas relativas a Obrigações do Segurado nos termos da Cláusula 11 – OBRIGAÇÕES DO SEGURADO, Beneficiários conforme descrito na Cláusula 12 – BENEFICIÁRIOS, Pagamento do Prêmio conforme Cláusula 14 – PAGAMENTO DO PRÊMIO e Comunicação, Regulação e Liquidação de Sinistros nos termos da Cláusula 16 – COMUNICAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.

PAGAMENTO DO SEGURO

Cláusula 14 – PAGAMENTO DO PRÊMIO

14.1. O prêmio inicial será aquele constante da Proposta, de acordo com a idade do Segurado, na época da contratação deste Seguro.

14.2. Quando a forma de cobrança for a de desconto ou de consignação em folha, o empregador, salvo nos casos de Cancelamento da Apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda de vínculo empregatício ou mediante pedido do Segurado, por escrito.

14.3. O Segurado poderá optar se irá efetuar o pagamento do Prêmio de forma mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual. Na hipótese de parcelamento do Prêmio, não haverá cobrança de valor adicional a título de custo administrativo, mas poderá incidir encargos financeiros conforme acordado entre as partes.

14.3.1. Caso o Segurado opte pelo pagamento dos Prêmios de forma mensal, cada pagamento será correspondente a um mês de Cobertura. Na hipótese de rescisão do presente Contrato em que o Segurado pague os Prêmios mensais, nenhuma devolução de Prêmio será devida.

14.3.2. Os Prêmios serão pagos dentro do período de Vigência, no vencimento previsto, e poderão ser fracionados em parcelas, em número inferior ao de meses de Vigência da Apólice, não devendo a última ter vencimento após o término do Contrato de Seguro.

14.3.3. Caso o Segurado opte pelos Prêmios anuais, cada pagamento será correspondente a um ano de Cobertura.

14.4. Qualquer que seja a forma de pagamento do Prêmio adotada, ficará a Seguradora obrigada a manter o

registro das datas das operações realizadas.

14.5. O pagamento do Prêmio será feito à Seguradora através da rede bancária, cartão de crédito ou outras formas admitidas em lei expressamente definidas nos Documentos Contratuais, conforme disponibilizadas pela Seguradora.

14.5.1. A Seguradora obriga-se a enviar o documento de cobrança diretamente ao Segurado ou ao seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer destes, ao Corretor de Seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis em relação à data do vencimento respectivo.

14.5.2. Caso o Segurado, seu representante, ou o Corretor que eventualmente intermediar a operação, não receberem o documento de cobrança com a antecedência mínima prevista no item anterior, deverão solicitar à Seguradora, de forma documentada, as instruções necessárias para efetuar o pagamento antes da data limite.

14.6. Na hipótese de pagamento do Prêmio por meio de débito em conta corrente, a quitação vincula-se à confirmação do débito do valor pela rede bancária, sendo do Segurado ou do responsável pelo pagamento a responsabilidade de autorização e realização do débito junto à instituição financeira escolhida.

14.7. A data limite para o pagamento do Prêmio à vista ou da primeira parcela não poderá ultrapassar o 30º (trigésimo) dia após a emissão da Apólice ou Endosso.

14.8. Se a data limite para o pagamento do Prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com o dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil imediatamente superior em que houver expediente bancário.

14.9. Se o Sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do Prêmio sem que tenha sido efetuado, o direito à Indenização não ficará prejudicado.

14.10. O(s) Prêmio(s) do seguro pago(s) em atraso terá(ão) seu(s) valor(es) atualizado(s) monetariamente até a data do efetivo pagamento pelo índice indicado na Cláusula 15 – ATUALIZAÇÃO E ALTERAÇÃO DE VALORES.

14.11. O inadimplemento relativo ao Prêmio à vista/único ou à primeira parcela do Prêmio, até a data de seu vencimento, caracteriza, em qualquer hipótese, a não efetivação da contratação do seguro, independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial.

14.12. O Segurado poderá antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas do Prêmio, com a consequente redução proporcional dos juros pactuados, se houver.

14.13. No caso de fracionamento do Prêmio, se configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, a mora das demais parcelas suspenderá a Garantia contratual, sem prejuízo do crédito da Seguradora ao Prêmio, após notificação do Segurado concedendo-lhe prazo não inferior a 15 (quinze) dias corridos, contado do recebimento, para a purgação da mora. Nesse caso, haverá cobrança de multa equivalente a 2% (dois por cento), aplicada de uma só vez, além de juros legais.

14.13.1. Nos casos em que o prêmio tenha sido pago de forma fracionada em períodos superiores a um mês, será observada a proporcionalidade do prêmio em relação ao período de cobertura já decorrido, aplicando-se, quando couber, a tabela de prazo curto, conforme regulamentação vigente.

14.13.2. A notificação será feita por qualquer meio idôneo que comprove o seu recebimento pelo Segurado e conter

as advertências de que o não pagamento no novo prazo suspenderá a Garantia e de que, não purgada a mora, a Seguradora não efetuará pagamento algum relativo a Sinistros ocorridos a partir do vencimento original da parcela não paga.

14.13.3. Caso o Segurado recuse o recebimento da notificação ou, por qualquer razão, não seja encontrado no último endereço informado à Seguradora, o prazo previsto no item 14.13 terá início na data da frustração da notificação.

14.14. Na notificação escrita feita ao Segurado ou ao seu representante legal sobre o novo prazo de Vigência ajustado, concedendo prazo de 15 (quinze) dias corridos para purgação da mora, sob pena de suspensão da Garantia contratual, será advertido sobre a possibilidade de Cancelamento da Apólice caso o inadimplemento persista por mais de 30 (trinta) dias após a suspensão da Garantia.

14.15. Restabelecido o pagamento do Prêmio das parcelas ajustadas pelo índice indicado na Cláusula 15 – ATUALIZAÇÃO E ALTERAÇÃO DE VALORES destas CONDIÇÕES GERAIS, acrescidas dos encargos contratualmente previstos dentro do novo prazo de Vigência da Cobertura, ficará automaticamente restaurado o prazo de Vigência original da Apólice.

14.16. Findo o prazo de 30 (trinta) dias corridos após a suspensão da Garantia, a Apólice será cancelada, independentemente de nova comunicação ou interpelação judicial ou extrajudicial, e a Seguradora não efetuará pagamento algum relativo a Sinistros ocorridos a partir do vencimento original da parcela não paga.

14.17. Nos contratos de seguros cujo Prêmio tenha sido pago à vista mediante financiamento/empréstimo obtido junto a instituições financeiras, a Seguradora não poderá cancelar o seguro, nos casos em que o Segurado deixar de pagar o financiamento/empréstimo.

Cláusula 15 – ATUALIZAÇÃO E ALTERAÇÃO DE VALORES

15.1. O Capital Segurado individual, e por consequência o respectivo Prêmio, serão atualizados monetariamente a cada 12 (doze) meses, com base na variação acumulada do Índice de Preço ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IPCA/IBGE.

15.2. Este Seguro prevê, além do aumento do Prêmio produzido pela atualização monetária do Capital Segurado, o reenquadramento do Prêmio por mudança de idade, de acordo com o Plano de Seguro contratado.

15.3. Os percentuais de aumento serão indicados por Cobertura nas respectivas Condições Especiais.

15.4. Em função das coberturas contratadas, a Seguradora fará constar da Apólice o percentual de aumento, a ser aplicado ao Prêmio anualmente, no mês posterior a data de aniversário do Segurado, devido à mudança de idade.

15.5. Quando houver pagamento de Prêmio único ou de periodicidade anual, os Capitais Segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo índice pactuado até a data de ocorrência do respectivo evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

15.6. A atualização dos valores relativos às obrigações decorrentes do Contrato de Seguro será realizada segundo os critérios seguintes:

15.6.1. 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 do Contrato.

15.6.2. Para efeito da atualização monetária será utilizado o Índice de Preço ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IPCA/IBGE.

15.6.3. Na falta, extinção ou proibição do uso do Índice definido, a atualização monetária terá por base o Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/ FGV) ou índice que vier a substituí-lo.

15.6.4. A atualização será efetuada com base na variação positiva 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.

15.7. A título de juros de mora será utilizado o percentual máximo de 12% (doze por cento) ao ano, em regime de juros simples.

15.8. Os valores devidos a título de devolução de Prêmio sujeitam-se à atualização monetária pela variação do acumulada do Índice de Preço ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IPCA/IBGE, a partir da data em que se tornarem exigíveis, conforme o seguinte:

15.8.1. 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;

15.8.2. No caso de recebimento indevido de Prêmio: a partir da data de recebimento do Prêmio;

15.8.3. No caso de recusa da Proposta de Contratação: a partir da data do recebimento do Prêmio, se ultrapassado o prazo de 10 (dez) dias corridos previsto na Cláusula 4 – ACEITAÇÃO. A aplicação de atualização monetária prevista nesta cláusula incidirá a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para devolução do Prêmio até a data da efetiva restituição pela Seguradora.

15.9. Os demais valores, das obrigações pecuniárias da Seguradora, incluindo as indenizações e pagamentos dos Prêmios, sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no item 15.6.2 acima, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária, a partir da data de ocorrência do evento. No caso de atraso no pagamento do Prêmio, o valor será atualizado monetariamente a partir da data de vencimento da parcela até a data do seu efetivo pagamento, sendo devidos, ainda, os encargos previstos na Cláusula 14 – PAGAMENTO DO PRÊMIO.

15.10. Quando a Indenização for paga sob a forma de reembolso de despesas, na hipótese de não cumprimento pela Seguradora do prazo para o pagamento, a exigibilidade para fins de atualização monetária será a data do efetivo dispêndio pelo Segurado ou Beneficiário.

15.11. Quando o prazo de qualquer obrigação pecuniária supera o prazo fixado nestas CONDIÇÕES CONTRATUAIS e na Apólice, os valores acrescidos serão de juros moratórios, com a taxa acima indicada, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado em Contrato.

15.12. No caso de descumprimento do prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento do Capital Segurado, contado da data em que o último documento exigido tiver sido adequadamente entregue à Seguradora, incidirá multa de 2% (dois por cento) sobre o montante devido, além de correção monetária e juros moratórios, a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo estabelecido para pagamento da Indenização. Nenhuma atualização da Indenização securitária será devida caso seja respeitado o prazo previsto para o pagamento da respectiva obrigação.

SINISTRO E REGULAÇÃO

Cláusula 16 – COMUNICAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

16.1. Em caso de Sinistro coberto por este Plano de Seguro, o Segurado e/ou o(s) Beneficiário(s) deverá(ão) informar imediatamente o Sinistro e comprovar satisfatoriamente sua ocorrência, por meio dos documentos básicos listados nesta Cláusula, bem como esclarecer todas as circunstâncias a ele relacionadas.

16.2. Deverá o Segurado, seu representante legal ou o Beneficiário comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer Sinistro, ou expectativa de Sinistro, assim que deles tiver conhecimento.

16.3. As ações e medidas adotadas pela Seguradora durante os procedimentos de Regulação do Sinistro não constituem, por si só, reconhecimento de que o Sinistro está coberto pelo Seguro.

16.4. Uma vez cumprida pelo Segurado, Beneficiário, ou representante legal de um ou de outro a obrigação de fornecer todos os documentos e informações a que se refere **aos itens 16.5 e 16.6** a Seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para concluir a Regulação do Sinistro e se manifestar sobre cobertura securitária, contado da data em que lhe tiver sido entregue adequadamente o último documento pendente.

16.5. Os documentos básicos, necessários para liquidação de Sinistro, que deverão ser encaminhados à Seguradora, juntamente com aqueles eventualmente especificados em cada Cobertura contratada, conforme estabelecido nas respectivas Condições Especiais deste Plano de Seguro, são os abaixo indicados. As cópias de documentos apresentados deverão ser autenticadas.

- a) formulário Aviso de Sinistro preenchido e assinado;
 - b) cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
 - c) certidão de casamento, atualizada com a averbação do óbito do(a) Segurado(a);
 - d) cópia da carteira de identidade, do CPF e do comprovante de residência do Segurado;
 - e) declaração médica indicando causa mortis com firma reconhecida;
 - f) declaração de Herdeiros, devidamente preenchida e assinada, com firma reconhecida, informando quantos e quais são os herdeiros legais deixados pelo Segurado(a); aplicável somente nos casos em que não houver beneficiário indicado na Apólice.
 - g) em caso de Companheiro(a), além dos documentos indicados acima, providenciar cópia da anotação na Carteira de Trabalho ou Comprovante de Dependente do INSS ou no Imposto de Renda ou Declaração de duas testemunhas de que o Segurado vivia maritalmente, especificando data, e se deixou filhos, com assinatura reconhecida em cartório;
 - h) cópia da carteira de identidade (RG), do CPF e do comprovante de residência do(s) Beneficiário(s);
 - i) termo de Autorização para Recebimento da Indenização através de crédito em conta.
- 16.6. Em caso de ocorrência de evento por acidente, incluir os seguintes documentos:

- a) cópia da Carteira de Habilitação, somente para os casos de acidente decorrente de Meio de Transporte, onde o Segurado era o condutor;
- b) cópia do Laudo de Exame Cadavérico - Necroscópico (IML);
- c) cópia do Laudo de Dosagem alcoólica e/ou Toxicológico;
- d) cópia do Boletim de Ocorrência ou certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- e) Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

16.7. **Os documentos para a Regulação de Sinistro, inclusive os complementares, deverão ser apresentados à Seguradora de forma individualizada, em cópias legíveis e com identificação precisa de seu conteúdo, por meio de título ou nome do arquivo correspondente. O prazo para Regulação do Sinistro**

somente terá início após o recebimento de todos os documentos constantes da lista requerida pela Seguradora, entregues em conformidade com esses requisitos formais e exclusivamente pelo canal disponibilizado para esse fim.

16.7.1. Caso o Segurado entenda pertinente encaminhar documentos complementares por iniciativa própria, deverá fazê-lo observando os mesmos parâmetros e apresentando justificativa objetiva para cada documento complementar enviado.

16.8. Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar ao(s) Beneficiário(s) ou Segurado outros documentos além daqueles estabelecidos como básicos, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. A referida solicitação suspenderá o prazo para manifestação sobre a Cobertura por, no máximo, 2 (duas) vezes, voltando este a fluir no primeiro dia útil subsequente ao atendimento adequado da solicitação.

16.8.1. Caso o Segurado não apresente os documentos solicitados em até 90 (noventa) dias, sem justificativa, a apuração do Sinistro será encerrada sem Indenização. A regulação poderá ser retomada a qualquer momento, desde que os documentos necessários sejam entregues dentro do prazo prescricional legal, nos termos da Cláusula 20 – PRESCRIÇÃO.

16.9. A Seguradora pode exigir atestados ou certidões de autoridades competentes, bem como o resultado de inquéritos ou processos instaurados em virtude do fato que produziu o Sinistro, sem prejuízo do pagamento do Capital Segurado no prazo devido. Alternativamente, poderá solicitar cópia da certidão de abertura do inquérito que porventura tiver sido instaurado.

16.10. As despesas relativas à Regulação e Liquidação do Sinistro serão de responsabilidade da Seguradora, exceto os custos incorridos pelo interessado para apresentar os documentos exigidos na Apólice, bem como aqueles necessários à comprovação de sua identificação e legitimidade, além de quaisquer outros documentos que já estejam em poder do Segurado.

16.11. Concluída a Regulação do Sinistro, se a Seguradora verificar a ausência de cobertura, comunicará ao Segurado ou Beneficiário, por escrito, os motivos da recusa ao pagamento da Indenização, no prazo de 30 (trinta) dias previsto nesta cláusula.

16.11.1. Caso surjam novos fatos então desconhecidos ou a negativa se fundamente na falta ou inadequação de documentos, a Seguradora poderá acrescentar informações complementares à sua decisão.

16.11.2. Em todas as hipóteses, a justificativa de recusa de Indenização não incluirá documentos ou provas cujo caráter seja confidencial ou sigiloso por determinação legal, ou cuja divulgação possa prejudicar Terceiros.

16.12. Confirmada a existência de Cobertura securitária para o Sinistro, a Seguradora indenizará o montante dos prejuízos regularmente apurados, deduzida a Franquia estipulada na Apólice, se o caso, respeitado o limite do Capital Segurado de cada Cobertura, obedecendo-se aos critérios de cálculo de Indenização indicados nestas Condições Contratuais.

16.12.1. Se, após o pagamento do Capital Segurado, a Seguradora tomar conhecimento de qualquer fato que descaracterize o direito do Segurado ou Beneficiário ao seu recebimento, esta poderá requerer a devolução dos valores pagos indevidamente e dos demais gastos incorridos em decorrência do Sinistro.

16.12.2. De todo modo, a Seguradora não responderá pelos efeitos manifestados durante a Vigência da Apólice quando decorrentes de Sinistro anterior.

16.13. Serão admitidas, para fins de Indenização de Evento Coberto e de acordo com cada Cobertura contratada,

preferencialmente, as hipóteses de pagamento em dinheiro, no valor do Capital Segurado contratado ou sob a forma de reembolso, ou prestação de serviços, sem prejuízo de outras formas pactuadas entre as partes.

16.14. Para a hipótese de pagamento em dinheiro, a Indenização do Evento Coberto pelo seguro será feita por meio de crédito em conta, ordem de pagamento ou outros meios admitidos em lei.

16.15. O pagamento da Indenização poderá ser realizado sob a forma de parcela única ou em parcelas mensais, conforme descrito nas CONDIÇÕES ESPECIAIS de cada Cobertura.

16.16. Reconhecida a cobertura, a Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para liquidar o Sinistro e pagar a Indenização devida. O prazo será contado a partir da data de recebimento, pela Seguradora, do último documento necessário à comprovação da ocorrência do Sinistro e da exata extensão dos Prejuízos indenizáveis.

16.17. Caso não seja respeitado o prazo de 30 (trinta) dias para a Liquidação do Sinistro previsto nestas Condições Contratuais, os valores devidos serão acrescidos de juros moratórios, atualização monetária e multa de 2% (dois por cento) sobre o montante devido, conforme disposto na Cláusula 15 – ATUALIZAÇÃO E ALTERAÇÃO DE VALORES, aplicáveis desde a data da ocorrência do evento até a data do efetivo pagamento.

16.18. Toda responsabilidade de pagamento das Indenizações de Eventos Cobertos e contratados por este seguro é de exclusiva competência da Seguradora.

16.19. No caso de divergências e dúvidas de natureza médicas relacionadas ao objeto do seguro, sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou ainda sobre matéria médica não prevista expressamente na Apólice será proposta pela Seguradora, por meio de correspondência escrita ao Segurado no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica com 03 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

16.19.1. O prazo de constituição da junta médica será de no máximo 15 (quinze) dias a contar da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

16.19.2. Cada uma das partes arcará com os honorários do médico que tiver designado. Os honorários do terceiro médico serão pagos em partes iguais pelo Segurado e pela Seguradora.

Cláusula 17 – REINTEGRAÇÃO

O pagamento de qualquer Indenização decorrente das Coberturas deste Plano de Seguro significa o Cancelamento imediato das mesmas, não havendo Reintegração do Capital Segurado ou Renovação da Garantia, exceto se houver disposição contrária para cada Cobertura contratada nas disposições das CONDIÇÕES ESPECIAIS deste seguro.

DISPOSIÇÕES FINAIS

Cláusula 18 – PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

18.1. O Segurado, seu representante legal e demais envolvidos na Apólice de Seguro, como Beneficiários, Cônjuges e/ou Tomadores (denominados, individual ou conjuntamente, “Cliente”), reconhecem e concordam que, ao fornecerem seus dados pessoais no âmbito da contratação deste seguro, tais dados poderão ser tratados pela Seguradora para as seguintes finalidades:

- a) fornecer cotações, informações e condições relacionadas à contratação dos serviços da Seguradora;
- b) analisar o Risco e concluir a contratação do seguro;
- c) executar as obrigações decorrentes do Contrato, como o pagamento de indenizações, prestação de serviços de assistência e demais Coberturas previstas na Apólice;
- d) prevenir e combater fraudes;
- e) transmitir informações relacionadas ao andamento de solicitações ou serviços contratados, como abertura e acompanhamento de Sinistros, Endossos, Cancelamentos, entre outros;
- f) ofertar novos produtos e serviços compatíveis com o perfil do Cliente, inclusive por meio de comunicações automatizadas, respeitado o direito de oposição ou descadastramento;
- g) avaliar o desempenho dos serviços prestados, realizar pesquisas, análises estatísticas e desenvolver ou aperfeiçoar produtos e soluções;
- h) realizar ações de marketing e publicidade em plataformas digitais, incluindo redes sociais, respeitadas as configurações de privacidade definidas pelo titular;
- i) tratar dados coletados automaticamente por meio de cookies ou tecnologias similares, nos termos da legislação aplicável e da política de cookies da Seguradora;
- j) avaliação, pesquisa, inovação e melhoria contínua dos serviços prestados.

18.2. O tratamento de dados poderá incluir dados pessoais sensíveis, nos termos da legislação aplicável, e será realizado diretamente pela Seguradora ou por Terceiros contratados para apoio à execução da Apólice, tais como:

- a) prestadores de assistência;
- b) reguladores de Sinistros;
- c) resseguradoras;
- d) Corretoras;
- e) prestadores de serviços de telemedicina e *call center*, entre outros.

18.3. Durante o processo de Regulação de Sinistros, o Segurado e o(s) Beneficiários poderão ser solicitados a fornecerem informações complementares, que serão tratados pela Seguradora de forma proporcional e adequada à finalidade de verificar o direito à Indenização/Capital Segurado, conforme as hipóteses legais previstas na legislação vigente.

18.4. O Cliente poderá, a qualquer tempo e sem custo, exercer os direitos previstos na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, por meio de requerimento expresso, incluindo:

- a) confirmação da existência de tratamento;
- b) acesso aos dados pessoais;
- c) correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados;
- d) anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com a legislação;
- e) portabilidade dos dados, observadas as normas aplicáveis;
- f) informação sobre compartilhamento de dados com Terceiros;

- g) oposição ao tratamento realizado com fundamento em Legítimo Interesse;
- h) retirada do consentimento, quando aplicável, e informação sobre as consequências dessa retirada;
- i) revisão de decisões tomadas unicamente com base em tratamento automatizado de dados pessoais.

18.5. Para o exercício de tais direitos ou para esclarecimentos adicionais, o Cliente deverá entrar em contato com o Encarregado de Proteção de Dados da Seguradora, por meio do endereço eletrônico: lgpd@sancorseguros.com.

18.6. A Seguradora declara que não comercializa dados pessoais de seus Clientes e assegura que o tratamento dos dados será realizado em conformidade com a legislação aplicável e com as boas práticas de segurança da informação. A Política de Privacidade da Seguradora poderá ser consultada no site www.sancorseguros.com.br/politicas-privacidade ou solicitada por meio do canal indicado no item anterior.

Cláusula 19 - ARBITRAGEM

19.1. A adesão à presente Cláusula Compromissória de Arbitragem para dirimir qualquer dúvida ou questão resultante deste seguro é facultativa e deverá ser manifestada expressamente pelo Segurado. Para efetividade dessa cláusula, deverá ser manifestada mediante instrumento assinada pelas partes e nas Condições Contratuais/Especificação da Apólice.

19.2. Ao concordar expressamente com a aplicação desta Cláusula, o Segurado, seus Beneficiários e, quando for o caso, seus sucessores, comprometem-se a resolver toda e qualquer controvérsia decorrente ou relacionada ao presente Contrato de seguro pela via do Juízo Arbitral, cujas sentenças têm a mesma força executória das decisões proferidas pelo Poder Judiciário.

19.3. Esta Cláusula Compromissória é regida pela Lei nº 9.307/96 (Lei de Arbitragem) e pela Lei 15.040/2024 (Lei do Contrato de Seguro), sendo aplicável exclusivamente o Direito brasileiro. A sede da arbitragem será obrigatoriamente no Brasil, em observância ao disposto na legislação.

19.4. A instituição da Arbitragem será condicionada ao esgotamento dos procedimentos internos de Regulação de Sinistro da Seguradora, respeitados os prazos estabelecidos nestas Condições Contratuais.

19.5. Os custos da arbitragem serão rateados igualmente entre as partes na fase inicial, cabendo à sentença arbitral a definição da responsabilidade final pelos honorários e despesas do procedimento, observando-se a causalidade e da sucumbência.

19.6. Surgindo qualquer diferença quanto à Indenização a ser paga por esta Apólice, esta deverá ser referida a um Árbitro a ser nomeado pelas partes de acordo com as disposições estabelecidas por Lei. Se qualquer diferença pelo presente Contrato for referida à arbitragem, o pronunciamento de uma sentença será condição prévia para qualquer direito de ação contra a Seguradora.

Cláusula 20 – PRESCRIÇÃO

20.1. O prazo prescricional, excetuando-se outros prazos legais específicos que eventualmente se apliquem ao caso concreto, será de:

- a) em 1 (um) ano, contado da ciência da recepção da recusa expressa e motivada da seguradora, a pretensão do Segurado para exigir Indenização.

- b) em 3 (três) anos, contados da ciência do respectivo fato gerador, a pretensão dos Beneficiários ou terceiros prejudicados para exigir da Seguradora Indenização.

20.2. A prescrição relativa à pretensão de recebimento de Indenização ou Capital Segurado será suspensa uma única vez quando a Seguradora receber um pedido de reconsideração referente à recusa do pagamento.

20.2.1. A suspensão cessará no momento em que o interessado for formalmente comunicado pela Seguradora acerca da decisão final.

20.3. O prazo prescricional será de 1 (um) ano, contado da ciência do respectivo fato gerador, para as seguintes situações:

- a) a pretensão da Seguradora para cobrança do prêmio ou de qualquer outro valor devido pelo Segurado;
- b) a pretensão dos Intervenientes, incluindo Corretores, agentes e representantes, para cobrança de suas remunerações;
- c) as pretensões entre cosseguradoras;
- d) as pretensões entre seguradoras, resseguradoras e retrocessionárias.

Cláusula 21 – FORO

As questões judiciais entre o Segurado ou Beneficiário e a Seguradora decorrentes deste Contrato de Seguro serão processadas no Foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso, resguardado o disposto na legislação em vigor.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURAS DO SEGURO VIDA INDIVIDUAL - REENQUADRAMENTO ANUAL

NÃO SÃO CONSIDERADAS CONTRATADAS, E, PORTANTO, NÃO ENTENDIDAS COMO PARTE INTEGRANTE DESTE SEGURO, AS COBERTURAS QUE NÃO ESTIVEREM EXPRESSAMENTE MENCIONADAS E DEVIDAMENTE IDENTIFICADAS NA APÓLICE.

As Coberturas adicionais estão vinculadas à Cobertura básica, não podendo, em hipótese alguma, serem contratadas isoladamente.

COBERTURA BÁSICA

MORTE

Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO

Esta Cobertura objetiva, mediante o pagamento do respectivo Prêmio, garantir ao(s) Beneficiário(s) do Segurado, o pagamento de uma Indenização em caso de morte do Segurado reconhecida como Evento Coberto por este Seguro e observados os limites estabelecidos na Apólice, os Riscos Excluídos, as hipóteses de Perda de Direitos e as demais CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

Cláusula 2 – CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Segurado corresponde ao valor contratado para Indenização devida na ocorrência do Sinistro, respeitados os limites estabelecidos na Apólice e nas CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

2.2. Considera-se como data do Sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da morte do Segurado.

Cláusula 3 – REENQUADRAMENTO POR IDADE

Para esta Cobertura, além do aumento do Prêmio produzido pela atualização monetária do Capital Segurado conforme previsto nas CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro, serão utilizados os seguintes percentuais de aumento do Prêmio por mudança de idade do Segurado, na data do seu aniversário:

IDADE	MASCULINO	FEMININO
14 anos	0,0%	0,0%
15 anos	21,0%	21,0%
16 anos	19,2%	19,2%
17 anos	16,5%	16,5%
18 anos	13,6%	13,6%

19 anos	10,8%	10,8%
20 anos	8,3%	8,3%
21 anos	6,1%	6,1%
22 anos	4,2%	4,2%
23 anos	2,7%	2,7%
24 anos	1,5%	1,5%
25 anos	0,7%	0,7%
26 anos	0,1%	0,1%
27 anos	-0,2%	-0,2%
28 anos	-0,3%	-0,3%
29 anos	-0,1%	-0,1%
30 anos	0,3%	0,3%
31 anos	0,8%	0,8%
32 anos	1,5%	1,5%
33 anos	2,2%	2,2%
34 anos	3,0%	3,0%
35 anos	3,9%	3,9%
36 anos	4,6%	4,6%
37 anos	5,4%	5,4%
38 anos	6,0%	6,0%
39 anos	6,6%	6,6%
40 anos	7,1%	7,1%
41 anos	15,2%	15,2%
42 anos	7,9%	7,9%
43 anos	8,2%	8,2%
44 anos	8,5%	8,5%
45 anos	13,0%	13,0%
46 anos	8,8%	8,8%
47 anos	9,0%	9,0%
48 anos	9,1%	9,1%
49 anos	9,2%	9,2%
50 anos	9,2%	9,2%
51 anos	9,3%	9,3%
52 anos	9,3%	9,3%
53 anos	9,4%	9,4%
54 anos	9,4%	9,4%
55 anos	9,4%	9,4%
56 anos	5,2%	5,2%
57 anos	9,5%	9,5%
58 anos	9,5%	9,5%
59 anos	9,5%	9,5%
60 anos	2,2%	2,2%
61 anos	9,5%	9,5%
62 anos	9,5%	9,5%
63 anos	9,5%	9,5%
64 anos	9,5%	9,5%

65 anos	9,5%	9,5%
66 anos	9,5%	9,5%
67 anos	9,5%	9,5%
68 anos	9,5%	9,5%
69 anos	9,5%	9,5%
70 anos	9,5%	9,5%
71 anos	9,5%	9,5%
72 anos	9,5%	9,5%
73 anos	9,5%	9,5%
74 anos	9,5%	9,5%
75 anos	9,5%	9,5%
76 anos	9,5%	9,5%
77 anos	9,5%	9,5%
78 anos	25,1%	25,1%
79 anos	9,5%	9,5%
80 anos	9,5%	9,5%
81 anos	9,5%	9,5%
82 anos	9,4%	9,4%
83 anos	9,4%	9,4%
84 anos	9,4%	9,4%
85 anos	9,4%	9,4%
86 anos	9,4%	9,4%
87 anos	9,4%	9,4%
88 anos	9,3%	9,3%
89 anos	9,3%	9,3%
90 anos	9,3%	9,3%
91 anos	9,2%	9,2%
92 anos	9,2%	9,2%
93 anos	9,1%	9,1%
94 anos	9,1%	9,1%
95 anos	9,0%	9,0%
96 anos	9,0%	9,0%
97 anos	8,9%	8,9%
98 anos	8,8%	8,8%
99 anos	8,8%	8,8%
100 anos	8,7%	8,7%
101 anos	8,6%	8,6%
102 anos	8,5%	8,5%
103 anos	10,0%	10,0%
104 anos	10,4%	10,4%
105 anos	10,4%	10,4%
106 anos	10,3%	10,3%
107 anos	10,2%	10,2%
108 anos	10,0%	10,0%
109 anos	9,6%	9,6%
110 anos	9,0%	9,0%

111 anos	8,2%	8,2%
112 anos	7,0%	7,0%
113 anos	5,2%	5,2%
114 anos	2,9%	2,9%
115 anos	0,8%	0,8%

Cláusula 4 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

A Indenização para esta Cobertura será paga independentemente de outras Garantias.

Cláusula 5 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todas as cláusulas das CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes CONDIÇÕES ESPECIAIS.

COBERTURAS ADICIONAIS

AUXÍLIO FUNERAL

Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO

Esta Cobertura objetiva, mediante o pagamento do respectivo Prêmio e expressa inclusão desta CONDIÇÃO ESPECIAL na Apólice, garantir ao(s) Beneficiário(s) do Segurado, o reembolso de valores comprovadamente gastos com Despesas Fixas de Funeral do Segurado, desde que a morte do Segurado tenha sido reconhecida como Evento Coberto por este Seguro e observados os limites estabelecidos na Apólice, os Riscos Excluídos, as hipóteses de Perda de Direitos e as demais CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

Cláusula 2 – DEFINIÇÕES

Além das definições constantes das CONDIÇÕES GERAIS, entender-se-á por:

Auxílio Funeral: Reembolso de despesas fixas e comprovadas relacionadas à realização do funeral do Segurado e/ou de seus Familiares Cobertos, pagas pelo(s) Beneficiário(s) ou por quem comprovar o efetivo desembolso das referidas despesas, pessoa física ou jurídica, **desde que devidamente justificadas e documentadas.**

Despesas Fixas de Funeral: São os valores comprovadamente gastos como funeral do Segurado, relativos, EXCLUSIVAMENTE, às seguintes despesas: a) gastos de traslado e remoção do corpo do Segurado, exclusivamente, **dentro do território nacional**; b) aquisição de urna/caixão; c) contratação de carretos; d) registro de óbito em cartório; e) locação de jazigo por período de até 3 (três) anos a contar da data do sepultamento; f) cremação, exclusivamente, quando existir no município de moradia habitual do Segurado; g) paramentos, entendidos como castiçais, velas e aparelhos de ozona; h) mesa de condolências, entendida como mesa para livro de presenças; i) velório, entendido como locação de sala ou capela para tal; j) serviços de ornamentação, entendidos como véu, enfeite floral e uma coroa de flores.

Cláusula 3 – ÂMBITO GEOGRÁFICO

Ao contrário do disposto nas CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro, para esta Cobertura de Auxílio Funeral o âmbito territorial é o território brasileiro.

Cláusula 4 – CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de Indenização devido à ocorrência do Sinistro, respeitando os limites estabelecidos na Apólice e nas CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

4.2. Considera-se data do Sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da Liquidação dos Sinistros, a data da morte do Segurado.

Cláusula 5 – REENQUADRAMENTO POR IDADE

Ao contrário do disposto nas CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro, o Prêmio de Seguro para esta Cobertura de Auxílio Funeral não sofrerá alteração por idade.

Cláusula 6 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1. O pagamento do reembolso das despesas e serviços devidos, desde que comprovados nos termos das CONDIÇÕES CONTRATUAIS, dar-se-á em até 30 (trinta) dias da apresentação dos comprovantes originais de pagamento das Despesas Fixas de Funeral desta Cobertura, respeitada a Cláusula 16 – COMUNICAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.

6.2. Além dos documentos básicos necessários para a Indenização em caso de Sinistro coberto relacionados nas CONDIÇÕES GERAIS deste Plano de Seguro, sempre que constar expressamente nos Documentos Contratuais a contratação desta Cobertura também serão considerados como documentos básicos a serem apresentados pelo Beneficiário para a Indenização, conforme o caso, os comprovantes originais das Despesas Fixas com Funeral previstas nesta Cobertura.

6.3. **O reembolso de valores a título de Auxílio Funeral poderá ser feito a terceiros, quando as despesas forem devidamente comprovadas e os comprovantes contiverem a assinatura do responsável pelo pagamento, por conta e ordem do(s) Beneficiário(s).**

Cláusula 7 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

A Indenização para esta Cobertura será paga independente de outras Garantias.

Cláusula 8 – SEGURO CUMULATIVO

8.1. Por se tratar de reembolso de despesas, existindo mais de uma Apólice, nesta ou em outra Seguradora, garantindo as despesas previstas nesta Garantia, a Indenização obedecerá aos seguintes critérios:

8.1.1. quando o total das despesas devidas for superior à soma dos Capitais Segurados das Apólices: a Indenização será igual ao valor do Capital estabelecido para esta Cobertura.

8.1.2. quando o total das despesas devidas for inferior à soma dos Capitais Segurados das Apólices: a Indenização será igual ao resultado da aplicação do Capital estabelecido para esta Cobertura multiplicado pelo total das despesas contratadas e cobertas acima, e dividido pela soma dos Capitais Segurados de todas as Apólices.

Cláusula 9 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todas as cláusulas das CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes CONDIÇÕES ESPECIAIS.

CESTA BÁSICA

Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Esta Cobertura objetiva, mediante o pagamento do respectivo Prêmio e expressa inclusão desta CONDIÇÃO ESPECIAL na Apólice, garantir aos Beneficiários do Segurado o pagamento de uma Indenização em uma ou mais parcelas para aquisição de cestas básicas, desde que a morte do Segurado tenha sido reconhecida como Evento Coberto por este Seguro e observados os limites estabelecidos na Apólice, os Riscos Excluídos, as hipóteses de Perda de Direitos e as demais CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

1.2. **O pagamento das parcelas para aquisição das cestas básicas será feito sob a forma mensal e no número de parcelas estipulado na Apólice e nas CONDIÇÕES CONTRATUAIS, limitado a 12 parcelas.**

Cláusula 2 – CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro, respeitados os limites estabelecidos na Apólice e nas CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

2.2. Considera-se como data do Sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da morte do Segurado.

Cláusula 3 – REENQUADRAMENTO POR IDADE

Ao contrário do disposto nas CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro, o Prêmio de Seguro para esta Cobertura de Cesta Básica não sofrerá alteração por idade.

Cláusula 4 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

A Indenização para esta Cobertura será paga independente de outras Garantias.

Cláusula 5 – BENEFICIÁRIO

Em caso de morte do Beneficiário que esteja recebendo as parcelas para aquisição das cestas básicas antes do fim do período estabelecido para o recebimento, as parcelas restantes serão pagas ao novo Beneficiário, conforme a ordem estabelecida pelo Segurado na Apólice ou conforme a ordem de vocação hereditária legal indicada nas CONDIÇÕES GERAIS.

Cláusula 6 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as cláusulas das CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes CONDIÇÕES ESPECIAIS.

COBERTURA SUPLEMENTAR DE CÔNJUGE

Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Esta Cobertura objetiva, mediante o pagamento do Respectivo Prêmio e expressa inclusão desta CONDIÇÃO ESPECIAL na Apólice, garantir ao Segurado, o pagamento de Indenização caso venha a ocorrer a morte de seu Cônjuge ou Companheiro, desde que esta morte tenha sido reconhecida como Evento Coberto por este Seguro e observados os limites estabelecidos na Apólice, os Riscos Excluídos, as hipóteses de Perda de Direitos e as demais CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

1.1.1. Caso tenha sido contratada, para o Cônjuge, Coberturas adicionais de invalidez permanente, e ocorrendo o Evento Coberto pelo Seguro, o Capital Segurado será pago ao próprio Cônjuge indicado na Apólice.

1.1.2. Para fins desta Cobertura, o Companheiro(a) equipara-se ao Cônjuge, desde que comprovada a convivência marital, aplicando-se a este todas as disposições desta cobertura.

Cláusula 2 – COBERTURAS (RISCOS COBERTOS)

2.1. Será garantido o pagamento do Capital Segurado efetivamente contratado desta Cobertura, conforme determinado na Proposta de Contratação e ratificado na especificação da Apólice.

2.2. É admitida a contratação das seguintes Coberturas previstas para o Segurado Principal de forma extensível ao Cônjuge ou Companheiro, observadas as CONDIÇÕES CONTRATUAIS e os limites estabelecidos na Apólice:

- 2.2.1. Morte;
- 2.2.2. Morte Acidental;
- 2.2.3. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente;
- 2.2.4. Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

2.3. Não podem participar como Segurados sob esta CONDIÇÃO ESPECIAL os Cônjuges ou Companheiras(os) do Segurado Principal, que façam parte do Grupo Segurado na condição de Segurados Principais, nem os Cônjuges ou Companheiras (os) separados de fato dos Segurados.

2.4. As Coberturas indicadas no item 2.2 dessa cláusula serão válidas para o cônjuge somente se o Segurado a(s) contratar, observados, em todos os casos, que o Seguro sob esta Garantia Suplementar está sujeito às mesmas disposições previstas para o Seguro contratado para o Segurado Principal.

Cláusula 3 – CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro coberto, respeitados os limites estabelecidos na Apólice e nos Documentos Contratuais.

3.2. Considera-se como data do Sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da Liquidação dos Sinistros, a data do Evento Coberto.

3.3. O Capital Segurado sob esta Cobertura Suplementar está limitado a 100% do Capital Segurado estabelecido para cada Cobertura Básica do Segurado Principal.

Cláusula 4 – REENQUADRAMENTO POR IDADE

Para esta Cobertura serão utilizados os mesmos percentuais de aumento por idade da Cobertura correspondente contratada pelo Segurado Principal.

Cláusula 5 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

A Indenização para esta Cobertura será paga independentemente de outras Garantias.

Cláusula 6 – CESSAÇÃO DO RISCO INDIVIDUAL

6.1. ALÉM DAS PREVISÕES CONTIDAS NAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE SEGURO AS GARANTIAS EFETIVAMENTE CONTRATADAS POR ESTA CONDIÇÃO ESPECIAL CESSARÃO QUANDO OCORRER:

- 6.1.1. Automaticamente, com a morte do Cônjuge ou Companheiro Dependentes do Segurado por esta CONDIÇÃO ESPECIAL;**
- 6.1.2. Morte do Segurado Principal, ou com o pagamento de Indenização por invalidez total e permanente do mesmo;**
- 6.1.3. Separação de fato, judicial ou divórcio do casal.**

Cláusula 7 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todas as cláusulas das CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes CONDIÇÕES ESPECIAIS.

COBERTURA SUPLEMENTAR DE FILHO(S)

Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Esta Cobertura objetiva, mediante o pagamento do respectivo Prêmio e expressa inclusão desta CONDIÇÃO ESPECIAL na Apólice, garantir ao Segurado, o pagamento de Indenização caso venha a ocorrer a morte do(s) filho(s), ou Dependentes equiparados a filhos, desde que esta morte tenha sido reconhecida como Evento Coberto por este Seguro e observados os limites estabelecidos na Apólice, os Riscos Excluídos, as hipóteses de Perda de Direitos e as demais CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

1.2. **Será(ão) considerado(s) Filho(s), para fins de inclusão nesta CONDIÇÃO ESPECIAL, filho(s) até 21 anos de idade ou 24 anos, se universitário(a) e, independente da idade, os filhos com total dependência pela incapacidade física ou mental, devidamente comprovada, conforme legislação vigente no Imposto de Renda.**

1.3. **Para efeito da presente CONDIÇÃO ESPECIAL equiparam-se aos filhos os enteados, considerados Dependentes econômicos do Segurado Principal, obedecida a condição alocada no item 1.2.**

Cláusula 2 – COBERTURAS (RISCOS COBERTOS)

2.1. Ao(s) Filho(s) somente poderão ser concedidas as Cobertura de Morte e de Morte Acidental, desde que as mesmas tenham sido contratadas pelo Segurado Principal, observadas as CONDIÇÕES CONTRATUAIS e os limites estabelecidos na Apólice.

2.2. **Poderão fazer parte deste Seguro todos os Filhos que tiverem suas inclusões expressamente solicitadas pelo Proponente/Segurado e aceitas pela Seguradora, respeitados os limites estabelecidos na Apólice e as demais CONDIÇÕES CONTRATUAIS.**

Cláusula 3 – CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro coberto, respeitados os limites estabelecidos na Apólice nos Documentos Contratuais.

3.2. Considera-se como data do Sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da Liquidação dos Sinistros, a data da morte do Filho ou Dependente equiparado a Filho.

3.3. **O Capital Segurado sob esta Cobertura Suplementar está limitado a 100% do Capital Segurado estabelecido para o Segurado Principal.**

Cláusula 4 – REENQUADRAMENTO POR IDADE

Para esta Cobertura serão utilizados os mesmos percentuais de aumento por idade da Cobertura correspondente contratada pelo Segurado Principal.

Cláusula 5 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

Não haverá acúmulo de indenizações para esta Cobertura.

Cláusula 6 – CESSAÇÃO DO RISCO INDIVIDUAL

6.1 ALÉM DAS PREVISÕES CONTIDAS NAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE SEGURO AS GARANTIAS EFETIVAMENTE CONTRATADAS POR ESTA CONDIÇÃO ESPECIAL CESSARÃO QUANDO OCORRER:

- a) automaticamente, com a morte do Filho ou Dependente equiparado a Filho do Segurado por esta **CONDIÇÃO ESPECIAL**;
- b) morte do Segurado Principal, ou com o pagamento de Indenização por invalidez total e permanente do mesmo;
- c) perda da condição de Dependente, pela legislação do imposto de renda e/ou previdência social, fato este que o Segurado deve comunicar de imediato à Seguradora.

Cláusula 7 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todas as cláusulas das CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes CONDIÇÕES ESPECIAIS.

DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL

Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Esta Cobertura objetiva, mediante o pagamento do respectivo Prêmio e expressa inclusão desta CONDIÇÃO ESPECIAL na Apólice, garantir ao Segurado, o reembolso de valores comprovadamente gastos com despesas médicas, odontológicas e de diárias hospitalares, ocorridas em decorrência de um Acidente Pessoal, desde que não se trate de Risco expressamente excluído ou decorrente de hipóteses de Perda de Direitos, observados os limites estabelecidos na Apólice e as demais CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

1.2. **A presente Cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com pelo menos uma das Coberturas de Acidente Pessoal e a elas se vincula.**

1.3. **As despesas devem ser incorridas em um profissional legalmente habilitado e o tratamento deverá obrigatoriamente ter sido iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados a partir da data do Acidente Pessoal.**

1.3.1. Considera-se médico legalmente habilitado o profissional que:

- a) Seja graduado em medicina ou em odontologia por instituição reconhecida pelo Ministério da Educação;
- b) Possua registro regular e ativo no Conselho Regional de Medicina (CRM) ou no Conselho Regional de Odontologia (CRO) da jurisdição em que atua;
- c) Esteja autorizado a exercer legalmente a profissão no território nacional, conforme legislação vigente.

1.3.2. Não serão aceitos como sendo médicos legalmente habilitados, para fins deste seguro, profissionais com registro suspenso, cassado ou cancelado, bem como aqueles que atuem fora das delimitações legais de sua habilitação.

1.4. Como tratamento considera-se inclusive a internação hospitalar, a critério do médico assistente do Segurado, bem como, taxativamente, as despesas com radiografia, ultrassonografia, tomografia computadorizada, medicamentos, sala de operação, anestesia, fisioterapia, laboratório, bem como despesas de pronto-socorro, assistência de enfermeiro(s) diplomado(s) e honorário(s) de médico(s) e dentista(s).

1.5. **O reembolso de despesas com dentistas abrange EXCLUSIVAMENTE a restauração e/ou colocação de prótese em substituição a dentes naturais danificados, parciais ou totalmente, em acidente coberto e sofrido pelo Segurado.**

1.6. **Faculta-se ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e/ou odontológicos, desde que legalmente habilitados.**

1.7. **Desde que preservada a livre escolha, pode a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médico-hospitalares e/ou odontológicos.**

Cláusula 2 – RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. **SALVO SE EXPRESSAMENTE INCLUÍDOS NA ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE, ALÉM DAS EXCLUSÕES CONTIDAS NAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE SEGURO, A SEGURADORA NÃO GARANTE O**

PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO PARA AS DESPESAS DECORRENTES DE:

- 2.1.1. estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
 - 2.1.2. aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.
- 2.2. **A SEGURADORA NÃO GARANTE O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO PARA DESPESAS ODONTOLÓGICAS DISTINTAS DA RESTAURAÇÃO E/OU A COLOCAÇÃO DE PRÓTESE EM SUBSTITUIÇÃO A DENTES NATURAIS DANIFICADOS EM ACIDENTE COBERTO E SOFRIDO PELO SEGURADO.**

Cláusula 3 – CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro, respeitados os limites estabelecidos na Apólice e nos Documentos Contratuais.
- 3.2. Considera-se como data do Sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da Liquidação dos Sinistros, a data do Acidente Pessoal coberto.

Cláusula 4 – REENQUADRAMENTO POR IDADE

Ao contrário do disposto nas CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro, o Prêmio de Seguro para esta Cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas Decorrentes de Acidente Pessoal não sofrerá alteração por idade.

Cláusula 5 – FRANQUIAS

Esta Cobertura está sujeita à aplicação de Franquia. Os critérios e valores serão estabelecidos na Apólice e nos Documentos Contratuais.

Cláusula 6 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1. Além dos documentos básicos necessários para a Indenização em caso de Sinistro coberto relacionados nas CONDIÇÕES GERAIS deste Plano de Seguro, sempre que constar expressamente nos Documentos Contratuais a contratação desta Cobertura, o Segurado deverá comprovar as despesas médico-hospitalares e odontológicas, mediante a apresentação de:

- a) recibos originais;
- b) relatório detalhado do profissional habilitado; e
- c) contas dos locais onde se deu o atendimento médico e/ou odontológico.

6.2. **O reembolso das Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (DMHO) poderá ser feito a terceiros, quando as despesas forem devidamente comprovadas, feitas em favor do Segurado, e os comprovantes contiverem a assinatura do responsável pelo pagamento, por conta e ordem do Segurado.**

6.3. **As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se os limites estabelecidos na Cobertura, atualizados segundo os critérios estabelecidos nas CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro.**

Cláusula 7 – SEGUROS CUMULATIVOS

7.1. Por se tratar de reembolso de despesas, existindo mais de uma Apólice, nesta ou em outra Seguradora, garantindo as despesas previstas nesta Garantia, a Indenização obedecerá aos seguintes critérios:

7.1.1. **quando o total das despesas devidas for superior à soma dos Capitais Segurados das Apólices: a Indenização será igual ao valor do Capital estabelecido para esta Cobertura em cada uma das Apólices.**

7.1.2. **quando o total das despesas devidas for inferior à soma dos Capitais Segurados das Apólices, a Indenização será igual ao resultado da aplicação do Capital estabelecido para esta Cobertura multiplicado pelo total das despesas contratadas e cobertas acima, e dividido pela soma dos Capitais Segurados de todas as Apólices.**

Cláusula 8 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

A Indenização para esta Cobertura será paga independentemente de outras Garantias.

Cláusula 9 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todas as cláusulas das CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes CONDIÇÕES ESPECIAIS.

DESPESAS ODONTOLÓGICAS DECORRENTES DE ACIDENTES PESSOAIS

Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Esta Cobertura objetiva, mediante o pagamento do respectivo Prêmio e expressa inclusão desta CONDIÇÃO ESPECIAL na Apólice, garantir ao Segurado, o reembolso de valores comprovadamente gastos com despesas odontológicas, ocorridas em decorrência de um Acidente Pessoal, desde que não se trate de Risco expressamente excluído ou de hipótese de Perda de Direitos, observados os limites estabelecidos na Apólice, os Riscos Excluídos, as hipóteses de Perda de Direitos e as demais CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

1.2. **A presente Cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com pelo menos uma das Coberturas de Acidente Pessoal e a elas se vincula.**

1.3. **As despesas devem ser incorridas em um dentista legalmente habilitado e o tratamento deverá obrigatoriamente ter sido iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados a partir da data do Acidente Pessoal.**

1.3.1. Considera-se dentista legalmente habilitado o profissional que:

- a) Seja graduado em odontologia por instituição reconhecida pelo Ministério da Educação;
- b) Possua registro regular e ativo no Conselho Regional de Odontologia (CRO) da jurisdição em que atua; e
- c) Esteja autorizado a exercer legalmente a profissão no território nacional, conforme legislação vigente.

1.3.2. **Não serão aceitos como sendo dentistas legalmente habilitados, para fins deste seguro, profissionais com registro suspenso, cassado ou cancelado, bem como aqueles que atuem fora das delimitações legais de sua habilitação.**

1.4. **Faculta-se ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços odontológicos, desde que legalmente habilitados.**

1.5. **Desde que preservada a livre escolha, pode a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços odontológicos.**

1.6. **O reembolso de despesas com dentistas abrange EXCLUSIVAMENTE a restauração e/ou colocação de prótese em substituição a dentes naturais danificados, parciais ou totalmente, em acidente coberto e sofrido pelo Segurado.**

Cláusula 2 – CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro, respeitados os limites estabelecidos na Apólice e nas CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

2.2. Considera-se como data do Sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da Liquidação dos Sinistros, a data do Acidente Pessoal coberto.

Cláusula 3 – FRANQUIAS

Esta Cobertura está sujeita à aplicação de Franquia. Os critérios e valores serão estabelecidos na Apólice

e nos Documentos Contratuais.

Cláusula 4 – REENQUADRAMENTO POR IDADE

Ao contrário do disposto nas CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro, o Prêmio de Seguro para esta Cobertura de Despesas Odontológicas Decorrentes de Acidentes Pessoais não sofrerá alteração por idade.

Cláusula 5 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

5.1. Além dos documentos básicos necessários para a Indenização em caso de Sinistro coberto relacionados nas CONDIÇÕES GERAIS deste Plano de Seguro, sempre que constar expressamente nos Documentos Contratuais a contratação desta Cobertura, o Segurado deverá comprovar as despesas odontológicas, mediante a apresentação de:

- a) recibos originais;
- b) relatório detalhado do profissional habilitado; e
- c) as contas dos locais onde se deu o atendimento odontológico.

5.2. **O reembolso das Despesas Odontológicas poderá ser feito a terceiros, quando as despesas forem devidamente comprovadas, feitas em favor do Segurado, e os comprovantes contiverem a assinatura do responsável pelo pagamento, por conta e ordem do Segurado.**

5.3. As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se os limites estabelecidos na Cobertura, atualizados segundo os critérios estabelecidos nas CONDIÇÕES GERAIS deste seguro.

Cláusula 6 – SEGUROS CUMULATIVOS

6.1. Por se tratar de reembolso de despesas, existindo mais de uma Apólice, nesta ou em outra Seguradora, garantindo as despesas previstas nesta Garantia, a Indenização obedecerá aos seguintes critérios:

- 6.1.1. **quando o total das despesas devidas for superior à soma dos Capitais Segurados das Apólices: a Indenização será igual ao valor do Capital estabelecido para esta Cobertura.**
- 6.1.2. **quando o total das despesas devidas for inferior à soma dos Capitais Segurados das Apólices: a Indenização será igual ao resultado da aplicação do Capital estabelecido para esta Cobertura multiplicado pelo total das despesas contratadas e cobertas acima, e dividido pela soma dos Capitais Segurados de todas as Apólices.**

Cláusula 7 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

A Indenização para esta Cobertura será paga independentemente de outras Garantias.

Cláusula 8 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todas as cláusulas das CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes CONDIÇÕES ESPECIAIS.

DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Esta Cobertura objetiva, mediante o pagamento do respectivo Prêmio e expressa inclusão desta CONDIÇÃO ESPECIAL na Apólice, garantir o pagamento de uma Indenização ao Segurado, em caso de ocorrência de Diagnóstico de Câncer, observados os limites estabelecidos na Apólice, os Riscos Excluídos, as hipóteses de Perda de Direitos e as demais CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

1.2. Para fins desta Cobertura, considera-se Diagnóstico de Câncer o diagnóstico médico definitivo confirmado pela evidência histológica de malignidade por oncologista ou patologista, ocorrido e diagnosticado durante a Vigência do seguro e após o período de Carência, sendo Riscos Cobertos:

1.2.1. Câncer Primário de Útero, Ovário, Mama e Trompa;

1.2.2. Câncer Primário de Próstata e Testículo.

Cláusula 2 – COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER (RISCO COBERTO)

2.1. Será garantido o pagamento, ao Segurado, de 100% (cem por cento) do Capital Segurado efetivamente contratado desta Cobertura, conforme determinado na Proposta de Contratação e ratificado na especificação da Apólice, em caso de Diagnóstico de Câncer, desde que:

- a) a Neoplasia Maligna seja diagnosticada em vida e comprovada por evidência histológica de malignidade, atestada por oncologista ou patologista habilitado; e
- b) o evento não decorra de qualquer ato, fato ou situação abrangida pelo disposto nas cláusulas de Riscos Excluídos das CONDIÇÕES GERAIS e destas CONDIÇÕES ESPECIAIS.

2.2. O pagamento de qualquer Indenização decorrente desta Cobertura significa o Cancelamento imediato da mesma, não havendo Reintegração do Capital Segurado ou Renovação da Cobertura.

2.3. Esta Cobertura cessará quando o Segurado completar 71 (setenta e um) anos de idade. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na Renovação do seguro, permanecendo o Segurado com os direitos preservados até o final de Vigência da Apólice.

Cláusula 3 – DEFINIÇÕES

3.1. Além das definições constantes das CONDIÇÕES GERAIS, entender-se-á por:

Câncer: designação genérica de Neoplasia Maligna, caracterizada pelo crescimento descontrolado de células malignas com disseminação e invasão dos tecidos do corpo humano.

Carcinoma in situ: presença de células malignas, confinadas somente ao epitélio de revestimento, não ultrapassando ou invadindo os limites da membrana basal epitelial.

Câncer Primário: aquele que teve sua origem no próprio órgão afetado.

Diagnóstico Anatomopatológico: diagnóstico baseado nos achados obtidos nos exames macroscópico e microscópico do espécime avaliado, realizado por médico especialista.

Diagnóstico de Câncer: para efeitos desta Cobertura, será a constatação de Neoplasia Maligna no Segurado,

realizada em vida, efetuada por exame microscópico de tecido fixo afetado pela moléstia, sendo o de maior importância o Diagnóstico Anatomopatológico, além de exames complementares realizados por profissional médico especialista, com evidência histológica de malignidade confirmada por oncologista ou patologista.

Metástase: presença de tecido neoplásico maligno em localização diferente à lesão primária inicial, do mesmo tipo histológico, que surge em decorrência da disseminação do tumor primário, através da corrente sanguínea ou linfática.

Neoplasia: doença caracterizada pela proliferação anormal de células, tumorais ou não, de caráter benigno ou maligno.

Neoplasia Benigna: proliferação anormal de células de diversos tipos de tecidos, que não apresentam potencial de disseminação para outros locais que não o de origem, através de corrente sanguínea ou linfática, não causando Metástases e apresentando características celulares benignas, confirmadas através de estudos anatomopatológicos.

Neoplasia Maligna: proliferação anormal e descontrolada de células, de diversos tipos de tecidos, que podem disseminar pela corrente sanguínea ou através dos vasos linfáticos, com potencial de implantação em outros órgãos e tecidos, causando Metástases e que apresenta características celulares e anatomopatológicas macroscópicas de Neoplasia Maligna.

Cláusula 4 – RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos Riscos Excluídos definidos na Cláusula 9 – RISCOS EXCLUÍDOS das CONDIÇÕES GERAIS, estão expressamente excluídos desta Cobertura os eventos decorrentes de:

- a) qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
- b) todos os cânceres não invasivos (in situ);
- c) carcinoma micro-invasivo do útero ou do colo do útero;
- d) qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana (HIV);
- e) câncer existente antes do início de Vigência da Cobertura individual e que não tenha sido declarado na Proposta de Contratação ou na Declaração Pessoal de Saúde e Atividade (DPSA); e
- f) qualquer Neoplasia Benigna.

Cláusula 5 – CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro, respeitados os limites estabelecidos na Apólice e nas CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da Liquidação dos Sinistros, a data do Diagnóstico de Câncer, realizado em vida.

5.3. O pagamento de qualquer Indenização decorrente desta Cobertura significa o Cancelamento imediato da cobertura, não havendo Reintegração do Capital Segurado ou Renovação da mesma.

Cláusula 6 – FRANQUIAS

Esta Cobertura está sujeita à aplicação de Franquia. Os critérios e valores serão estabelecidos na Apólice e nos Documentos Contratuais.

Cláusula 7 – REENQUADRAMENTO POR IDADE

7.1. Para esta Cobertura, além do aumento do Prêmio produzido pela atualização monetária do Capital Segurado conforme previsto nas CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro, serão utilizados os percentuais de aumento do Prêmio por faixa etária do Segurado, na data do seu aniversário, de acordo com o sexo biológico:

IDADE	MASCULINO	FEMININO
14 anos	0,0%	0,0%
15 anos	0,0%	0,0%
16 anos	0,0%	0,0%
17 anos	0,0%	0,0%
18 anos	0,0%	0,0%
19 anos	0,0%	0,0%
20 anos	10,0%	10,0%
21 anos	-4,9%	-4,9%
22 anos	-4,5%	-4,5%
23 anos	-4,8%	-4,8%
24 anos	-0,3%	-0,3%
25 anos	-9,7%	-9,7%
26 anos	-5,6%	-5,6%
27 anos	-5,9%	-5,9%
28 anos	-6,3%	-6,3%
29 anos	-7,2%	-7,2%
30 anos	-3,0%	-3,0%
31 anos	7,4%	7,4%
32 anos	6,9%	6,9%
33 anos	9,2%	9,2%
34 anos	20,2%	20,2%
35 anos	16,8%	16,8%
36 anos	14,4%	14,4%
37 anos	12,6%	12,6%
38 anos	11,2%	11,2%
39 anos	10,1%	10,1%
40 anos	9,1%	9,1%
41 anos	8,4%	8,4%
42 anos	16,6%	16,6%
43 anos	14,2%	14,2%
44 anos	12,4%	12,4%
45 anos	11,1%	11,1%
46 anos	10,0%	10,0%
47 anos	9,1%	9,1%
48 anos	8,3%	8,3%
49 anos	4,6%	4,6%
50 anos	4,4%	4,4%
51 anos	4,2%	4,2%
52 anos	4,1%	4,1%

53 anos	3,9%	3,9%
54 anos	3,8%	3,8%
55 anos	18,6%	18,6%
56 anos	15,6%	15,6%
57 anos	13,5%	13,5%
58 anos	11,9%	11,9%
59 anos	10,6%	10,6%
60 anos	9,6%	9,6%
61 anos	8,8%	8,8%
62 anos	7,0%	7,0%
63 anos	6,5%	6,5%
64 anos	6,1%	6,1%
65 anos	5,8%	5,8%
66 anos	3,3%	3,3%
67 anos	3,2%	3,2%
68 anos	3,1%	3,1%
69 anos	3,0%	3,0%
70 anos	2,9%	2,9%
71 anos	5,0%	5,0%
72 anos	5,0%	5,0%
73 anos	5,0%	5,0%
74 anos	5,0%	5,0%
75 anos	5,0%	5,0%
76 anos	5,0%	5,0%
77 anos	5,0%	5,0%
78 anos	5,0%	5,0%
79 anos	5,0%	5,0%
80 anos	5,0%	5,0%
81 anos	5,0%	5,0%
82 anos	5,0%	5,0%
83 anos	5,0%	5,0%
84 anos	5,0%	5,0%
85 anos	5,0%	5,0%
86 anos	5,0%	5,0%
87 anos	5,0%	5,0%
88 anos	5,0%	5,0%
89 anos	5,0%	5,0%
90 anos	5,0%	5,0%
91 anos	5,0%	5,0%
92 anos	5,0%	5,0%
93 anos	5,0%	5,0%
94 anos	5,0%	5,0%
95 anos	5,0%	5,0%
96 anos	5,0%	5,0%
97 anos	5,0%	5,0%
98 anos	5,0%	5,0%

99 anos	5,0%	5,0%
100 anos	5,0%	5,0%
101 anos	5,0%	5,0%
102 anos	5,0%	5,0%
103 anos	5,0%	5,0%
104 anos	5,0%	5,0%
105 anos	5,0%	5,0%
106 anos	5,0%	5,0%
107 anos	5,0%	5,0%
108 anos	5,0%	5,0%
109 anos	5,0%	5,0%
110 anos	5,0%	5,0%
111 anos	5,0%	5,0%
112 anos	5,0%	5,0%
113 anos	5,0%	5,0%
114 anos	5,0%	5,0%
115 anos	5,0%	5,0%

Cláusula 8 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

8.1 Além dos documentos básicos necessários para a Indenização em caso de Sinistro coberto relacionados nas CONDIÇÕES GERAIS deste Plano de Seguro, sempre que constar expressamente nos Documentos Contratuais a contratação desta Cobertura, também serão considerados como documentos básicos a serem apresentados pelo Segurado ou seu Beneficiário para a Indenização:

- a) declaração médica em formulário da Seguradora, devidamente preenchida e assinada por médico regularmente habilitado, contendo o Diagnóstico Anatomopatológico, o estágio da Neoplasia, o tratamento realizado e a realizar, de modo detalhado, e prognóstico;
- b) cópia do exame anatomopatológico que comprove o Diagnóstico de Câncer; e
- c) laudo do perito médico, quando solicitado pela Seguradora.

8.2 O Beneficiário desta Cobertura será sempre o próprio Segurado.

Cláusula 9 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

A Indenização para esta Cobertura será paga independentemente de outras Garantias.

Cláusula 10 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todas as cláusulas das CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes CONDIÇÕES ESPECIAIS.

DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE PESSOAL (DITA)

Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO

Esta Cobertura objetiva, mediante o pagamento do respectivo Prêmio e expressa inclusão desta CONDIÇÃO ESPECIAL na Apólice, o pagamento de diárias ao Segurado, **exclusivamente para profissional liberal ou autônomo**, que, em decorrência de um Acidente Pessoal coberto, **mantenha-se afastado de sua principal atividade profissional por um período superior ao da Franquia estipulada** devido a uma impossibilidade contínua e ininterrupta de exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, observados os limites estabelecidos na Apólice, os Riscos Excluídos, as hipóteses de Perda de Direitos e as demais CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

Cláusula 2 – DEFINIÇÕES

Além das definições constantes das CONDIÇÕES GERAIS, entender-se-á por:

Profissional Liberal ou Autônomo: para os fins desta Cobertura, considera-se como profissional liberal ou autônomo aquele que contribui com a previdência social (INSS) e recebe pagamentos por prestação de serviços, sem qualquer vínculo empregatício, sendo esta a sua forma principal de percepção de seus rendimentos.

Cláusula 3 – CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro, respeitados os limites estabelecidos na Apólice e nas CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

3.2. Considera-se como data do Sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da Liquidação dos Sinistros, a data do afastamento consignado no laudo médico.

Cláusula 4 – FRANQUIAS

Esta Cobertura está sujeita à aplicação de Franquia. Os critérios e valores serão estabelecidos na Apólice e nos Documentos Contratuais.

Cláusula 5 – REENQUADRAMENTO POR IDADE

Ao contrário do disposto nas CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro, o Prêmio de Seguro para esta Cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal (DITA) não sofrerá alteração por idade.

Cláusula 6 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1. Além dos documentos básicos necessários para a Indenização em caso de Sinistro coberto relacionados nas CONDIÇÕES GERAIS deste Plano de Seguro, sempre que constar expressamente nos Documentos Contratuais a contratação desta Cobertura também serão considerados como documentos básicos a serem apresentados pelo Segurado ou seu Beneficiário para a Indenização:

- 6.1.1. comprovação de exercício de atividade profissional; e
- 6.1.2. cópia autenticada do recolhimento de ISS ou ICMS; ou
- 6.1.3. cópia autenticada do último imposto de renda; ou
- 6.1.4. cópia autenticada do carnê leão.

6.2. O valor de cada diária bem como o número de diárias contratadas sob estas CONDIÇÕES ESPECIAIS será estabelecido na Proposta de Contratação, nas CONDIÇÕES CONTRATUAIS e ratificado na respectiva Apólice.

6.3. **Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada, e estabelecida na Apólice. Este limite não ultrapassará 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias.**

6.4. **A Seguradora pagará ao Segurado as diárias a que tiver direito, contadas do 16º (décimo sexto) dia do acidente, caracterizando a incapacidade, até o dia da sua volta à atividade laborativa, respeitando os limites estabelecidos desta Cobertura.**

6.5. **As diárias serão pagas ao Segurado à medida que se tornem devidas, a cada 30 (trinta) dias.**

6.6. **O afastamento somente será reconhecido quando determinado por um médico devidamente habilitado e comprovado posteriormente através do envio dos exames complementares.**

6.7. **No caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento indenizável, a Indenização será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou sobreposição de Indenização. Após o uso total das diárias ou do valor equivalente, a Cobertura será automaticamente cancelada.**

Cláusula 7 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

A Indenização para esta Cobertura será paga independente de outras Garantias.

Cláusula 8 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todas as cláusulas das CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes CONDIÇÕES ESPECIAIS.

DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR DOENÇA (DITD)

Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO

Esta Cobertura objetiva, mediante o pagamento do respectivo Prêmio e expressa inclusão desta CONDIÇÃO ESPECIAL na Apólice, o pagamento de diárias ao Segurado, **exclusivamente para profissional liberal ou autônomo**, que, em decorrência de uma doença coberta, **mantenha-se afastado de sua principal atividade profissional por um período superior ao da Franquia estipulada devido** a uma impossibilidade contínua e ininterrupta de exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, observados os limites estabelecidos na Apólice, os Riscos Excluídos, as hipóteses de Perda de Direitos e as demais CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

Cláusula 2 – DEFINIÇÕES

Além das definições constantes das CONDIÇÕES GERAIS, entender-se-á por:

Profissional Liberal ou Autônomo: para os fins desta Cobertura, considera-se como profissional liberal ou autônomo aquele que contribui com a previdência social (INSS) e recebe pagamentos por prestação de serviços, sem qualquer vínculo empregatício, sendo esta a sua forma principal de percepção de seus rendimentos.

Cláusula 3 – RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **SALVO SE EXPRESSAMENTE INCLUÍDOS NA ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE, ALÉM DAS EXCLUSÕES CONTIDAS NAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE SEGURO, A SEGURADORA NÃO GARANTE O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO PARA OS EVENTOS SEGUINTE:**

- a) gravidez, parto e suas consequências;
- b) anomalias congênitas;
- c) hérnia discal, exceto quando decorrente de tratamento cirúrgico;
- d) cirurgias plásticas com finalidades estéticas ou embelezadoras;
- e) tratamento para obesidade ou estética em suas várias modalidades;
- f) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- g) doenças mentais, quaisquer que sejam suas espécies e causas;
- h) abortos, aprovados ou não e suas consequências;
- i) tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras ou estéticas, salvo se em consequência de acidentes cobertos ocorridos durante a Vigência da Apólice;
- j) cirurgia para esterilização.

Cláusula 4 – CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro, respeitados os limites estabelecidos na Apólice e nas CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

4.2. Considera-se como data do Sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da Liquidação dos Sinistros, a data da declaração médica da incapacidade.

Cláusula 5 – FRANQUIAS E CARÊNCIAS

5.1. Esta Cobertura está sujeita à aplicação de Franquia e de Carência. Os critérios e valores serão estabelecidos na Apólice e nos Documentos Contratuais.

5.2. O período de Carência será contado a partir da data do Início de Vigência do Risco individual e considerará dias consecutivos e ininterruptos.

Cláusula 6 – REENQUADRAMENTO POR IDADE

Ao contrário do disposto nas CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro, o Prêmio de Seguro para esta Cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Doença (DITD) não sofrerá alteração por idade.

Cláusula 7 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Além dos documentos básicos necessários para a Indenização em caso de Sinistro coberto relacionados nas CONDIÇÕES GERAIS deste Plano de Seguro, sempre que constar expressamente nos Documentos Contratuais a contratação desta Cobertura também serão considerados como documentos básicos a serem apresentados pelo Segurado ou seu Beneficiário para a Indenização:

- a) comprovação de exercício de atividade profissional;
- b) cópia autenticada do recolhimento de ISS ou do ICMS; ou
- c) cópia autenticada do último imposto de renda ou cópia autenticada do carnê leão;
- d) laudo médico com a determinação do afastamento por incapacidade temporária.

7.2. O valor de cada diária será estabelecido na especificação da Apólice, respeitados os limites estabelecidos na Apólice e nas CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

7.3. Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada, e estabelecida na Apólice e demais Condições Contratuais. Este limite não ultrapassará 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias.

7.4. A Seguradora pagará ao Segurado as diárias a que tiver direito, contadas do 16º (décimo sexto) dia do afastamento por doença, caracterizando a incapacidade, até o dia da sua volta à atividade laborativa, respeitando os limites estabelecidos desta Cobertura. Utilizadas as diárias ou o valor equivalente das diárias, essa Cobertura estará automaticamente cancelada

7.5. As diárias serão pagas ao Segurado à medida que se tornem devidas, a cada 30 (trinta) dias.

7.6. O afastamento somente será reconhecido quando determinado por um médico devidamente habilitado e comprovado posteriormente através do envio dos exames complementares.

7.7. O pagamento das diárias será feito enquanto o Segurado estiver incapacitado e limitar-se-á à quantidade de diárias estabelecidas na Apólice, independentemente do número de eventos.

7.8. No caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento indenizável, a Indenização será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou sobreposição de Indenização.

Cláusula 8 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

A Indenização para esta Cobertura será paga independentemente de outras Garantias.

Cláusula 9 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todas as cláusulas das CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes CONDIÇÕES ESPECIAIS.

DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE PESSOAL OU DOENÇA (DIH)

Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO

1.1 Esta Cobertura objetiva, mediante o pagamento do respectivo Prêmio e expressa inclusão desta CONDIÇÃO ESPECIAL na Apólice Individual, garantir ao Segurado, o pagamento de um valor diário fixo, pagável por dia de hospitalização do Segurado em uma instituição hospitalar, desde que a hospitalização seja decorrente de Acidente Pessoal, reconhecido como Evento Coberto por este Seguro, observados os limites estabelecidos na Apólice, os Riscos Excluídos, as hipóteses de Perda de Direitos e as demais CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

1.2 Faculta-se ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares, desde que legalmente habilitados.

1.2.1. Considera-se médico legalmente habilitado o profissional que:

- a) Seja graduado em medicina ou em odontologia por instituição reconhecida pelo Ministério da Educação;
- b) Possua registro regular e ativo no Conselho Regional de Medicina (CRM) ou no Conselho Regional de Odontologia (CRO) da jurisdição em que atua;
- c) Esteja autorizado a exercer legalmente a profissão no território nacional, conforme legislação vigente.

1.2.2. Não serão aceitos como médicos legalmente habilitados, para fins deste seguro, profissionais com registro suspenso, cassado ou cancelado, bem como aqueles que atuem fora das delimitações legais de sua habilitação.

1.3 Desde que preservada a livre escolha, pode a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médico-hospitalares.

Cláusula 2 – DEFINIÇÕES

2.1. Além das definições constantes das CONDIÇÕES GERAIS, entender-se-á por:

Condição Médica Preexistente: significa doença ou lesão de conhecimento do Segurado e não declarada na Proposta de Contratação, em função da qual o Segurado tenha recebido tratamento médico, ou recomendação médica para tal, a qualquer momento, nos 06(seis) meses anteriores à data de início deste Seguro ou ainda saiba ser portador ou sofredor à época da contratação, mesmo que ainda não tenha recebido tratamento médico.

Cláusula 3 – RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. SALVO SE EXPRESSAMENTE INCLUÍDOS NA ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE, ALÉM DAS EXCLUSÕES CONTIDAS NAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE SEGURO, A SEGURADORA NÃO GARANTE O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO PARA OS EVENTOS SEGUINTE:

- 3.1.1. **hospitalização quando o Segurado não estiver sob cuidados de médico legalmente habilitado;**
- 3.1.2. **procedimentos odontológicos;**
- 3.1.3. **tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem Ato Ilícito ou antiético;**

- 3.1.4. tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
- 3.1.5. cirurgias estéticas.

3.2. TAMBÉM SÃO CONSIDERADOS EXCLUÍDOS, POR CONDIÇÕES MÉDICAS PREEXISTENTES:

- 3.2.1. A hospitalização resultante de qualquer doença,
- 3.2.2. A hospitalização resultante de lesão caracterizada como Condição Médica Preexistente do Segurado.
- 3.2.3. Se, durante a Vigência desta Cobertura, o Segurado Principal solicitar e for consignado por Endosso, a elevação do valor do benefício diário fixo, haverá exclusão para o valor do aumento, em caso de condição médica Preexistente.

3.3. SÃO EXCLUÍDAS DESTA COBERTURA AS INTERNAÇÕES EM INSTITUIÇÕES RELACIONADAS A SEGUIR:

- 3.3.1. instituição para atendimento de deficientes mentais, ou seja, uma instituição primordialmente dedicada ao tratamento de enfermidades psiquiátricas, incluindo subnormalidades; ou ainda o departamento psiquiátrico de um hospital;
- 3.3.2. local para idosos, casas de descanso, asilos e assemelhados;
- 3.3.3. clínicas ou local para recuperação de viciados em álcool e drogas; e
- 3.3.4. instituições de saúde hidroterápica ou clínicas de métodos curativos naturais; casa de saúde para convalescentes; unidade especial de hospital usada primordialmente como um lugar para viciados em drogas ou álcool, ou como uma instituição de saúde para convalescentes ou para reabilitados; clínicas de emagrecimento ou SPA.

Cláusula 4 – CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de Indenização devido na ocorrência do Sinistro, respeitados os limites estabelecidos na Apólice e nas CONDIÇÕES CONTRATUAIS.
- 4.2. O valor do Capital Segurado será estabelecido sob forma de diária, independentemente das despesas efetuadas pelo Segurado. O valor de cada diária e os limites serão estabelecidos na Apólice e nas CONDIÇÕES CONTRATUAIS.
- 4.3. Caracteriza-se como hospitalização, uma internação em uma instituição hospitalar pelo período mínimo de 12(doze) horas, comprovada a utilização de pelo menos 01 (uma) diária hospitalar pelo Segurado.
- 4.4. O benefício máximo pagável dessa Cobertura é de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias de internação, sendo que, na reinternação, as diárias serão consideradas como uma nova internação, passando a contar como diárias utilizadas. Após o uso total das diárias ou do valor equivalente, a Cobertura será automaticamente cancelada.
 - 4.4.1. Considerar-se-á como reinternação, a internação que se iniciar no período de Vigência deste Seguro e que resulte de causas que sejam iguais ou relacionadas com a internação anterior.
 - 4.4.2. Para ter Cobertura a essa reinternação, não pode ter havido o consumo de todas as diárias contratadas e essa nova internação ocorra dentro da Vigência da Cobertura.

4.4.3. **Caso continue internado após o final de Vigência da Apólice e não tenha tido alta, será mantida Cobertura até findar o número de diárias contratadas.**

4.5. Nos casos de hospitalização no exterior, os encargos de tradução dos documentos comprobatórios ficarão por conta da Seguradora.

4.6. Considera-se como data do Sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da Liquidação dos Sinistros, a data da internação consignada no laudo médico.

Cláusula 5 – FRANQUIAS E CARÊNCIAS

5.1. **Esta Cobertura está sujeita à aplicação de Franquia e de Carência. Os critérios e valores serão estabelecidos na Apólice e nos Documentos Contratuais.**

5.2. **O período de Carência será contado a partir da data do Início de Vigência do Risco individual e considerará dias consecutivos e ininterruptos.**

5.3. **A hospitalização resultante de doença ou lesão caracterizada como Condição Médica Preexistente somente será coberta após o Segurado ter permanecido neste seguro por um período contínuo de 06 (seis) meses.**

Cláusula 6 – REENQUADRAMENTO POR IDADE

Para esta Cobertura, além do aumento do Prêmio produzido pela atualização monetária do Capital Segurado conforme previsto nas CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro, serão utilizados os seguintes percentuais de aumento do Prêmio por mudança de idade do Segurado, na data do seu aniversário:

Idade	Percentual de Aumento	Idade	Percentual de Aumento	Idade	Percentual de Aumento	Idade	Percentual de Aumento
10	0%	26	0%	42	0%	58	0%
11	0%	27	0%	43	0%	59	0%
12	0%	28	0%	44	0%	60	51%
13	0%	29	0%	45	0%	61	0%
14	0%	30	26%	46	0%	62	0%
15	0%	31	0%	47	0%	63	0%
16	0%	32	0%	48	0%	64	0%
17	0%	33	0%	49	0%	65	0%
18	0%	34	0%	50	37%	66	0%
19	0%	35	0%	51	0%	67	0%
20	34%	36	0%	52	0%	68	0%
21	0%	37	0%	53	0%	69	0%
22	0%	38	0%	54	0%	70	70%
23	0%	39	0%	55	0%	Acima de 70	0%
24	0%	40	33%	56	0%		
25	0%	41	0%	57	0%		

Cláusula 7 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Além dos documentos básicos necessários para a Indenização em caso de Sinistro coberto relacionados nas CONDIÇÕES GERAIS deste Plano de Seguro, sempre que constar expressamente nos Documentos Contratuais a contratação desta Cobertura também serão considerados como documentos básicos a serem apresentados pelo Segurado ou seu Beneficiário para a Indenização:

- a) relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de internação hospitalar, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o Segurado na data do evento;
- b) documento que comprove a hospitalização do Segurado (declaração do hospital), desde que este seja um documento comprobatório para fins legais, contendo nome do Segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas, identificação do médico assistente;
- c) prontuário médico hospitalar completo, fornecido pela instituição hospitalar;
- d) no caso de internação hospitalar por período superior a 15 (quinze) dias, anexar relatório médico justificativo e com o período estimado de permanência, a cada 15 (quinze) dias de internação.

7.2. **A Seguradora pagará ao Segurado as diárias a que tiver direito, contadas do 16º (décimo sexto) dia da internação, se houver a internação hospitalar de que trata esta Garantia, até o dia de sua alta, ou do momento em que deixe o hospital, o que primeiro acontecer.**

7.3. **As diárias serão pagas ao Segurado à medida que se tornem devidas, a cada 30 (trinta) dias.**

Cláusula 8 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

A Indenização para esta Cobertura será paga independentemente de outras Garantias.

Cláusula 9 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todas as cláusulas das CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes CONDIÇÕES ESPECIAIS.

DOENÇAS GRAVES

Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Esta Cobertura objetiva, mediante o pagamento do respectivo Prêmio e expressa inclusão desta CONDIÇÃO ESPECIAL na Apólice, garantir ao Segurado, o pagamento de Indenização em decorrência de diagnóstico de doença devidamente especificada e caracterizada nesta Cobertura, desde que a doença tenha sido reconhecida como Evento Coberto por este Seguro e observados os limites estabelecidos na Apólice, os Riscos Excluídos, as hipóteses de Perda de Direitos e as demais CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

1.2. **A Cobertura está condicionada à circunstância de a doença ser diagnosticada durante a Vigência do seguro, mediante diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, quando necessários.**

1.2.1. Considera-se médico legalmente habilitado o profissional que:

- a) Seja graduado em medicina ou em odontologia por instituição reconhecida pelo Ministério da Educação;
- b) Possua registro regular e ativo no Conselho Regional de Medicina (CRM) da jurisdição em que atua;
- c) Esteja autorizado a exercer legalmente a profissão no território nacional, conforme legislação vigente.

1.2.2. Não serão aceitos como médicos legalmente habilitados, para fins deste seguro, profissionais com registro suspenso, cassado ou cancelado, bem como aqueles que atuem fora das delimitações legais de sua habilitação.

Cláusula 2 – DEFINIÇÕES

2.1. Além das definições constantes das CONDIÇÕES GERAIS, entender-se-á por:

Acidente Vascular Cerebral (AVC): isquemia cerebral (diminuição e/ou interrupção do fluxo sanguíneo nas áreas a serem irrigadas do tecido cerebral) ou hemorragia intracraniana, resultante de problemas vasculares que produza destruição do tecido cerebral e sequela neurológica definitiva.

Ataque Isquêmico transitório (AIT): é uma condição neurológica súbita, de curta duração também chamado de mini-acidente vascular cerebral e é causado por um pequeno bloqueio, temporário em um vaso sanguíneo no cérebro. Na maioria dos casos os sintomas duram menos de uma hora, mas pode durar até 24 horas. Os sintomas mais comuns incluem a perda de visão, fala arrastada e fraqueza dos músculos da face, do braço ou das pernas.

Doenças Cardiológicas: são doenças do coração, incidentes nos músculos, nas artérias e nas válvulas deste órgão.

Doença Neoplásica Maligna (câncer ou tumor maligno): Doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas, e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por exame histológico conclusivo.

Transplante de órgão vital: é a transferência do órgão vital de um indivíduo vivo ou morto ou uso de prótese artificial em decorrência da perda irreversível de sua função.

Cláusula 3 – COBERTURAS (RISCOS COBERTOS)

3.1. Será garantido o pagamento do Capital Segurado efetivamente contratado desta Cobertura, conforme determinado na Proposta de Contratação e ratificado na especificação da Apólice, em caso, exclusivamente, das doenças abaixo relacionadas e caracterizadas, sendo necessário que seus diagnósticos sigam os critérios estabelecidos na literatura médica mundial e sejam aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas especializadas.

3.2. **Doença Neoplásica Maligna (Câncer ou Tumor maligno):** Estão cobertos os portadores de Neoplasia Maligna com Metástases à distância, devidamente comprovada através de exames complementares especializados. Estarão cobertos, também, os tumores malignos cerebrais, de fígado, leucemias agudas (mieloide e linfóide) e os linfomas estágio III e IV com envolvimento de gânglios acima e abaixo do diafragma ou órgãos com pulmão, fígado e medula óssea.

3.3. **Doenças Cardiológicas:** Estão cobertas as doenças cardiológicas decorrentes de coronariopatias agudas ou crônicas, doenças valvulares, devidamente comprovadas e que necessitem de cirurgia a céu aberto.

3.4. **Acidente Vascular Cerebral (AVC):** Estão cobertos os Segurados que sofreram AVC. **A avaliação deverá ser realizada por médico especialista em neurologia, comprovado com exames complementares de imagem (Tomografias, Ressonância Magnética, Angiorressonância ou Doppler de Carótidas).**

3.4.1 **NÃO SE ENQUADRA, EM HIPÓTESE ALGUMA, COMO RISCO COBERTO, O ATAQUE ISQUÊMICO TRANSITÓRIO (AIT).**

3.5. **Transplante de Órgãos Vitais:** Estará coberto o Segurado que necessitar do transplante caracterizado pela perda irreversível da função dos órgãos vitais relacionados abaixo, **mediante indicação do médico especialista na patologia e de exames específicos:**

- 3.5.1. Coração
- 3.5.2. Fígado
- 3.5.3. Medula óssea
- 3.5.4. Pâncreas
- 3.5.5. Pulmão
- 3.5.6. Rim.

3.6. **Somente haverá Cobertura para a primeira doença diagnosticada ou cirurgia realizada, desde que comunicados à Seguradora, não havendo, em hipótese alguma acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.**

3.7. **Após o pagamento da Indenização, a Garantia de que trata esta CONDIÇÃO ESPECIAL fica automaticamente cancelada, devendo o Prêmio não pago ser quitado até o aniversário da Apólice.**

Cláusula 4 – CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro, respeitados os limites estabelecidos na Apólice e nas CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

4.2. Considera-se como data do Sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da Liquidação dos Sinistros, a data do diagnóstico da doença coberta.

4.3. O pagamento de qualquer Indenização decorrente de uma da Cobertura das doenças graves relacionadas, significa o Cancelamento imediato desta Cobertura, não havendo Reintegração do Capital Segurado ou Renovação da mesma Cobertura.

Cláusula 5 – CARÊNCIAS

5.1. Será adotado um período de Carência de 2 (dois) meses, contados a partir do início de Vigência do Seguro individual.

5.2. O pagamento antecipado de Prêmio não elimina a Carência estabelecida para o Seguro.

Cláusula 6 – REENQUADRAMENTO POR IDADE

Para esta Cobertura serão utilizados os seguintes percentuais de aumento de Prêmio de acordo com a idade que o Segurado se encontra, na data do seu aniversário:

Idade	Percentual de Aumento	Idade	Percentual de Aumento	Idade	Percentual de Aumento	Idade	Percentual de Aumento
10	0%	26	0%	42	0%	58	0%
11	0%	27	0%	43	0%	59	0%
12	0%	28	0%	44	0%	60	62%
13	0%	29	0%	45	0%	61	0%
14	0%	30	29%	46	0%	62	0%
15	0%	31	0%	47	0%	63	0%
16	0%	32	0%	48	0%	64	0%
17	0%	33	0%	49	0%	65	0%
18	0%	34	0%	50	80%	66	0%
19	0%	35	0%	51	0%	67	0%
20	3%	36	0%	52	0%	68	0%
21	0%	37	0%	53	0%	69	0%
22	0%	38	0%	54	0%	70	36%
23	0%	39	0%	55	0%	Acima de 70	0%
24	0%	40	77%	56	0%		
25	0%	41	0%	57	0%		

Cláusula 7 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Além dos documentos básicos necessários para a Indenização em caso de Sinistro coberto relacionados nas CONDIÇÕES GERAIS deste Plano de Seguro, sempre que constar expressamente nos Documentos Contratuais a contratação desta Cobertura também serão considerados como documentos básicos a serem apresentados pelo Beneficiário para a Indenização:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o

Segurado, com firma reconhecida;

- b) Laudo ou declaração médica atestando a doença, **preenchido e assinado pelo médico assistente profissional habilitado, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM)**, e ainda os exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico da doença.
- c) Relatório médico assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, data do diagnóstico da doença, os tratamentos realizados e evolução da doença, como detalhamento do quadro clínico incapacitante irreversível;
- d) Guia de internação hospitalar (quando houver);
- e) Laudo médico com a determinação do afastamento por incapacidade temporária (quando houver).

7.2. **Nenhum benefício será pago com base em diagnóstico feito por uma pessoa que seja membro da família do Segurado, independente de esta pessoa ser um médico habilitado ou profissional de saúde.**

7.3. **Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento da ocorrência a Seguradora poderá realizar perícia médica no Segurado, bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do Sinistro.**

7.4. **O Segurado deverá autorizar por escrito, seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, que participaram no seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.**

7.5. **Os resultados apurados pela perícia, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado e seu médico assistente.**

7.6. Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da Seguradora.

Cláusula 8 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

A Indenização para esta Cobertura será paga independente de outras Garantias.

Cláusula 9 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todas as cláusulas das CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes CONDIÇÕES ESPECIAIS.

DOENÇAS GRAVES AMPLA

Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Esta Cobertura objetiva, mediante o pagamento do respectivo Prêmio e expressa inclusão desta CONDIÇÃO ESPECIAL na Apólice, garantir ao Segurado, o pagamento de Indenização em decorrência de diagnóstico de doença ou necessidade dos procedimentos cirúrgicos devidamente especificados e caracterizados nesta Cobertura, desde que tenham sido reconhecidos como Eventos Cobertos por este Seguro e observados os limites únicos estabelecidos para as Doenças Graves na Apólice, os Riscos Excluídos, as hipóteses de Perda de Direitos e as demais CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

1.2. **A Cobertura está condicionada à circunstância de a doença ou procedimento cirúrgico serem diagnosticados durante a Vigência do seguro, mediante comprovação por médico legalmente habilitado e exames complementares, quando exigidos.**

1.2.1. Considera-se médico legalmente habilitado o profissional que:

- a) Seja graduado em medicina ou em odontologia por instituição reconhecida pelo Ministério da Educação;
- b) Possua registro regular e ativo no Conselho Regional de Medicina (CRM) da jurisdição em que atua;
- c) Esteja autorizado a exercer legalmente a profissão no território nacional, conforme legislação vigente.

1.2.2. Não serão aceitos como médicos legalmente habilitados, para fins deste seguro, profissionais com registro suspenso, cassado ou cancelado, bem como aqueles que atuem fora das delimitações legais de sua habilitação.

1.2.3. **Doenças diagnosticadas antes da Vigência desta Apólice não estão amparadas por essa Apólice.**

Cláusula 2 – DEFINIÇÕES

2.1. Além das definições constantes das CONDIÇÕES GERAIS, entender-se-á por:

Acidente Vascular Cerebral (AVC): isquemia cerebral (diminuição e/ou interrupção do fluxo sanguíneo nas áreas a serem irrigadas do tecido cerebral) ou hemorragia intracraniana, resultante de problemas vasculares que produza destruição do tecido cerebral e sequela neurológica definitiva.

Alzheimer: doença degenerativa do cérebro, incurável, que se agrava ao longo do tempo e que se manifesta por demência ou perda de funções cognitivas (memória, orientação, comportamento, linguagem, cálculo), comprometimento progressivo das atividades de vida diária, uma variedade de sintomas neuropsiquiátricos e de alterações comportamentais.

Angioplastia coronária: procedimento cirúrgico realizado para corrigir o estreitamento ou obstrução de uma ou mais artérias coronárias utilizando um cateter específico chamado balão de angioplastia.

Ataque Isquêmico transitório (AIT): é uma condição neurológica súbita, de curta duração também chamado de mini-acidente vascular cerebral e é causado por um pequeno bloqueio, temporário em um vaso sanguíneo no cérebro. Na maioria dos casos os sintomas duram menos de uma hora, mas pode durar até 24 horas. Os sintomas mais comuns incluem a perda de visão, fala arrastada e fraqueza dos músculos da face, do braço ou das pernas.

Cirurgia Coronariana tipo “BYPASS”: É um procedimento que permite que o sangue contorne (ou faça uma

ponte sobre) uma secção obstruída em uma ou mais artérias coronárias, também denominado cirurgia de pontagem coronária ou de revascularização coronária.

Cirurgia da Aorta: Cirurgia convencional que visa corrigir qualquer doença da artéria aorta por excisão de uma parte doente desta artéria e substituição por enxerto.

Cirurgia de Válvula do Coração: Cirurgia cardíaca convencional que visa recuperar ou substituir uma ou mais válvulas cardíacas, indicada por cirurgião cardíaco, respaldado por exames complementares apropriados.

Danos Cerebrais Anatômicos: Conjunto de distúrbios cerebrais envolvendo a perda das funções cerebrais, causado exclusivamente por acidente.

Distrofia Muscular: Grupo de doenças genéticas, que se caracterizam por uma degeneração progressiva do tecido muscular levando à perda dos movimentos.

Doenças Cardiológicas: são doenças do coração, incidentes nos músculos, nas artérias e nas válvulas deste órgão.

Doença Neoplásica Maligna (câncer ou tumor maligno): é o resultado do acúmulo de alterações genéticas ou adquiridas que transforma a célula normal em outra estrutura diferente, promovendo o crescimento progressivo e descontrolado de células malignas no corpo humano, com potencial para invadir tecidos ou órgãos vizinhos e disseminar-se a lugares distantes (Metástases).

DORT: distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho.

Embolia Pulmonar: é quando as artérias ou veias do pulmão ficam obstruídas por coágulos.

Enfisema Pulmonar: doença crônica caracterizada pela destruição parcial ou total do tecido pulmonar que se torna hiper insuflado. A caracterização da Cobertura se dará mediante diagnóstico feito por pneumologista.

Esclerose Múltipla: doença neurológica, crônica e autoimune em que as células do organismo atacam o próprio sistema nervoso, causando lesões medulares e cerebrais.

Grande Queimadura: queimaduras de segundo grau que atingem 20% (vinte por cento) da superfície corporal, queimaduras de terceiro grau que atingem mais de 10% (dez por cento) da superfície corporal, queimaduras de segundo ou terceiro grau que atingem o períneo, queimaduras de terceiro grau que atingem mão ou pé ou face ou axila e queimaduras por corrente elétrica.

Hérnia: é a protusão, ou seja, o escape parcial ou total de um ou mais órgãos por um orifício que se abriu, seja por má formação ou enfraquecimento, nas camadas de tecido protetoras dos órgãos internos do abdome.

Hidrocefalia: é uma condição que se caracteriza pelo acúmulo do líquido cefalorraquidiano (LCR) nos ventrículos cerebrais e no espaço subaracnoide entre as membranas aracnoide e pia-mater das meninges. Esse acúmulo pode ser causado por um desequilíbrio entre a produção e a reabsorção do líquido cefalorraquidiano ou por algum tipo de obstrução que impeça sua circulação e drenagem. O excesso retido faz os ventrículos cerebrais dilatarem, podendo provocar compressão e danos nas estruturas encefálicas.

Insuficiência Renal Terminal: lesão renal e perda progressiva e irreversível da função dos rins (glomerular, tubular e endócrina). Em sua fase mais avançada (chamada de fase terminal de insuficiência renal crônica- IRC), os rins não conseguem mais manter a normalidade do meio interno do paciente.

LER: lesão por esforços repetitivos.

Paralisia Total e Irreversível: é a incapacidade de contração voluntária de um músculo ou grupo de músculos, resultante de uma lesão orgânica de natureza destrutiva ou degenerativa, a qual implica interrupção de uma das vias motoras, em qualquer ponto, desde o córtex cerebral até a própria fibra muscular, pela lesão do neurônio motor central ou periférico.

Parkinson: doença degenerativa do sistema nervoso central, crônica e progressiva. É causada por uma diminuição intensa da produção de dopamina, que é um neurotransmissor (substância química que ajuda na transmissão de mensagens entre as células nervosas).

Perda de Membros: Amputação de dois ou mais membros provocada por acidente ou doença.

Perda Total da Visão: condição em que a visão torna-se nula, isto é, quando nem a percepção luminosa está presente.

Transplante de Órgão Vital: é a transferência do órgão vital de um indivíduo vivo ou morto ou uso de prótese artificial em decorrência da perda irreversível de sua função.

Tumor Cerebral Benigno: tumor benigno no cérebro que provoca sequelas neurológicas permanentes.

Cláusula 3 – COBERTURAS (RISCOS COBERTOS)

3.1. Será garantido o pagamento do Capital Segurado efetivamente contratado desta Cobertura, conforme determinado na Proposta de Contratação e ratificado na especificação da Apólice, em caso das doenças abaixo relacionadas e caracterizadas, sendo necessário que seus diagnósticos sigam os critérios estabelecidos na literatura médica mundial e sejam aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas especializadas.

3.2. **Somente haverá Cobertura para a primeira doença diagnosticada ou cirurgia realizada, desde que comunicados à Seguradora, não havendo, em hipótese alguma acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.**

3.3. São Riscos Garantidos desta Cobertura:

3.3.1. **Acidente Vascular Cerebral (AVC):** Estão cobertos os Segurados que sofreram AVC. **A avaliação deverá ser realizada por médico especialista em neurologia, comprovado com exames complementares de imagem (Tomografias, Ressonância Magnética, Angiorressonância ou Doppler de Carótidas).**

3.3.2. **Alzheimer:** Estão cobertos os Segurados que obtiverem o diagnóstico de Alzheimer.

3.3.3. **Angioplastia coronária:** Estão cobertos os Segurados que obtiverem indicação de angioplastia coronária (uma ou mais artérias).

3.3.4. **Cirurgia Coronariana tipo “BYPASS”:** Estão cobertos os Segurados que necessitarem de cirurgia coronariana tipo “Bypass”.

3.3.5. **Cirurgia da Aorta: ESTARÁ COBERTA EXCLUSIVAMENTE A CIRURGIA DA ARTÉRIA AORTA EM**

SUA PORÇÃO TORÁCICA E ABDOMINAL, EXCLUINDO-SE TODOS SEUS RAMOS. A cirurgia deve ser indicada por cirurgião cardíaco ou vascular, respaldado por exames complementares apropriados.

- 3.3.6. **Cirurgia de Válvula do Coração:** Estarão cobertos os Segurados que obtiverem indicação de Cirurgia de Válvula do Coração. **A cirurgia deve ser indicada por cirurgião cardíaco ou vascular, respaldado por exames complementares apropriados.**
- 3.3.7. **Danos Cerebrais Anatômicos: ESTÃO COBERTOS OS SEGURADOS QUE OBTIVEREM INDICAÇÃO DE CIRURGIA POR DANOS CEREBRAIS ANATÔMICOS DECORRENTES EXCLUSIVAMENTE DE ACIDENTES.**
- 3.3.8. **Distrofia Muscular:** Estarão cobertos os Segurados que tiverem o diagnóstico de Distrofia Muscular. **A caracterização da Cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista e mediante a comprovação da necessidade do auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene.**
- 3.3.9. **Doença Neoplásica Maligna (Câncer ou Tumor maligno): Estão cobertos os Segurados diagnosticados como portadores de Neoplasia Maligna com Metástases à distância, devidamente comprovada através de exames complementares especializados.** Estarão cobertos, também, os tumores malignos cerebrais, de fígado, leucemias agudas (mieloide e linfóide) e os linfomas estágio III e IV com envolvimento de gânglios acima e abaixo do diafragma ou órgãos com pulmão, fígado e medula óssea.
- 3.3.10. **Doenças Cardiológicas:** Estão cobertas as doenças cardiológicas decorrentes de coronariopatias agudas ou crônicas, doenças valvulares, devidamente comprovadas e que necessitem de cirurgia a céu aberto.
- 3.3.11. **Embolia Pulmonar:** Estão cobertos os Segurados que sofreram Embolia Pulmonar.
- 3.3.12. **Enfisema Pulmonar:** Estão cobertos os Segurados diagnosticados como portadores de Enfisema Pulmonar. A caracterização da Cobertura se dará mediante diagnóstico feito por pneumologista.
- 3.3.13. **Esclerose Múltipla:** Estão cobertos os Segurados diagnosticados como portadores de Esclerose Múltipla.
- 3.3.14. **Grandes Queimaduras:** Estão cobertos os Segurados que forem acometidos por Grandes Queimaduras.
- 3.3.15. **Hérnia:** Estão cobertos os Segurados que forem diagnosticados com Hérnia.
- 3.3.16. **Insuficiência Renal Terminal:** Estão cobertos os Segurados que forem diagnosticados com Insuficiência Renal Terminal.
- 3.3.17. **LER e DORT:** Estão cobertos os Segurados que forem acometidos e diagnosticados com LER e DORT que representam um grupo de afecções do sistema musculoesquelético (tendão, nervo, músculo, ligamento, osso, articulação, disco intervertebral, entre outras estruturas) decorrentes de sobrecargas mecânicas.
- 3.3.18. **Paralisia Total e Irreversível:** Estão cobertos os Segurados que sofreram Paralisia Total e Irreversível.
- 3.3.19. **Parkinson:** Estão cobertos os Segurados que foram diagnosticados com a doença de Parkinson.

- 3.3.20. **Perda de Membros:** Estão cobertos os Segurados em caso de Perda de Membros. **PARA EFEITO DESTA COBERTURA SERÃO GARANTIDOS EXCLUSIVAMENTE A AMPUTAÇÃO OCORRIDA ACIMA DO JOELHO (MEMBROS INFERIORES) OU ACIMA DO COTOVELO (MEMBROS SUPERIORES).**
- 3.3.21. **Perda Total da Audição:** Estão cobertos os Segurados que forem acometidos por deficiência auditiva total irreversível causada por doenças ou acidentes.
- 3.3.22. **Perda Total da Fala:** Estão cobertos os Segurados que forem acometidos por deficiência total e irreversível relacionada a fala causada por doenças ou acidentes.
- 3.3.23. **Perda Total da Visão:** Estão cobertos os Segurados que tiverem de modo irreversível a Perda Total da Visão causada por doenças ou acidentes.
- 3.3.24. **Transplante de Órgãos Vitais:** Estará coberto o Segurado que necessitar do transplante caracterizado pela perda irreversível da função dos órgãos vitais relacionados abaixo, **mediante indicação do médico especialista na patologia e de exames específicos:**
- 3.3.24.1. Coração
 - 3.3.24.2. Fígado
 - 3.3.24.3. Medula óssea
 - 3.3.24.4. Pâncreas
 - 3.3.24.5. Pulmão
 - 3.3.24.6. Rim.
 - 3.3.24.7. O transplante parcial ou total da face, mão braço e perna (aloenxertos de tecido composto) também estão cobertos nesta Garantia.
- 3.3.25. **Tumor Cerebral Benigno: ESTARÁ COBERTO O SEGURADO DIAGNOSTICADO COM TUMOR CEREBRAL BENIGNO ACOMPANHADO OBRIGATORIAMENTE DE HIDROCEFALIA.**
- 3.3.26. **NÃO SE ENQUADRA, EM HIPÓTESE ALGUMA, COMO RISCO COBERTO, O ATAQUE ISQUÊMICO TRANSITÓRIO (AIT).**

Cláusula 4 – CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro, respeitados os limites estabelecidos na Apólice e nas CONDIÇÕES CONTRATUAIS.
- 4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da Liquidação dos Sinistros, a data do diagnóstico da doença coberta.
- 4.3. **O pagamento de qualquer Indenização decorrente de uma das doenças graves relacionadas, significa o Cancelamento imediato desta Cobertura, não havendo Reintegração do Capital Segurado ou Renovação da mesma Cobertura.**

Cláusula 5 – CARÊNCIAS

- 5.1. **Será adotado um período de Carência de 2 (dois) meses, contados a partir do início de Vigência do Seguro individual.**

5.2. O pagamento antecipado de Prêmio não elimina a Carência estabelecida para o Seguro.

Cláusula 6 – REENQUADRAMENTO POR IDADE

Para esta Cobertura serão utilizados os seguintes percentuais de aumento de Prêmio de acordo com a idade que o Segurado se encontra, na data do seu aniversário:

Idade	Percentual de Aumento	Idade	Percentual de Aumento	Idade	Percentual de Aumento	Idade	Percentual de Aumento
10	0%	26	0%	42	0%	58	0%
11	0%	27	0%	43	0%	59	0%
12	0%	28	0%	44	0%	60	62%
13	0%	29	0%	45	0%	61	0%
14	0%	30	29%	46	0%	62	0%
15	0%	31	0%	47	0%	63	0%
16	0%	32	0%	48	0%	64	0%
17	0%	33	0%	49	0%	65	0%
18	0%	34	0%	50	80%	66	0%
19	0%	35	0%	51	0%	67	0%
20	3%	36	0%	52	0%	68	0%
21	0%	37	0%	53	0%	69	0%
22	0%	38	0%	54	0%	70	36%
23	0%	39	0%	55	0%	Acima de 70	0%
24	0%	40	77%	56	0%		
25	0%	41	0%	57	0%		

Cláusula 7 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Além dos documentos básicos necessários para a Indenização em caso de Sinistro coberto relacionados nas CONDIÇÕES GERAIS deste Plano de Seguro, sempre que constar expressamente nos Documentos Contratuais a contratação desta Cobertura também serão considerados como documentos básicos a serem apresentados pelo Beneficiário para a Indenização:

- Formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e **assinado pelo médico que assistiu o Segurado, com firma reconhecida**;
- Laudo ou declaração médica atestando a doença, **preenchido e assinado pelo médico assistente profissional habilitado, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM)**, e ainda os exames complementares realizados, comprovando a data e o diagnóstico da doença.
- Relatório médico assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, data do diagnóstico da doença, os tratamentos realizados e evolução da doença, como detalhamento do quadro clínico incapacitante irreversível;
- Guia de internação hospitalar (quando houver);
- Laudo médico com a determinação do afastamento por incapacidade temporária (quando houver).

7.2. Nenhum benefício será pago com base em diagnóstico feito por uma pessoa que seja membro da família do Segurado ou que esteja vivendo na mesma residência do Segurado, independente de esta pessoa ser um médico habilitado ou profissional de saúde.

7.3. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento da ocorrência a Seguradora poderá realizar perícia médica no Segurado, bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do Sinistro.

7.4. O Segurado deverá autorizar por escrito, seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, que participaram no seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

7.5. Os resultados apurados pela perícia, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado e seu médico assistente.

7.5.1. Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da Seguradora.

Cláusula 8 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

Não haverá acúmulo ou sobreposição das Coberturas relacionadas nestas CONDIÇÕES ESPECIAIS. A Indenização, de uma das Coberturas constantes destas CONDIÇÕES ESPECIAIS, será paga independente de outras Garantias previstas nas CONDIÇÕES CONTRATUAIS

Cláusula 9 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todas as cláusulas das CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes CONDIÇÕES ESPECIAIS.

DOENÇAS GRAVES (4 DOENÇAS)

Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO

1.3. Esta Cobertura objetiva, mediante o pagamento do respectivo Prêmio e expressa inclusão desta CONDIÇÃO ESPECIAL na Apólice, garantir ao Segurado, o pagamento de Indenização em decorrência de diagnóstico de doença devidamente especificada e caracterizada nesta Cobertura, desde que a doença tenha sido reconhecida como Evento Coberto por este Seguro e observados os limites estabelecidos na Apólice, os Riscos Excluídos, as hipóteses de Perda de Direitos e as demais CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

1.4. **A Cobertura está condicionada à circunstância de a doença ser diagnosticada durante a Vigência do seguro, mediante diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, quando necessários.**

1.2.1. Considera-se médico legalmente habilitado o profissional que:

- d) Seja graduado em medicina ou em odontologia por instituição reconhecida pelo Ministério da Educação;
- e) Possua registro regular e ativo no Conselho Regional de Medicina (CRM) da jurisdição em que atua;
- f) Esteja autorizado a exercer legalmente a profissão no território nacional, conforme legislação vigente.

1.2.2. Não serão aceitos como médicos legalmente habilitados, para fins deste seguro, profissionais com registro suspenso, cassado ou cancelado, bem como aqueles que atuem fora das delimitações legais de sua habilitação.

Cláusula 2 – DEFINIÇÕES

2.1. Além das definições constantes das CONDIÇÕES GERAIS, entender-se-á por:

Acidente Vascular Cerebral (AVC): isquemia cerebral (diminuição e/ou interrupção do fluxo sanguíneo nas áreas a serem irrigadas do tecido cerebral) ou hemorragia intracraniana, resultante de problemas vasculares que produza destruição do tecido cerebral e sequela neurológica definitiva.

Ataque Isquêmico transitório (AIT): é uma condição neurológica súbita, de curta duração também chamado de mini-acidente vascular cerebral e é causado por um pequeno bloqueio, temporário em um vaso sanguíneo no cérebro. Na maioria dos casos os sintomas duram menos de uma hora, mas pode durar até 24 horas. Os sintomas mais comuns incluem a perda de visão, fala arrastada e fraqueza dos músculos da face, do braço ou das pernas.

Doenças Cardiológicas: são doenças do coração, incidentes nos músculos, nas artérias e nas válvulas deste órgão.

Doença Neoplásica Maligna (câncer ou tumor maligno): Doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas, e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por exame histológico conclusivo.

Transplante de órgão vital: é a transferência do órgão vital de um indivíduo vivo ou morto ou uso de prótese artificial em decorrência da perda irreversível de sua função.

Cláusula 3 – COBERTURAS (RISCOS COBERTOS)

3.8. Será garantido o pagamento do Capital Segurado efetivamente contratado desta Cobertura, conforme determinado na Proposta de Contratação e ratificado na especificação da Apólice, em caso, exclusivamente, das doenças abaixo relacionadas e caracterizadas, sendo necessário que seus diagnósticos sigam os critérios estabelecidos na literatura médica mundial e sejam aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas especializadas.

3.9. **Doença Neoplásica Maligna (Câncer ou Tumor maligno):** Estão cobertos os portadores de Neoplasia Maligna com Metástases à distância, devidamente comprovada através de exames complementares especializados. Estarão cobertos, também, os tumores malignos cerebrais, de fígado, leucemias agudas (mieloide e linfóide) e os linfomas estágio III e IV com envolvimento de gânglios acima e abaixo do diafragma ou órgãos com pulmão, fígado e medula óssea.

3.10. **Doenças Cardiológicas:** Estão cobertas as doenças cardiológicas decorrentes de coronariopatias agudas ou crônicas, doenças valvulares, devidamente comprovadas e que necessitem de cirurgia a céu aberto.

3.11. **Acidente Vascular Cerebral (AVC):** Estão cobertos os Segurados que sofreram AVC. **A avaliação deverá ser realizada por médico especialista em neurologia, comprovado com exames complementares de imagem (Tomografias, Ressonância Magnética, Angiorressonância ou Doppler de Carótidas).**

3.4.2 **NÃO SE ENQUADRA, EM HIPÓTESE ALGUMA, COMO RISCO COBERTO, O ATAQUE ISQUÊMICO TRANSITÓRIO (AIT).**

3.12. **Transplante de Órgãos Vitais:** Estará coberto o Segurado que necessitar do transplante caracterizado pela perda irreversível da função dos órgãos vitais relacionados abaixo, **mediante indicação do médico especialista na patologia e de exames específicos:**

- 3.12.1. Coração
- 3.12.2. Fígado
- 3.12.3. Medula óssea
- 3.12.4. Pâncreas
- 3.12.5. Pulmão
- 3.12.6. Rim.

3.13. **Somente haverá Cobertura para a primeira doença diagnosticada ou cirurgia realizada, desde que comunicados à Seguradora, não havendo, em hipótese alguma acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.**

3.14. **Após o pagamento da Indenização, a Garantia de que trata esta CONDIÇÃO ESPECIAL fica automaticamente cancelada, devendo o Prêmio não pago ser quitado até o aniversário da Apólice.**

Cláusula 4 – CAPITAL SEGURADO

4.4. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro, respeitados os limites estabelecidos na Apólice e nas CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

4.5. Considera-se como data do Sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da Liquidação dos Sinistros, a data do diagnóstico da doença coberta.

4.6. O pagamento de qualquer Indenização decorrente de uma da Cobertura das doenças graves relacionadas, significa o Cancelamento imediato desta Cobertura, não havendo Reintegração do Capital Segurado ou Renovação da mesma Cobertura.

Cláusula 5 – CARÊNCIAS

5.3. Será adotado um período de Carência de 2 (dois) meses, contados a partir do início de Vigência do Seguro individual.

5.4. O pagamento antecipado de Prêmio não elimina a Carência estabelecida para o Seguro.

Cláusula 6 – REENQUADRAMENTO POR IDADE

Para esta Cobertura serão utilizados os seguintes percentuais de aumento de Prêmio de acordo com a idade que o Segurado se encontra, na data do seu aniversário:

IDADE	MASCULINO	FEMININO
14 anos	0,0%	0,0%
15 anos	0,0%	0,0%
16 anos	0,0%	0,0%
17 anos	0,0%	0,0%
18 anos	0,0%	0,0%
19 anos	0,0%	0,0%
20 anos	10,0%	10,0%
21 anos	-4,9%	-4,9%
22 anos	-4,5%	-4,5%
23 anos	-4,8%	-4,8%
24 anos	-0,3%	-0,3%
25 anos	-9,7%	-9,7%
26 anos	-5,6%	-5,6%
27 anos	-5,9%	-5,9%
28 anos	-6,3%	-6,3%
29 anos	-7,2%	-7,2%
30 anos	-3,0%	-3,0%
31 anos	7,4%	7,4%
32 anos	6,9%	6,9%
33 anos	9,2%	9,2%
34 anos	20,2%	20,2%
35 anos	16,8%	16,8%
36 anos	14,4%	14,4%
37 anos	12,6%	12,6%
38 anos	11,2%	11,2%
39 anos	10,1%	10,1%

40 anos	9,1%	9,1%
41 anos	8,4%	8,4%
42 anos	16,6%	16,6%
43 anos	14,2%	14,2%
44 anos	12,4%	12,4%
45 anos	11,1%	11,1%
46 anos	10,0%	10,0%
47 anos	9,1%	9,1%
48 anos	8,3%	8,3%
49 anos	4,6%	4,6%
50 anos	4,4%	4,4%
51 anos	4,2%	4,2%
52 anos	4,1%	4,1%
53 anos	3,9%	3,9%
54 anos	3,8%	3,8%
55 anos	18,6%	18,6%
56 anos	15,6%	15,6%
57 anos	13,5%	13,5%
58 anos	11,9%	11,9%
59 anos	10,6%	10,6%
60 anos	9,6%	9,6%
61 anos	8,8%	8,8%
62 anos	7,0%	7,0%
63 anos	6,5%	6,5%
64 anos	6,1%	6,1%
65 anos	5,8%	5,8%
66 anos	3,3%	3,3%
67 anos	3,2%	3,2%
68 anos	3,1%	3,1%
69 anos	3,0%	3,0%
70 anos	2,9%	2,9%
71 anos	5,0%	5,0%
72 anos	5,0%	5,0%
73 anos	5,0%	5,0%
74 anos	5,0%	5,0%
75 anos	5,0%	5,0%
76 anos	5,0%	5,0%
77 anos	5,0%	5,0%
78 anos	5,0%	5,0%
79 anos	5,0%	5,0%
80 anos	5,0%	5,0%
81 anos	5,0%	5,0%
82 anos	5,0%	5,0%
83 anos	5,0%	5,0%
84 anos	5,0%	5,0%
85 anos	5,0%	5,0%

86 anos	5,0%	5,0%
87 anos	5,0%	5,0%
88 anos	5,0%	5,0%
89 anos	5,0%	5,0%
90 anos	5,0%	5,0%
91 anos	5,0%	5,0%
92 anos	5,0%	5,0%
93 anos	5,0%	5,0%
94 anos	5,0%	5,0%
95 anos	5,0%	5,0%
96 anos	5,0%	5,0%
97 anos	5,0%	5,0%
98 anos	5,0%	5,0%
99 anos	5,0%	5,0%
100 anos	5,0%	5,0%
101 anos	5,0%	5,0%
102 anos	5,0%	5,0%
103 anos	5,0%	5,0%
104 anos	5,0%	5,0%
105 anos	5,0%	5,0%
106 anos	5,0%	5,0%
107 anos	5,0%	5,0%
108 anos	5,0%	5,0%
109 anos	5,0%	5,0%
110 anos	5,0%	5,0%
111 anos	5,0%	5,0%
112 anos	5,0%	5,0%
113 anos	5,0%	5,0%
114 anos	5,0%	5,0%
115 anos	5,0%	5,0%

Cláusula 7 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.7. Além dos documentos básicos necessários para a Indenização em caso de Sinistro coberto relacionados nas CONDIÇÕES GERAIS deste Plano de Seguro, sempre que constar expressamente nos Documentos Contratuais a contratação desta Cobertura também serão considerados como documentos básicos a serem apresentados pelo Beneficiário para a Indenização:

- f) Formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e **assinado pelo médico que assistiu o Segurado, com firma reconhecida**;
- g) Laudo ou declaração médica atestando a doença, **preenchido e assinado pelo médico assistente profissional habilitado, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM)**, e ainda os exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico da doença.
- h) Relatório médico assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, data do diagnóstico da doença, os tratamentos realizados e evolução da doença, como detalhamento do quadro clínico incapacitante irreversível;

- i) Guia de internação hospitalar (quando houver);
- j) Laudo médico com a determinação do afastamento por incapacidade temporária (quando houver).

7.8. Nenhum benefício será pago com base em diagnóstico feito por uma pessoa que seja membro da família do Segurado, independente de esta pessoa ser um médico habilitado ou profissional de saúde.

7.9. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento da ocorrência a Seguradora poderá realizar perícia médica no Segurado, bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do Sinistro.

7.10. O Segurado deverá autorizar por escrito, seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, que participaram no seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

7.11. Os resultados apurados pela perícia, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado e seu médico assistente.

7.12. Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da Seguradora.

Cláusula 8 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

A Indenização para esta Cobertura será paga independente de outras Garantias.

Cláusula 9 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todas as cláusulas das CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes CONDIÇÕES ESPECIAIS.

DOENÇAS GRAVES (10 DOENÇAS)

Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Esta Cobertura objetiva, mediante o pagamento do respectivo Prêmio e expressa inclusão desta CONDIÇÃO ESPECIAL na Apólice, garantir ao Segurado, o pagamento de Indenização em decorrência de diagnóstico de doença ou necessidade dos procedimentos cirúrgicos devidamente especificados e caracterizados nesta Cobertura, desde que tenham sido reconhecidos como Eventos Cobertos por este Seguro e observados os limites únicos estabelecidos para as Doenças Graves na Apólice, os Riscos Excluídos, as hipóteses de Perda de Direitos e as demais CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

1.2. **A Cobertura está condicionada à circunstância de a doença ou procedimento cirúrgico serem diagnosticados durante a Vigência do seguro, mediante comprovação por médico habilitado e exames complementares, quando exigidos.**

1.2.1. Considera-se médico legalmente habilitado o profissional que:

- a) Seja graduado em medicina ou em odontologia por instituição reconhecida pelo Ministério da Educação;
- b) Possua registro regular e ativo no Conselho Regional de Medicina (CRM) da jurisdição em que atua;
- c) Esteja autorizado a exercer legalmente a profissão no território nacional, conforme legislação vigente.

1.2.2. Não serão aceitos como médicos legalmente habilitados, para fins deste seguro, profissionais com registro suspenso, cassado ou cancelado, bem como aqueles que atuem fora das delimitações legais de sua habilitação.

1.2.3. **Doenças diagnosticadas antes da vigência desta Apólice não estão amparadas por essa Apólice.**

Cláusula 2 – DEFINIÇÕES

2.1. Além das definições constantes das CONDIÇÕES GERAIS, entender-se-á por:

Acidente Vascular Cerebral (AVC): isquemia cerebral (diminuição e/ou interrupção do fluxo sanguíneo nas áreas a serem irrigadas do tecido cerebral) ou hemorragia intracraniana, resultante de problemas vasculares que produza destruição do tecido cerebral e sequela neurológica definitiva.

Alzheimer: doença degenerativa do cérebro, incurável, que se agrava ao longo do tempo e que se manifesta por demência ou perda de funções cognitivas (memória, orientação, comportamento, linguagem, cálculo), comprometimento progressivo das atividades de vida diária, uma variedade de sintomas neuropsiquiátricos e de alterações comportamentais.

Cirurgia Coronariana tipo “BYPASS”: É um procedimento que permite que o sangue contorne (ou faça uma ponte sobre) uma seção obstruída em uma ou mais artérias coronárias, também denominado cirurgia de pontagem coronária ou de revascularização coronária.

Doença Neoplásica Maligna (câncer ou tumor maligno): é o resultado do acúmulo de alterações genéticas ou adquiridas que transforma a célula normal em outra estrutura diferente, promovendo o crescimento progressivo e descontrolado de células malignas no corpo humano, com potencial para invadir tecidos ou órgãos vizinhos e disseminar-se a lugares distantes (Metástases).

Doenças Cardiológicas: são doenças do coração, incidentes nos músculos, nas artérias e nas válvulas deste órgão.

Esclerose Múltipla: doença neurológica, crônica e autoimune em que as células do organismo atacam o próprio sistema nervoso, causando lesões medulares e cerebrais.

Insuficiência Renal Terminal: lesão renal e perda progressiva e irreversível da função dos rins (glomerular, tubular e endócrina). Em sua fase mais avançada (chamada de fase terminal de insuficiência renal crônica- IRC), os rins não conseguem mais manter a normalidade do meio interno do paciente.

Paralisia Total e Irreversível: é a incapacidade de contração voluntária de um músculo ou grupo de músculos, resultante de uma lesão orgânica de natureza destrutiva ou degenerativa, a qual implica interrupção de uma das vias motoras, em qualquer ponto, desde o córtex cerebral até a própria fibra muscular, pela lesão do neurônio motor central ou periférico.

Transplante de Órgão Vital: é a transferência do órgão vital de um indivíduo vivo ou morto ou uso de prótese artificial em decorrência da perda irreversível de sua função.

Tumor Cerebral Benigno: tumor benigno no cérebro que provoca sequelas neurológicas permanentes.

Cláusula 3 – RISCOS COBERTOS

3.1. Será garantido o pagamento do Capital Segurado efetivamente contratado para esta Cobertura, conforme determinado na Proposta de Adesão e ratificado na especificação da Apólice, em caso de ocorrência das doenças abaixo relacionadas e caracterizadas, sendo necessário que seus diagnósticos sigam os dos critérios estabelecidos na literatura médica mundial e sejam aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas especializadas.

3.2. **Somente haverá Cobertura para a primeira doença diagnosticada ou cirurgia realizada, desde que comunicados à Seguradora, não havendo, em hipótese alguma, acumulação de indenizações.**

3.3. São Riscos Garantidos desta Cobertura:

3.3.1. **Acidente Vascular Cerebral (AVC):** Estão cobertos os Segurados que sofrerem AVC. **A avaliação deverá ser realizada por médico especialista em neurologia, comprovado com exames complementares de imagem (Tomografias, Ressonância Magnética, Angiorressonância ou Doppler de Carótidas).**

3.3.2. **Alzheimer:** Estão cobertos os segurados que obtiverem o diagnóstico de Alzheimer.

3.3.3. **Cirurgia Coronariana tipo “BYPASS”:** Estão cobertos os segurados que necessitarem de cirurgia coronariana tipo “Bypass”.

3.3.4. **Doença Neoplásica Maligna (Câncer ou Tumor maligno):** Estão cobertos os segurados diagnosticados como portadores de Neoplasia Maligna com Metástases à distância, devidamente comprovada através de exames complementares especializados. Estarão cobertos, também, os tumores malignos cerebrais, de fígado, leucemias agudas (mieloide e linfóide) e os linfomas estágio III e IV com envolvimento de gânglios acima e abaixo do diafragma ou órgãos com pulmão, fígado e medula óssea.

3.3.5. **Doenças Cardiológicas:** Estão cobertas as doenças cardiológicas decorrentes de coronariopatias agudas ou crônicas, doenças valvulares, devidamente comprovadas e que necessitem de cirurgia a céu aberto.

3.3.6. **Esclerose Múltipla:** Estão cobertos os segurados diagnosticados como portadores de Esclerose Múltipla.

3.3.7. **Insuficiência Renal Terminal:** Estão cobertos os segurados que forem diagnosticados com Insuficiência Renal Terminal.

- 3.3.8. **Paralisia Total e Irreversível:** Estão cobertos os segurados que sofreram Paralisia Total e Irreversível.
- 3.3.9. **Transplante de Órgãos Vitais:** Estará coberto o Segurado que necessitar do transplante caracterizado pela perda irreversível da função dos órgãos vitais relacionados abaixo, **mediante indicação do médico especialista na patologia e de exames específicos:**
- 3.4.9.1. Coração
 - 3.4.9.2. Fígado
 - 3.4.9.3. Medula óssea
 - 3.4.9.4. Pâncreas
 - 3.4.9.5. Pulmão
 - 3.4.9.6. Rim.
- 3.4.9.7. O transplante parcial ou total da face, mão braço e perna (aloenxertos de tecido composto) também estão cobertos nesta Garantia.
- 3.4.10. Tumor Cerebral Benigno: ESTARÁ COBERTO O SEGURADO DIAGNOSTICADO COM TUMOR CEREBRAL BENIGNO ACOMPANHADO OBRIGATORIAMENTE DE HIDROCEFALIA.**
- 3.4.11. NÃO SE ENQUADRA, EM HIPÓTESE ALGUMA, COMO RISCO COBERTO, O ATAQUE ISQUÊMICO TRANSITÓRIO (AIT).**

Cláusula 4 – CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro, respeitados os limites estabelecidos na Apólice e nas CONDIÇÕES CONTRATUAIS.
- 4.2. Considera-se como data do Sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos Sinistros, a data do diagnóstico da doença coberta.
- 4.3. **O pagamento de qualquer Indenização decorrente de uma das doenças graves relacionadas, significa o cancelamento imediato desta Cobertura, não havendo Reintegração do Capital Segurado ou renovação da mesma Cobertura.**

Cláusula 5 – CARÊNCIAS

- 5.1. **Será adotado um período de Carência de 2 (dois) meses, contados a partir do início de Vigência do Seguro individual.**
- 5.2. **O pagamento antecipado de Prêmio não elimina a Carência estabelecida para o Seguro.**

Cláusula 6 – REENQUADRAMENTO POR IDADE

Para esta Cobertura serão utilizados os seguintes percentuais de aumento de Prêmio de acordo com a idade que o Segurado se encontra, na data do seu aniversário:

IDADE	MASCULINO	FEMININO
14 anos	0,0%	0,0%
15 anos	0,0%	0,0%
16 anos	0,0%	0,0%
17 anos	0,0%	0,0%
18 anos	0,0%	0,0%
19 anos	0,0%	0,0%
20 anos	10,0%	10,0%
21 anos	-4,9%	-4,9%
22 anos	-4,5%	-4,5%
23 anos	-4,8%	-4,8%
24 anos	-0,3%	-0,3%
25 anos	-9,7%	-9,7%
26 anos	-5,6%	-5,6%
27 anos	-5,9%	-5,9%
28 anos	-6,3%	-6,3%
29 anos	-7,2%	-7,2%
30 anos	-3,0%	-3,0%
31 anos	7,4%	7,4%
32 anos	6,9%	6,9%
33 anos	9,2%	9,2%
34 anos	20,2%	20,2%
35 anos	16,8%	16,8%
36 anos	14,4%	14,4%
37 anos	12,6%	12,6%
38 anos	11,2%	11,2%
39 anos	10,1%	10,1%
40 anos	9,1%	9,1%
41 anos	8,4%	8,4%
42 anos	16,6%	16,6%
43 anos	14,2%	14,2%
44 anos	12,4%	12,4%
45 anos	11,1%	11,1%
46 anos	10,0%	10,0%
47 anos	9,1%	9,1%
48 anos	8,3%	8,3%
49 anos	4,6%	4,6%
50 anos	4,4%	4,4%
51 anos	4,2%	4,2%
52 anos	4,1%	4,1%
53 anos	3,9%	3,9%
54 anos	3,8%	3,8%
55 anos	18,6%	18,6%
56 anos	15,6%	15,6%
57 anos	13,5%	13,5%

58 anos	11,9%	11,9%
59 anos	10,6%	10,6%
60 anos	9,6%	9,6%
61 anos	8,8%	8,8%
62 anos	7,0%	7,0%
63 anos	6,5%	6,5%
64 anos	6,1%	6,1%
65 anos	5,8%	5,8%
66 anos	3,3%	3,3%
67 anos	3,2%	3,2%
68 anos	3,1%	3,1%
69 anos	3,0%	3,0%
70 anos	2,9%	2,9%
71 anos	5,0%	5,0%
72 anos	5,0%	5,0%
73 anos	5,0%	5,0%
74 anos	5,0%	5,0%
75 anos	5,0%	5,0%
76 anos	5,0%	5,0%
77 anos	5,0%	5,0%
78 anos	5,0%	5,0%
79 anos	5,0%	5,0%
80 anos	5,0%	5,0%
81 anos	5,0%	5,0%
82 anos	5,0%	5,0%
83 anos	5,0%	5,0%
84 anos	5,0%	5,0%
85 anos	5,0%	5,0%
86 anos	5,0%	5,0%
87 anos	5,0%	5,0%
88 anos	5,0%	5,0%
89 anos	5,0%	5,0%
90 anos	5,0%	5,0%
91 anos	5,0%	5,0%
92 anos	5,0%	5,0%
93 anos	5,0%	5,0%
94 anos	5,0%	5,0%
95 anos	5,0%	5,0%
96 anos	5,0%	5,0%
97 anos	5,0%	5,0%
98 anos	5,0%	5,0%
99 anos	5,0%	5,0%
100 anos	5,0%	5,0%
101 anos	5,0%	5,0%
102 anos	5,0%	5,0%
103 anos	5,0%	5,0%

104 anos	5,0%	5,0%
105 anos	5,0%	5,0%
106 anos	5,0%	5,0%
107 anos	5,0%	5,0%
108 anos	5,0%	5,0%
109 anos	5,0%	5,0%
110 anos	5,0%	5,0%
111 anos	5,0%	5,0%
112 anos	5,0%	5,0%
113 anos	5,0%	5,0%
114 anos	5,0%	5,0%
115 anos	5,0%	5,0%

Cláusula 7 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Além dos documentos básicos necessários para a Indenização em caso de Sinistro coberto relacionados nas CONDIÇÕES GERAIS deste Plano de Seguro, sempre que constar expressamente nos Documentos Contratuais a contratação desta Cobertura também serão considerados como documentos básicos a serem apresentados pelo Beneficiário para a Indenização:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido **e assinado pelo médico que assistiu o Segurado, com firma reconhecida;**
- b) Laudo ou declaração médica atestando a doença, **preenchido e assinado pelo médico assistente profissional habilitado, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM)**, e ainda os exames complementares realizados, comprovando a data e o diagnóstico da doença.
- c) Relatório médico assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, data do diagnóstico da doença, os tratamentos realizados e evolução da doença, como detalhamento do quadro clínico incapacitante irreversível;
- d) Guia de internação hospitalar (quando houver);
- e) Laudo médico com a determinação do afastamento por incapacidade temporária (quando houver).

7.2. **Nenhum benefício será pago com base em diagnóstico feito por uma pessoa que seja membro da família do Segurado ou que esteja vivendo na mesma residência da Segurado, independente de esta pessoa ser um médico habilitado ou profissional de saúde.**

7.3. **Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento da ocorrência, a Seguradora poderá realizar perícia médica no Segurado, bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do Sinistro.**

7.4. **O Segurado deverá autorizar por escrito, seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, que participaram no seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade dessas informações.**

7.5. **Os resultados apurados pela perícia, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado e seu médico assistente.**

7.6. Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da Seguradora.

Cláusula 8 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

8.1. Não haverá acúmulo ou sobreposição das coberturas relacionadas nesta CONDIÇÕES ESPECIAIS. A Indenização de uma das Coberturas constantes destas CONDIÇÕES ESPECIAIS, será paga independente de outras Garantias previstas nas CONDIÇÕES CONTRATUAIS

Cláusula 9 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todas as cláusulas das CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes CONDIÇÕES ESPECIAIS.

DOENÇAS GRAVES (30 DOENÇAS)

Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO

1.1 Esta Cobertura objetiva, mediante o pagamento do respectivo Prêmio e expressa inclusão desta CONDIÇÃO ESPECIAL na Apólice, garantir ao Segurado, o pagamento de Indenização em decorrência de diagnóstico de doença ou necessidade dos procedimentos cirúrgicos devidamente especificados e caracterizados nesta Cobertura, desde que tenham sido reconhecidos como Eventos Cobertos por este Seguro e observados os limites únicos estabelecidos para as Doenças Graves na Apólice, os Riscos Excluídos, as hipóteses de Perda de Direitos e as demais CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

1.2 A Cobertura está condicionada à circunstância de a doença ou procedimento cirúrgico serem diagnosticados durante a Vigência do seguro, mediante comprovação por médico legalmente habilitado e exames complementares, quando exigidos.

1.2.1. Considera-se médico legalmente habilitado o profissional que:

- a) Seja graduado em medicina ou em odontologia por instituição reconhecida pelo Ministério da Educação;
- b) Possua registro regular e ativo no Conselho Regional de Medicina (CRM) da jurisdição em que atua;
- c) Esteja autorizado a exercer legalmente a profissão no território nacional, conforme legislação vigente.

1.2.2. Não serão aceitos como médicos legalmente habilitados, para fins deste seguro, profissionais com registro suspenso, cassado ou cancelado, bem como aqueles que atuem fora das delimitações legais de sua habilitação.

1.2.3. Doenças diagnosticadas antes da Vigência desta Apólice não estão amparadas por essa Apólice.

Cláusula 2 – DEFINIÇÕES

2.1 Além das definições constantes das CONDIÇÕES GERAIS, entender-se-á por:

Acidente Vascular Cerebral (AVC): isquemia cerebral (diminuição e/ou interrupção do fluxo sanguíneo nas áreas a serem irrigadas do tecido cerebral) ou hemorragia intracraniana, resultante de problemas vasculares que produza destruição do tecido cerebral e sequela neurológica definitiva.

Alzheimer: doença degenerativa do cérebro, incurável, que se agrava ao longo do tempo e que se manifesta por demência ou perda de funções cognitivas (memória, orientação, comportamento, linguagem, cálculo), comprometimento progressivo das atividades de vida diária, uma variedade de sintomas neuropsiquiátricos e de alterações comportamentais.

Angioplastia coronária: procedimento cirúrgico realizado para corrigir o estreitamento ou obstrução de uma ou mais artérias coronárias utilizando um cateter específico chamado balão de angioplastia.

Ataque Isquêmico transitório (AIT): é uma condição neurológica súbita, de curta duração também chamado de mini-acidente vascular cerebral e é causado por um pequeno bloqueio, temporário em um vaso sanguíneo no cérebro. Na maioria dos casos os sintomas duram menos de uma hora, mas pode durar até 24 horas. Os sintomas mais comuns incluem a perda de visão, fala arrastada e fraqueza dos músculos da face, do braço ou das pernas.

Cirurgia Coronariana tipo “BYPASS”: É um procedimento que permite que o sangue contorne (ou faça uma

ponte sobre) uma secção obstruída em uma ou mais artérias coronárias, também denominado cirurgia de pontagem coronária ou de revascularização coronária.

Cirurgia da Aorta: Cirurgia convencional que visa corrigir qualquer doença da artéria aorta por excisão de uma parte doente desta artéria e substituição por enxerto.

Cirurgia de Válvula do Coração: Cirurgia cardíaca convencional que visa recuperar ou substituir uma ou mais válvulas cardíacas, indicada por cirurgião cardíaco, respaldado por exames complementares apropriados.

Danos Cerebrais Anatômicos: Conjunto de distúrbios cerebrais envolvendo a perda das funções cerebrais, causado exclusivamente por acidente.

Distrofia Muscular: Grupo de doenças genéticas, que se caracterizam por uma degeneração progressiva do tecido muscular levando à perda dos movimentos.

Doenças Cardiológicas: são doenças do coração, incidentes nos músculos, nas artérias e nas válvulas deste órgão.

Doença de Hodgkin: linfoma caracterizado por uma forma de câncer que se origina nos linfonodos (gânglios) do sistema linfático, comprometendo o conjunto composto por órgãos e tecidos que produzem células responsáveis pela imunidade e vasos que conduzem estas células através do corpo.

Doença Neoplásica Maligna (câncer ou tumor maligno): é o resultado do acúmulo de alterações genéticas ou adquiridas que transforma a célula normal em outra estrutura diferente, promovendo o crescimento progressivo e descontrolado de células malignas no corpo humano, com potencial para invadir tecidos ou órgãos vizinhos e disseminar-se a lugares distantes (Metástases).

Doença do Neurônio Motor: grupo de enfermidades neurobiológicas que afetam seletivamente os neurônios motores — células que controlam a atividade muscular voluntária, incluindo a fala, o caminhar, a respiração, a deglutição e o movimento geral do corpo —, envolvendo cinco distúrbios neurológicos: esclerose lateral amiotrófica, esclerose lateral primária, atrofia muscular progressiva, paralisia bulbar progressiva e paralisia pseudobulbar.

DORT: distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho.

Embolia Pulmonar: é quando as artérias ou veias do pulmão ficam obstruídas por coágulos.

Enfisema Pulmonar: doença crônica caracterizada pela destruição parcial ou total do tecido pulmonar que se torna hiper insuflado. A caracterização da Cobertura se dará mediante diagnóstico feito por pneumologista.

Esclerose Múltipla: doença neurológica, crônica e autoimune em que as células do organismo atacam o próprio sistema nervoso, causando lesões medulares e cerebrais.

Grande Queimadura: queimaduras de segundo grau que atingem 20% (vinte por cento) da superfície corporal, queimaduras de terceiro grau que atingem mais de 10% (dez por cento) da superfície corporal, queimaduras de segundo ou terceiro grau que atingem o períneo, queimaduras de terceiro grau que atingem mão ou pé ou face ou axila e queimaduras por corrente elétrica.

Hérnia: é a protusão, ou seja, o escape parcial ou total de um ou mais órgãos por um orifício que se abriu, seja por má formação ou enfraquecimento, nas camadas de tecido protetoras dos órgãos internos do abdome.

Hidrocefalia: é uma condição que se caracteriza pelo acúmulo do líquido cefalorraquidiano (LCR) nos ventrículos cerebrais e no espaço subaracnoide entre as membranas aracnoide e pia-mater das meninges. Esse acúmulo pode ser causado por um desequilíbrio entre a produção e a reabsorção do líquido cefalorraquidiano ou por algum tipo de obstrução que impeça sua circulação e drenagem. O excesso retido faz os ventrículos cerebrais dilatarem, podendo provocar compressão e danos nas estruturas encefálicas.

Insuficiência Renal Terminal: lesão renal e perda progressiva e irreversível da função dos rins (glomerular, tubular e endócrina). Em sua fase mais avançada (chamada de fase terminal de insuficiência renal crônica- IRC), os rins não conseguem mais manter a normalidade do meio interno do paciente.

LER: lesão por esforços repetitivos.

Lúpus Eritematoso Sistêmico: doença crônica inflamatória de caráter autoimune, caracterizada por diversos sinais e sintomas, cujos desenvolvimentos dependem do local acometido pelo seu processo inflamatório.

Implante de Marcapasso Definitivo: procedimento para colocação de dispositivo gerador de estímulo elétrico no coração quando ocorrer bradiarritmias, representadas pela disfunção do nódulo sinusal e bloqueios atrioventriculares.

Paralisia Total e Irreversível: é a incapacidade de contração voluntária de um músculo ou grupo de músculos, resultante de uma lesão orgânica de natureza destrutiva ou degenerativa, a qual implica interrupção de uma das vias motoras, em qualquer ponto, desde o córtex cerebral até a própria fibra muscular, pela lesão do neurônio motor central ou periférico.

Parkinson: doença degenerativa do sistema nervoso central, crônica e progressiva. É causada por uma diminuição intensa da produção de dopamina, que é um neurotransmissor (substância química que ajuda na transmissão de mensagens entre as células nervosas).

Perda de Membros: Amputação de dois ou mais membros provocada por acidente ou doença.

Perda Total da Visão: condição em que a visão torna-se nula, isto é, quando nem a percepção luminosa está presente.

Síndrome de Guillain-Barré: desordem de provável caráter autoimune, inflamatória e desmielinizante dos nervos periféricos, caracterizada por fraqueza muscular progressiva e ascendente, parestesias das pernas, braços e tronco, podendo afetar músculos da face, da orofaringe, da deglutição e da respiração.

Transplante de Órgão Vital: é a transferência do órgão vital de um indivíduo vivo ou morto ou uso de prótese artificial em decorrência da perda irreversível de sua função.

Tumor Cerebral Benigno: tumor benigno no cérebro que provoca sequelas neurológicas permanentes.

Cláusula 3 – COBERTURAS (RISCOS COBERTOS)

3.1. Será garantido o pagamento do Capital Segurado efetivamente contratado desta Cobertura, conforme determinado na Proposta de Contratação e ratificado na especificação da Apólice, em caso das doenças abaixo relacionadas e caracterizadas, sendo necessário que seus diagnósticos sigam os critérios estabelecidos na literatura médica mundial e sejam aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas especializadas.

- 3.2. **Somente haverá Cobertura para a primeira doença diagnosticada ou cirurgia realizada, desde que comunicados à Seguradora, não havendo, em hipótese alguma acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.**
- 3.3. São Riscos Garantidos desta Cobertura:
- 3.3.1. **Acidente Vascular Cerebral (AVC):** Estão cobertos os Segurados que sofreram AVC. A avaliação deverá ser realizada por médico especialista em neurologia, comprovado com exames complementares de imagem (Tomografias, Ressonância Magnética, Angiorressonância ou Doppler de Carótidas).
- 3.3.2. **Alzheimer:** Estão cobertos os Segurados que obtiverem o diagnóstico de Alzheimer.
- 3.3.3. **Angioplastia coronária:** Estão cobertos os Segurados que obtiverem indicação de angioplastia coronária (uma ou mais artérias).
- 3.3.4. **Cirurgia Coronariana tipo “BYPASS”:** Estão cobertos os Segurados que necessitarem de cirurgia coronariana tipo “Bypass”.
- 3.3.5. **Cirurgia da Aorta: ESTARÁ COBERTA EXCLUSIVAMENTE A CIRURGIA DA ARTÉRIA AORTA EM SUA PORÇÃO TORÁCICA E ABDOMINAL, EXCLUINDO-SE TODOS SEUS RAMOS. A cirurgia deve ser indicada por cirurgião cardíaco ou vascular, respaldado por exames complementares apropriados.**
- 3.3.6. **Cirurgia de Válvula do Coração:** Estarão cobertos os Segurados que obtiverem indicação de Cirurgia de Válvula do Coração. A cirurgia deve ser indicada por cirurgião cardíaco ou vascular, respaldado por exames complementares apropriados.
- 3.3.7. **Danos Cerebrais Anatômicos: ESTÃO COBERTOS OS SEGURADOS QUE OBTIVEREM INDICAÇÃO DE CIRURGIA POR DANOS CEREBRAIS ANATÔMICOS DECORRENTES EXCLUSIVAMENTE DE ACIDENTES.**
- 3.3.8. **Distrofia Muscular:** Estarão cobertos os Segurados que tiverem o diagnóstico de Distrofia Muscular. A caracterização da Cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista e mediante a comprovação da necessidade do auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene.
- 3.3.9. **Doença de Hodgkin:** Estão cobertos os Segurados com diagnóstico do linfoma de Hodgkin ocorrido dentro da Vigência do seguro, observado o período de Carência da Cobertura, realizado por médico especialista com apresentação de laudo médico e exames comprobatórios. **Estão excluídos os casos diagnosticados antes do início de Vigência da Apólice.**
- 3.3.10. **Doença do Neurônio Motor:** Estão cobertos os Segurados com diagnóstico confirmado da Doença do Neurônio Motor ocorrido dentro da Vigência do seguro, observado o período de Carência da Cobertura, realizado por médico especialista com apresentação de laudo médico e exames comprobatórios. **Estão excluídos os casos diagnosticados antes do início de Vigência da Apólice.**
- 3.3.11. **Doença Neoplásica Maligna (Câncer ou Tumor maligno):** Estão cobertos os Segurados diagnosticados como portadores de Neoplasia Maligna com Metástases à distância, devidamente comprovada através de exames complementares especializados. Estarão cobertos, também, os

tumores malignos cerebrais, de fígado, leucemias agudas (mieloide e linfóide) e os linfomas estágio III e IV com envolvimento de gânglios acima e abaixo do diafragma ou órgãos com pulmão, fígado e medula óssea.

- 3.3.12. **Doenças Cardiológicas:** Estão cobertas as doenças cardiológicas decorrentes de coronariopatias agudas ou crônicas, doenças valvulares, devidamente comprovadas e que necessitem de cirurgia a céu aberto.
- 3.3.13. **Embolia Pulmonar:** Estão cobertos os Segurados que sofreram Embolia Pulmonar.
- 3.3.14. **Enfisema Pulmonar:** Estão cobertos os Segurados diagnosticados como portadores de Enfisema Pulmonar. A caracterização da Cobertura se dará mediante diagnóstico feito por pneumologista.
- 3.3.15. **Esclerose Múltipla:** Estão cobertos os Segurados diagnosticados como portadores de Esclerose Múltipla.
- 3.3.16. **Grandes Queimaduras:** Estão cobertos os Segurados que forem acometidos por Grandes Queimaduras.
- 3.3.17. **Hérnia:** Estão cobertos os Segurados que forem diagnosticados com Hérnia.
- 3.3.18. **Insuficiência Renal Terminal:** Estão cobertos os Segurados que forem diagnosticados com Insuficiência Renal Terminal.
- 3.3.19. **Implante de Marcapasso Definitivo:** Estão cobertos os Segurados que necessitem de implante de marcapasso definitivo no coração em decorrência de bradiarritmias, representadas pela disfunção do nódulo sinusal e bloqueios atrioventriculares, comprovado por indicação médica e exames específicos. **Estão expressamente excluídos: marcapasso cardíaco transitório; procedimentos realizados antes da contratação do seguro; e cardioversor-desfibrilador implantável.**
- 3.3.20. **LER e DORT:** Estão cobertos os Segurados que forem acometidos e diagnosticados com LER e DORT que representam um grupo de afecções do sistema musculoesquelético (tendão, nervo, músculo, ligamento, osso, articulação, disco intervertebral, entre outras estruturas) decorrentes de sobrecargas mecânicas.
- 3.3.21. **Lúpus Eritematoso Sistêmico:** Estão cobertos os Segurados com diagnóstico do Lúpus Eritematoso Sistêmico, realizado por médico especialista com apresentação de laudo médico e exames comprobatórios. Estão expressamente excluídos: outras doenças autoimunes; e outros tipos de Lúpus.
- 3.3.22. **Paralisia Total e Irreversível:** Estão cobertos os Segurados que sofreram Paralisia Total e Irreversível.
- 3.3.23. **Parkinson:** Estão cobertos os Segurados que foram diagnosticados com a doença de Parkinson.
- 3.3.24. **Perda de Membros:** Estão cobertos os Segurados em caso de Perda de Membros. **PARA EFEITO DESTA COBERTURA SERÃO GARANTIDOS EXCLUSIVAMENTE A AMPUTAÇÃO OCORRIDA ACIMA DO JOELHO (MEMBROS INFERIORES) OU ACIMA DO COTOVELO (MEMBROS SUPERIORES).**
- 3.3.25. **Perda Total da Audição:** Estão cobertos os Segurados que forem acometidos por deficiência auditiva total irreversível causada por doenças ou acidentes.
- 3.3.26. **Perda Total da Fala:** Estão cobertos os Segurados que forem acometidos por deficiência total e irreversível relacionada a fala causada por doenças ou acidentes.

3.3.27. **Perda Total da Visão:** Estão cobertos os Segurados que tiverem de modo irreversível a Perda Total da Visão causada por doenças ou acidentes.

3.3.28. **Síndrome de Guillain-Barré:** Estão cobertos os Segurados com diagnóstico de Síndrome de Guillain-Barré comprovado com exames específicos e laudo emitido por médico especialista.

3.3.29. **Transplante de Órgãos Vitais:** Estará coberto o Segurado que necessitar do transplante caracterizado pela perda irreversível da função dos órgãos vitais relacionados abaixo, **mediante indicação do médico especialista na patologia e de exames específicos:**

3.3.29.1. Coração

3.3.29.2. Fígado

3.3.29.3. Medula óssea

3.3.29.4. Pâncreas

3.3.29.5. Pulmão

3.3.29.6. Rim.

3.3.29.7. O transplante parcial ou total da face, mão braço e perna (aloenxertos de tecido composto) também estão cobertos nesta Garantia.

3.3.30. **Tumor Cerebral Benigno: ESTARÁ COBERTO O SEGURADO DIAGNOSTICADO COM TUMOR CEREBRAL BENIGNO ACOMPANHADO OBRIGATORIAMENTE DE HIDROCEFALIA.**

3.3.31. **NÃO SE ENQUADRA, EM HIPÓTESE ALGUMA, COMO RISCO COBERTO, O ATAQUE ISQUÊMICO TRANSITÓRIO (AIT).**

Cláusula 4 – CAPITAL SEGURADO

4.4. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro, respeitados os limites estabelecidos na Apólice e nas CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

4.5. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da Liquidação dos Sinistros, a data do diagnóstico da doença coberta.

4.6. **O pagamento de qualquer Indenização decorrente de uma das doenças graves relacionadas, significa o Cancelamento imediato desta Cobertura, não havendo Reintegração do Capital Segurado ou Renovação da mesma Cobertura.**

Cláusula 5 – CARÊNCIAS

5.3. **Será adotado um período de Carência de 2 (dois) meses, contados a partir do início de Vigência do Seguro individual.**

5.4. **O pagamento antecipado de Prêmio não elimina a Carência estabelecida para o Seguro.**

Cláusula 6 – REENQUADRAMENTO POR IDADE

Para esta Cobertura serão utilizados os seguintes percentuais de aumento de Prêmio de acordo com a idade que o Segurado se encontra, na data do seu aniversário:

IDADE	MASCULINO	FEMININO
14 anos	0,0%	0,0%
15 anos	0,0%	0,0%
16 anos	0,0%	0,0%
17 anos	0,0%	0,0%
18 anos	0,0%	0,0%
19 anos	0,0%	0,0%
20 anos	10,0%	10,0%
21 anos	-4,9%	-4,9%
22 anos	-4,5%	-4,5%
23 anos	-4,8%	-4,8%
24 anos	-0,3%	-0,3%
25 anos	-9,7%	-9,7%
26 anos	-5,6%	-5,6%
27 anos	-5,9%	-5,9%
28 anos	-6,3%	-6,3%
29 anos	-7,2%	-7,2%
30 anos	-3,0%	-3,0%
31 anos	7,4%	7,4%
32 anos	6,9%	6,9%
33 anos	9,2%	9,2%
34 anos	20,2%	20,2%
35 anos	16,8%	16,8%
36 anos	14,4%	14,4%
37 anos	12,6%	12,6%
38 anos	11,2%	11,2%
39 anos	10,1%	10,1%
40 anos	9,1%	9,1%
41 anos	8,4%	8,4%
42 anos	16,6%	16,6%
43 anos	14,2%	14,2%
44 anos	12,4%	12,4%
45 anos	11,1%	11,1%
46 anos	10,0%	10,0%
47 anos	9,1%	9,1%
48 anos	8,3%	8,3%
49 anos	4,6%	4,6%
50 anos	4,4%	4,4%
51 anos	4,2%	4,2%

52 anos	4,1%	4,1%
53 anos	3,9%	3,9%
54 anos	3,8%	3,8%
55 anos	18,6%	18,6%
56 anos	15,6%	15,6%
57 anos	13,5%	13,5%
58 anos	11,9%	11,9%
59 anos	10,6%	10,6%
60 anos	9,6%	9,6%
61 anos	8,8%	8,8%
62 anos	7,0%	7,0%
63 anos	6,5%	6,5%
64 anos	6,1%	6,1%
65 anos	5,8%	5,8%
66 anos	3,3%	3,3%
67 anos	3,2%	3,2%
68 anos	3,1%	3,1%
69 anos	3,0%	3,0%
70 anos	2,9%	2,9%
71 anos	5,0%	5,0%
72 anos	5,0%	5,0%
73 anos	5,0%	5,0%
74 anos	5,0%	5,0%
75 anos	5,0%	5,0%
76 anos	5,0%	5,0%
77 anos	5,0%	5,0%
78 anos	5,0%	5,0%
79 anos	5,0%	5,0%
80 anos	5,0%	5,0%
81 anos	5,0%	5,0%
82 anos	5,0%	5,0%
83 anos	5,0%	5,0%
84 anos	5,0%	5,0%
85 anos	5,0%	5,0%
86 anos	5,0%	5,0%
87 anos	5,0%	5,0%
88 anos	5,0%	5,0%
89 anos	5,0%	5,0%
90 anos	5,0%	5,0%
91 anos	5,0%	5,0%
92 anos	5,0%	5,0%
93 anos	5,0%	5,0%
94 anos	5,0%	5,0%
95 anos	5,0%	5,0%
96 anos	5,0%	5,0%
97 anos	5,0%	5,0%

98 anos	5,0%	5,0%
99 anos	5,0%	5,0%
100 anos	5,0%	5,0%
101 anos	5,0%	5,0%
102 anos	5,0%	5,0%
103 anos	5,0%	5,0%
104 anos	5,0%	5,0%
105 anos	5,0%	5,0%
106 anos	5,0%	5,0%
107 anos	5,0%	5,0%
108 anos	5,0%	5,0%
109 anos	5,0%	5,0%
110 anos	5,0%	5,0%
111 anos	5,0%	5,0%
112 anos	5,0%	5,0%
113 anos	5,0%	5,0%
114 anos	5,0%	5,0%
115 anos	5,0%	5,0%

Cláusula 7 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.6. Além dos documentos básicos necessários para a Indenização em caso de Sinistro coberto relacionados nas CONDIÇÕES GERAIS deste Plano de Seguro, sempre que constar expressamente nos Documentos Contratuais a contratação desta Cobertura também serão considerados como documentos básicos a serem apresentados pelo Beneficiário para a Indenização:

- f) Formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e **assinado pelo médico que assistiu o Segurado, com firma reconhecida;**
- g) Laudo ou declaração médica atestando a doença, **preenchido e assinado pelo médico assistente profissional habilitado, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM),** e ainda os exames complementares realizados, comprovando a data e o diagnóstico da doença.
- h) Relatório médico assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, data do diagnóstico da doença, os tratamentos realizados e evolução da doença, como detalhamento do quadro clínico incapacitante irreversível;
- i) Guia de internação hospitalar (quando houver);
- j) Laudo médico com a determinação do afastamento por incapacidade temporária (quando houver).

7.7. **Nenhum benefício será pago com base em diagnóstico feito por uma pessoa que seja membro da família do Segurado ou que esteja vivendo na mesma residência do Segurado, independente de esta pessoa ser um médico habilitado ou profissional de saúde.**

7.8. **Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento da ocorrência a Seguradora poderá realizar perícia médica no Segurado, bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do Sinistro.**

7.9. **O Segurado deverá autorizar por escrito, seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, que participaram no seu atendimento, a fornecerem as informações**

solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

7.10. Os resultados apurados pela perícia, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado e seu médico assistente.

7.10.1. Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da Seguradora.

Cláusula 8 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

Não haverá acúmulo ou sobreposição das Coberturas relacionadas nestas CONDIÇÕES ESPECIAIS. A Indenização, de uma das Coberturas constantes destas CONDIÇÕES ESPECIAIS, será paga independente de outras Garantias previstas nas CONDIÇÕES CONTRATUAIS

Cláusula 9 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todas as cláusulas das CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes CONDIÇÕES ESPECIAIS.

INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO

Esta Cobertura objetiva, mediante o pagamento do respectivo Prêmio e expressa inclusão desta CONDIÇÃO ESPECIAL na Apólice, garantir ao Segurado o pagamento de uma Indenização de 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, na ocorrência da invalidez funcional permanente total, consequente de doença, que cause a Perda da Existência Independente do Segurado, caracterizado como Evento Coberto, observados os limites estabelecidos na Apólice, os Riscos Excluídos, as hipóteses de Perda de Direitos e as demais CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

Cláusula 2 – DEFINIÇÕES

2.1. Além das definições constantes das CONDIÇÕES GERAIS, entender-se-á por:

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

Atividade Laborativa: qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.

Cardiopatia Grave: doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave” publicado pela Sociedade Brasileira de Cardiopatia.

Deficiência Visual: perda ou redução de capacidade visual em ambos os olhos em caráter definitivo, que não possa ser melhorada ou corrigida com uso de lentes, tratamento clínico ou cirúrgico.

Disfunção Imunológica: incapacidade de o corpo prover uma resposta imunológica normal às doenças que o acometem, podendo a disfunção ser genética ou adquirida em virtude de doença.

Doenças: para efeitos deste Plano de Seguro considera-se como o conjunto característico de sinais e sintomas, decorrentes da falta de capacidade de função em um membro, órgão ou sistema, total ou parcial, em comparação ao funcionamento normal deste.

Doença Crônica em Atividade: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado apesar do tratamento.

Doença Crônica de Caráter Progressivo: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado e que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

Doença em Estágio Terminal: aquela que atingiu estágio no qual não há qualquer alternativa terapêutica médica disponível e não há perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente sem perspectiva de sobrevivência, com expectativa de morte eminente conforme atestado pelo médico assistente do Segurado.

Doença Neoplásica Maligna Ativa: crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação, sendo conhecidos como cânceres ou tumores malignos em atividade.

Doença Profissional: aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.

Estados Conexos: o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.

Estado Mórbido: piora de uma doença.

Perda da Existência Independente: ocorrência de quadro clínico incapacitante decorrente de doença que inviabilize, de forma irreversível, o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado.

Recidiva: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

Refratariedade Terapêutica: incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

Sentido de Orientação: faculdade de o indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.

Sequela: qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

Cláusula 3 – RISCOS COBERTOS

3.1. Desde que efetivamente contratada esta Cobertura, conforme determinado na Proposta de Contratação e ratificado na especificação da Apólice será considerado como Risco coberto, para efeito deste seguro, a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, que cause a Perda da Existência Independente do Segurado, na Vigência da Apólice.

3.2. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos para fins desta Cobertura os Segurados portadores de Doença em Estágio Terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

3.3. É obrigatória a contratação da Cobertura de Morte em conjunto com esta Cobertura.

3.4. A Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD) será definida como uma antecipação à Cobertura de Morte.

3.5. O Risco coberto, comprovado segundo critérios vigentes à época do pagamento da Indenização e adotado pela classe médica especializada, deverá ser proveniente exclusivamente dos seguintes quadros clínicos:

3.5.1. Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatias graves”;

3.5.2. Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognóstico evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao controle clínico.

3.5.3. Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais e, conseqüentemente, sua consumpção, sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao se controle clínico;

3.5.4. Alienação Mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de Doença;

- 3.5.5. Doenças manifestadas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou funções de dois membros, em grau máximo;
- 3.5.6. Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- 3.5.7. Deficiência Visual decorrente de Doença proveniente de:
- 3.5.7.1. cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- 3.5.7.2. baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- 3.5.7.3. casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°.
- 3.5.8. estados mórbidos decorrentes de doença que acarretem:
- 3.5.8.1. perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
- 3.5.8.2. perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
- 3.5.8.3. perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.
- 3.5.9. Doença em Estágio Terminal, diagnosticada por médico assistente habilitado durante a Vigência do Contrato.
- 3.6. Outros quadros clínicos incapacitantes poderão ser reconhecidos como Riscos cobertos desde que, quando avaliados por meio do Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF, atinjam, no mínimo, 60 (sessenta) pontos, de um total de 80 (oitenta) pontos possíveis.
- 3.6.1. O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF) é composto por dois documentos:
- 3.6.1.1. Tabela de relações existenciais, condições médicas e estruturais e de estados conexos, a qual avalia, por meio de escala com 03 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade do Segurado com a vida, que são denominados atributos e avaliados conforme abaixo:
- 3.6.1.1.1. O 1º grau de cada atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto, considerando que o quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas; e
- 3.6.1.1.2. Para a classificação no 2º ou no 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.
- 3.6.1.2. Tabela de dados antropométricos, fatores de risco e morbidade, a qual mensura as evidências médicas positivas de cada uma das situações ali previstas.
- 3.6.2. Todos os atributos constantes do Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF) serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados, devendo os itens ser pontuados sempre que houver o reconhecimento da situação descrita.
- 3.7. **INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL IAIF:**
- 3.7.1. **DOCUMENTO 1: TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS:**

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	00
	2º GRAU: O Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e/ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e/ou de cognição.	10
	3º GRAU: O Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou não da fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O Segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e/ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	00
	2º GRAU: O Segurado apresenta disfunção(ões) e/ou insuficiência(s) comprovada(s) como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3º GRAU: O Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e/ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e/ou técnico.	20

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	00
	2º GRAU: O Segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir o alimento com o uso de copo, prato e talheres).	10
	3º GRAU: O Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diárias, assim como aquelas relacionadas à sua	20

	alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	
--	--	--

3.7.2. DOCUMENTO 2: TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE:

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTOS
A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E/OU HÁ IMC (ÍNDICE DE MASSA CORPORAL) SUPERIOR A 40.	02
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E/OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	02
HÁ OU HOVE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E/OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	04
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E/OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	04
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE PARA SOBREVIVÊNCIA E/OU REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA.	08

3.8. 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 quadro clínico incapacitante que comprove a invalidez funcional permanente e total por doença para efeitos destas CONDIÇÕES ESPECIAIS.

Cláusula 4 – RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. SALVO SE EXPRESSAMENTE INCLUÍDOS NA ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE, ALÉM DAS EXCLUSÕES CONTIDAS NAS CONDIÇÕES GERAIS DESTES SEGUROS, A SEGURADORA NÃO GARANTE O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO CASO A INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL DO SEGURADO, DECORRENTE DE DOENÇA E QUE CAUSE A PERDA DA EXISTÊNCIA INDEPENDENTE DO SEGURADO, NA VIGÊNCIA DA APÓLICE, OCORRA POR CONSEQUÊNCIA, DIRETA OU INDIRETA, DE:

- 4.1.1. perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e/ou indiretamente, de lesão física e/ou psíquica causada por Acidente Pessoal;
- 4.1.2. quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional;
- 4.1.3. doenças agravadas por traumatismos.

Cláusula 5 – CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro coberto, respeitados os limites estabelecidos na Apólice e nos Documentos Contratuais.

5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da Liquidação dos Sinistros, a data do relatório médico indicando a perda da existência independente do Segurado.

Cláusula 6 – REENQUADRAMENTO POR IDADE

Para esta Cobertura, além do aumento do Prêmio produzido pela atualização monetária do Capital Segurado conforme previsto nas CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro, serão utilizados os seguintes percentuais de aumento do Prêmio por mudança de idade do Segurado, na data do seu aniversário:

IDADE	MASCULINO	FEMININO
14 anos	0,0%	0,0%
15 anos	21,1%	21,2%
16 anos	19,3%	19,1%
17 anos	16,4%	16,4%
18 anos	13,7%	13,6%
19 anos	10,7%	10,9%
20 anos	20,4%	20,3%
21 anos	6,1%	6,1%
22 anos	4,3%	4,3%
23 anos	2,7%	2,7%
24 anos	1,6%	1,5%
25 anos	0,6%	0,7%
26 anos	0,1%	0,1%
27 anos	-0,2%	-0,2%
28 anos	-0,3%	-0,3%
29 anos	-0,1%	-0,1%
30 anos	0,3%	0,3%
31 anos	0,8%	0,8%
32 anos	1,5%	1,5%
33 anos	7,4%	7,4%
34 anos	8,0%	7,9%
35 anos	6,2%	6,2%
36 anos	6,9%	11,2%
37 anos	5,4%	5,3%
38 anos	6,0%	12,2%
39 anos	6,6%	6,6%
40 anos	11,8%	11,8%
41 anos	14,7%	7,5%
42 anos	7,9%	17,7%
43 anos	8,2%	8,2%
44 anos	13,0%	14,9%
45 anos	12,7%	10,5%
46 anos	8,8%	10,6%
47 anos	9,0%	10,7%
48 anos	9,1%	10,8%
49 anos	13,5%	15,3%
50 anos	9,2%	10,9%
51 anos	9,3%	10,9%

52 anos	9,3%	10,9%
53 anos	13,6%	15,2%
54 anos	9,4%	11,0%
55 anos	13,5%	15,1%
56 anos	5,5%	11,0%
57 anos	13,4%	14,9%
58 anos	9,5%	11,0%
59 anos	9,5%	9,5%
60 anos	-0,9%	13,3%
61 anos	9,5%	9,5%
62 anos	5,9%	5,9%
63 anos	5,8%	5,8%
64 anos	9,5%	9,5%
65 anos	5,6%	5,6%
66 anos	9,5%	9,5%
67 anos	5,5%	5,5%
68 anos	9,5%	9,5%
69 anos	5,3%	5,3%
70 anos	9,5%	9,5%
71 anos	9,5%	9,5%
72 anos	9,5%	9,5%
73 anos	9,5%	9,5%
74 anos	9,5%	9,5%
75 anos	9,5%	9,5%
76 anos	9,5%	16,8%
77 anos	9,5%	9,5%
78 anos	25,1%	9,5%
79 anos	9,5%	9,5%
80 anos	9,5%	9,5%
81 anos	9,5%	9,5%
82 anos	9,4%	9,4%
83 anos	9,4%	9,4%
84 anos	9,4%	9,4%
85 anos	9,4%	9,4%
86 anos	9,4%	9,4%
87 anos	9,4%	9,4%
88 anos	9,3%	9,3%
89 anos	9,3%	9,3%
90 anos	9,3%	9,3%
91 anos	9,2%	9,2%
92 anos	9,2%	9,2%
93 anos	9,1%	9,1%
94 anos	9,1%	9,1%
95 anos	9,0%	9,0%
96 anos	9,0%	9,0%
97 anos	8,9%	8,9%

98 anos	8,8%	8,8%
99 anos	8,8%	8,8%
100 anos	8,7%	8,7%
101 anos	8,6%	8,6%
102 anos	8,5%	8,5%
103 anos	10,0%	10,0%
104 anos	10,4%	10,4%
105 anos	10,4%	10,4%
106 anos	10,3%	10,3%
107 anos	10,2%	10,2%
108 anos	10,0%	10,0%
109 anos	9,6%	9,6%
110 anos	9,0%	9,0%
111 anos	8,2%	8,2%
112 anos	7,0%	7,0%
113 anos	5,2%	5,2%
114 anos	2,9%	2,9%
115 anos	0,8%	0,8%

Cláusula 7 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Além dos documentos básicos necessários para a Indenização em caso de Sinistro coberto relacionados nas CONDIÇÕES GERAIS deste Plano de Seguro, sempre que constar expressamente nos Documentos Contratuais a contratação desta Cobertura, o Segurado ou Beneficiário deverá apresentar também os seguintes documentos:

- a) Relatório médico assinado e carimbado pelo médico regularmente habilitado, com firma reconhecida, data do diagnóstico da doença, os tratamentos realizados e evolução da doença, como detalhamento do quadro clínico incapacitante irreversível;
- b) Cópia de todos os laudos e exames médicos efetuados até a caracterização da presumida invalidez por doença;
- c) Cópia autenticada do Termo Definitivo de Curatela ou de Tutela, se houver, relacionado ao Segurado inválido, bem como cópia autenticada da carteira de identidade, do CPF e de comprovante de residência do Curador ou do Tutor, respectivamente.

7.2. **O relatório médico deverá ter informações e registros médicos que comprovem o momento exato em foi atingido o estágio da doença em que se caracterize a perda da existência independente do Segurado.**

7.3. **Não será paga Indenização com base em diagnóstico feito por membro da família, independentemente de ser um médico habilitado ou profissional de saúde.**

7.4. **Reconhecido o grau da invalidez funcional pela Seguradora, a Indenização deve ser paga de uma só vez.**

Cláusula 8 – CARÊNCIAS

8.1. Esta Cobertura está sujeita à aplicação de Carências. Os critérios e valores estarão dispostos, obrigatoriamente, na Apólice e nos Documentos Contratuais.

8.2. **O período de Carência será contado a partir da data do Início de Vigência do Contrato ou aumento do Capital Segurado, no que diz respeito à parcela do Capital Segurado que tenha sido aumentado.**

Cláusula 9 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

Após ser paga a Indenização pelo Evento Coberto, ocorrendo a morte do Segurado, a importância já paga deve ser deduzida do valor do Capital Segurado por morte, não ocorrendo acúmulo de Indenizações.

Cláusula 10 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todas as cláusulas das CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes CONDIÇÕES ESPECIAIS.

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE PESSOAL (IPA)

Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO

1.1 Esta Cobertura objetiva, mediante o pagamento do respectivo Prêmio e expressa inclusão desta CONDIÇÃO ESPECIAL na Apólice, garantir ao Segurado ou ao Beneficiário o pagamento de uma Indenização de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, em caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, por lesão física, desde que ocorrida exclusivamente em consequência de Acidente Pessoal do Segurado, caracterizado como Evento Coberto, observados os limites estabelecidos na Apólice e as demais CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

1.2 A Invalidez Permanente Total do Segurado, objeto desta Cobertura, deve ser decorrente de lesões insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação e consignada por laudo médico, observadas as demais CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

Cláusula 2 – DEFINIÇÕES

2.1. Além das definições constantes das CONDIÇÕES GERAIS, entender-se-á por:

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

Deficiência Visual: perda ou redução de capacidade visual em ambos os olhos em caráter definitivo, que não possa ser melhorada ou corrigida com uso de lentes, tratamento clínico ou cirúrgico.

Doenças: para efeitos deste Plano de Seguro considera-se como o conjunto característico de sinais e sintomas, decorrentes da falta de capacidade de função em um membro, órgão ou sistema, total ou parcial, em comparação ao funcionamento normal deste.

Cláusula 3 – RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **SALVO SE EXPRESSAMENTE INCLUÍDOS NA ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE, ALÉM DAS EXCLUSÕES CONTIDAS NAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE SEGURO, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE OS EVENTOS OCORRIDOS EM DECORRÊNCIA DE:**

3.1.1. **acidentes médicos do tipo: apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose ou outros similares.**

3.1.2. **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 ferimentos visíveis causados por acidentes;**

3.1.3. **acidentes com tratamento ou exames clínicos, cirúrgicos, medicamentos, por meio de agentes físicos, raios-X, radium ou outros – quando tais tratamentos ou exames não sejam exigidos diretamente por acidente coberto;**

3.1.4. **acidente(s) ocorrido(s) em data anterior ao Início de Vigência de cada Seguro.**

3.2. **A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à Indenização por invalidez permanente.**

Cláusula 4 – CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro coberto, respeitados os limites estabelecidos na Apólice e nos Documentos Contratuais.

4.2. Considera-se como data do Sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da Liquidação dos Sinistros, a data do acidente.

Cláusula 5 – REENQUADRAMENTO POR IDADE

Ao contrário do disposto nas CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro, o Prêmio de Seguro para esta Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Pessoal (IPA) não sofrerá alteração por idade.

Cláusula 6 – CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

6.1. Na hipótese da inclusão expressa desta Cobertura na Apólice e ocorrência de um Evento Coberto o cálculo da Indenização será realizado segundo os critérios expressos nesta Cláusula, observados os limites estabelecidos na Apólice e as demais CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

6.2. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE:

6.2.1. Após conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará ao Segurado uma Indenização, de acordo com os percentuais abaixo.

6.2.1.1. Em caso de INVALIDEZ PERMANENTE E TOTAL:

DESCRIÇÃO	INDENIZAÇÃO
da visão de ambos os olhos	100% da Importância Segurada
do uso de ambos os membros superiores	100% da Importância Segurada
do uso de ambos os membros inferiores	100% da Importância Segurada
do uso das mãos	100% da Importância Segurada
do uso de um membro superior e um membro inferior	100% da Importância Segurada
do uso de uma das mãos e um dos pés	100% da Importância Segurada
do uso de ambos os pés	100% da Importância Segurada
Alienação Mental total e incurável	100% da Importância Segurada

6.2.1.2. Em caso de INVALIDEZ PERMANENTE E PARCIAL (DIVERSAS):

DESCRIÇÃO	INDENIZAÇÃO
Perda total da visão de um olho	30% da Importância Segurada
Perda total da visão de 1 olho, quando o Segurado já não tiver outra vista	70% da Importância Segurada
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40% da Importância Segurada
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20% da Importância Segurada
Mudez incurável	50% da Importância Segurada
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20% da Importância Segurada
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20% da Importância Segurada
Imobilidade do segmento toracolumbosacro da coluna vertebral	25% da Importância Segurada

6.2.1.3. Em caso de INVALIDEZ PERMANENTE E PARCIAL DOS MEMBROS SUPERIORES:

DESCRIÇÃO	INDENIZAÇÃO
-----------	-------------

Perda Total de um dos membros superiores	70% da Importância Segurada
Perda total do uso de uma das mãos	60% da Importância Segurada
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50% da Importância Segurada
Fratura não consolidada de um dos segmentos radioulnares	30% da Importância Segurada
Anquilose total de um dos ombros	25% da Importância Segurada
Anquilose total de um dos cotovelos	25% da Importância Segurada
Anquilose total de um dos punhos	20% da Importância Segurada
Perda total do uso de um dos polegares inclusive o metacarpiano	25% da Importância Segurada
Perda total do uso de um dos polegares exclusive o metacarpiano	18% da Importância Segurada
Perda total do uso da falange distal do polegar	09% da Importância Segurada
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15% da Importância Segurada
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12% da Importância Segurada
Perda total do uso de um dos dedos anulares	09% da Importância Segurada
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar	1/3 do valor do dedo respectivo

6.2.1.4. Em caso de INVALIDEZ PERMANENTE E PARCIAL DOS MEMBROS INFERIORES:

DESCRIÇÃO	INDENIZAÇÃO
Perda total de um dos membros inferiores	70% da Importância Segurada
Perda total do uso de um dos pés	50% da Importância Segurada
Fratura não consolidada de um fêmur	50% da Importância Segurada
Fratura não consolidada de um dos segmentos tibioperoneiros	25% da Importância Segurada
Fratura não consolidada da rótula	20% da Importância Segurada
Fratura não consolidada de um pé	20% da Importância Segurada
Anquilose total de um dos joelhos	20% da Importância Segurada
Anquilose total de um dos tornozelos	20% da Importância Segurada
Anquilose total de um quadril	20% da Importância Segurada
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25% da Importância Segurada
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10% da Importância Segurada
Amputação de qualquer outro dedo	03% da Importância Segurada
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo	Indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.

6.2.1.5. ENCURTAMENTO DE UM DOS MEMBROS INFERIORES:

DESCRIÇÃO	INDENIZAÇÃO
De 5 (cinco) centímetros ou mais	15% da Importância Segurada
De 4 (quatro) centímetros	10% da Importância Segurada
De 3 (três) centímetros	06% da Importância Segurada
De menos de 3 (três) centímetros	Sem Indenização

6.3. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a Indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem do grau de redução prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

6.4. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a Indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%.

- 6.5. Nos casos não especificados no plano, a Indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.
- 6.6. Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a Indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento). Da mesma, forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à Indenização prevista para sua perda total.
- 6.7. Para efeito de Indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, será deduzida do grau de invalidez definitiva.
- 6.8. A invalidez permanente prevista nesta **CONDIÇÃO ESPECIAL** deve ser comprovada através de declaração médica, subscrita por profissional médico devidamente habilitado na sua especialização.
- 6.9. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento da ocorrência a Seguradora poderá realizar perícia médica no Segurado, bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do Sinistro.
- 6.10. O Segurado deverá autorizar por escrito, seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, que participaram no seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.
- 6.11. Os resultados apurados pela perícia, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado e seu médico assistente.
- 6.12. Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da Seguradora.

Cláusula 7 – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 7.1. Ao contrário do estabelecido nas **CONDIÇÕES GERAIS** deste Seguro após ser paga a Indenização pelo Evento Coberto, referente à Invalidez Parcial, haverá Reintegração do Capital Segurado.
- 7.2. No caso de invalidez parcial, a Reintegração do Capital Segurado contratado para esta Cobertura se dá de forma automática após cada Acidente Pessoal, ou seja, mediante cobrança de Prêmio adicional.
- 7.3. Ocorrendo o **PAGAMENTO TOTAL DO CAPITAL SEGURADO** previsto para esta Cobertura, ficará automaticamente cancelada esta **CONDIÇÃO ESPECIAL**.

Cláusula 8 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

As indenizações por Morte e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente não se acumulam. Se, depois de paga uma Indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, caso ocorra a morte do Segurado **EM CONSEQUÊNCIA DO MESMO ACIDENTE**, a Seguradora pagará a Indenização devida pelo caso de Evento Coberto de Morte, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

Cláusula 9 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todas as cláusulas das **CONDIÇÕES GERAIS** deste Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes **CONDIÇÕES ESPECIAIS**.

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE PESSOAL (IPTA)

Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Esta Cobertura objetiva, mediante o pagamento do Respetivo Prêmio e expressa inclusão desta CONDIÇÃO ESPECIAL na Apólice, garantir ao Segurado ou Beneficiário o pagamento de uma Indenização de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, em caso de sua invalidez permanente total causada por acidente, caracterizado como Evento Coberto, observados os limites estabelecidos na Apólice, os Riscos Excluídos, as hipóteses de Perda de Direito e as demais CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

1.2. A Invalidez Permanente Total do Segurado, objeto desta Cobertura, deve ser insuscetível de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, e ser comprovada por laudo médico, observadas as demais CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

Cláusula 2 – RISCOS COBERTOS

Desde que efetivamente contratada esta Cobertura, conforme determinado na Proposta de Contratação e ratificado na especificação da Apólice, será considerado como Risco coberto, para efeito deste seguro, a Invalidez permanente total por acidente entendida como a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total, de um membro ou órgão, constante desta CONDIÇÃO ESPECIAL, em virtude de lesão física, causada por Acidente Pessoal caracterizado como Evento Coberto, na Vigência da Apólice.

Cláusula 3 – CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro coberto, respeitados os limites estabelecidos na Apólice e nos Documentos Contratuais.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da Liquidação dos Sinistros, a data do acidente.

Cláusula 4 – REENQUADRAMENTO POR IDADE

Ao contrário do disposto nas CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro, o Prêmio de Seguro para esta Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente Pessoal (IPTA) não sofrerá alteração por idade.

Cláusula 5 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

5.1. Além dos documentos básicos necessários para a Indenização em caso de Sinistro coberto relacionados nas CONDIÇÕES GERAIS deste Plano de Seguro, sempre que constar expressamente nos Documentos Contratuais a contratação desta Cobertura, o Segurado ou Beneficiário deverá apresentar também os seguintes documentos:

- a) cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver);
- b) radiografias do Segurado (quando houver);
- c) guia de internação hospitalar (quando houver);

- d) cópia Comunicação Acidente de Trabalho (CAT) nos casos de Acidente de Trabalho;
- e) atestado de alta médica definitiva, discriminando as sequelas deixadas pelo acidente, e se o Segurado encontrava-se em tratamento quando da entrega do Aviso de Sinistro.

5.1.1. **Em caso de Sinistro em decorrência de Alienação Mental, total e incurável, deverá ser apresentado o termo de interdição judicial do Segurado, de forma a permitir o pagamento da Indenização ao curador.**

5.2. **A invalidez permanente prevista nesta CONDIÇÃO ESPECIAL deve ser comprovada através de declaração médica, subscrita por profissional médico legalmente habilitado na sua especialização.**

5.2.1. Considera-se médico legalmente habilitado o profissional que:

- a) Seja graduado em medicina ou em odontologia por instituição reconhecida pelo Ministério da Educação;
- b) Possua registro regular e ativo no Conselho Regional de Medicina (CRM) da jurisdição em que atua;
- c) Esteja autorizado a exercer legalmente a profissão no território nacional, conforme legislação vigente.

5.2.2. Não serão aceitos como médicos legalmente habilitados, para fins deste seguro, profissionais com registro suspenso, cassado ou cancelado, bem como aqueles que atuem fora das delimitações legais de sua habilitação.

5.3. **Não será paga Indenização com base em diagnóstico feito por membro da família, independentemente de ser um médico habilitado ou profissional de saúde.**

Cláusula 6 – CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

6.1. Na hipótese da inclusão expressa desta Cobertura na Apólice e ocorrência de um Evento Coberto o cálculo da Indenização será realizado segundo os critérios expressos nesta Cláusula, observados os limites estabelecidos na Apólice e as demais CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

6.2. **CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL:**

6.2.1. Após conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará ao Segurado uma Indenização, de acordo com os percentuais a seguir:

DESCRIÇÃO	INDENIZAÇÃO % IMPORTÂNCIA SEGURADA
Perda total da visão de ambos os olhos	100%
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100%
Perda total de uso de ambos os membros inferiores	100%
Perda total do uso de ambas as mãos	100%
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100%
Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés	100%
Perda total do uso de ambos os pés	100%
Alienação mental total e incurável	100%

6.3. **A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à Indenização por invalidez permanente.**

6.4. Para efeito de Indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito à Indenização e será deduzida do grau de invalidez definitiva.

6.5. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a Indenização total não pode exceder a 100% (cem por cento).

Cláusula 7 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

As indenizações por MORTE e INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE 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 acidente, a Seguradora pagará a Indenização devida pelo caso de Morte, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente Total por Acidente, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a Indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de Morte.

Cláusula 8 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todas as cláusulas das CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes CONDIÇÕES ESPECIAIS.

MORTE ACIDENTAL

Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO

Esta Cobertura objetiva, mediante o pagamento do respectivo Prêmio e expressa inclusão desta CONDIÇÃO ESPECIAL na Apólice, garantir ao(s) Beneficiário(s) do Segurado, o pagamento de uma Indenização suplementar em caso de morte do Segurado em consequência de Acidente Pessoal ocorrido durante o período de Vigência desta Cobertura, reconhecida como Evento Coberto por este Seguro e observados os limites estabelecidos na Apólice, os Riscos Excluídos, as hipóteses de Perda de Direitos e as demais CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

Cláusula 2 – CAPITAL SEGUADO

2.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro, respeitados os limites estabelecidos na Apólice e nas CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

2.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

Cláusula 3 – REENQUADRAMENTO POR IDADE

Ao contrário do disposto nas CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro, o Prêmio de Seguro para esta Cobertura de Morte Acidental não sofrerá alteração por idade.

Cláusula 4 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

4.1. Caso seja devido o pagamento do Capital Segurado de Morte Acidental, este será acumulado ao Capital Segurado para a Cobertura de Morte.

4.2. As indenizações por Morte Acidental e Invalidez Permanente, quando contratadas, não se acumulam. Se, depois de paga uma Indenização por Invalidez Permanente acaso ocorra a morte do Segurado EM CONSEQUÊNCIA DO MESMO ACIDENTE, a Seguradora pagará a Indenização devida pelo caso de Morte Acidental, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente.

Cláusula 5 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todas as cláusulas das CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes CONDIÇÕES ESPECIAIS.

PERDA INVOLUNTÁRIA DE EMPREGO (PIE)

Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO

Esta Cobertura objetiva, mediante o pagamento do respectivo Prêmio e expressa inclusão desta CONDIÇÃO ESPECIAL na Apólice, garantir ao Segurado com vínculo empregatício (regime CLT), o pagamento de Indenização, após o período de Carência, caso ocorra a perda de emprego do Segurado por vontade de seu empregador, desde que o mesmo permaneça desempregado, caracterizando o Evento Coberto por este Seguro e observados os limites estabelecidos na Apólice, os Riscos Excluídos, as hipóteses de Perda de Direitos e as demais CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

Cláusula 2 – CONDIÇÕES PARA CONCESSÃO DA COBERTURA

2.1. Sem prejuízo do estabelecido pelas CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro que não tenham sido alteradas por esta CONDIÇÃO ESPECIAL, serão também condicionantes para a concessão da Cobertura de Perda Involuntária de Emprego:

- 2.1.1. O Segurado deverá ter no emprego uma permanência mínima de 12 (doze) meses, sem interrupção.**
- 2.1.2. Caso o Segurado tenha permanecido no emprego por um prazo inferior a 12 (doze) meses, sem interrupção, poderá comprovar a existência de outro emprego imediatamente anterior, de no mínimo 24 (vinte e quatro) meses consecutivos de duração, e desde que intervalo de tempo entre a data de demissão e a data de contratação não seja superior a 90 (noventa) dias. ESTA FORMA DE ELEGIBILIDADE É VÁLIDA APENAS PARA A RECLAMAÇÃO DO PRIMEIRO SINISTRO DO SEGURADO, PARA AS DEMAIS, SE HOVER, SERÁ CONSIDERADA SOMENTE A CONDIÇÃO PREVISTA DE PERMANÊNCIA MÍNIMA NO EMPREGO DE 12 (DOZE) MESES, SEM INTERRUPTÃO.**

2.2. O início do pagamento se dará a partir do cumprimento da Franquia estabelecida na especificação da Apólice, e desde que o Segurado permaneça desempregado.

2.3. Não se enquadram nesta Cobertura os Contratos de trabalho celebrados por estagiários, temporários, provisórios, admitidos por prazo determinado nem os celebrados por aposentados e pensionistas.

Cláusula 3 – RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. SALVO SE EXPRESSAMENTE INCLUÍDOS NA ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE, ALÉM DAS EXCLUSÕES CONTIDAS NAS CONDIÇÕES GERAIS DESTES SEGUROS, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA OS EVENTOS OCORRIDOS EM DECORRÊNCIA DE:

- 3.1.1. renúncia ou demissão voluntária do Segurado;**
- 3.1.2. demissão do Segurado por justa causa;**
- 3.1.3. pensão ou aposentadoria do Segurado;**
- 3.1.4. adesão do Segurado a qualquer tipo de plano de demissão voluntária (PDV) ou assemelhados, incentivados pelo empregador;**
- 3.1.5. cargos de eleição pública, incluindo-se aqueles de nomeação em diário oficial, ou não regidos pela CLT;**
- 3.1.6. falência do empregador; e/ou**
- 3.1.7. alistamento no serviço militar.**

Cláusula 4 – CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro, respeitados os limites estabelecidos na Apólice e nas CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

4.1.1. **O pagamento ao Segurado estará limitado a 12 (doze) parcelas mensais.**

4.2. Considera-se como data do Sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do efetivo desligamento do Segurado junto ao empregador.

4.3. **O pagamento da Indenização cessa caso o Segurado seja empregado durante o recebimento, reintegrando automaticamente o Capital Segurado, mediante pagamento de Prêmio adicional.**

4.3.1. O Segurado é obrigado a comunicar a Seguradora caso seja empregado durante o recebimento da Indenização, sob pena de Perda de Direitos e demais consequências legais.

Cláusula 5 – REENQUADRAMENTO POR IDADE

Ao contrário do disposto nas CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro, o Prêmio de Seguro para esta Cobertura de Perda Involuntária de Emprego (PIE) não sofrerá alteração por idade.

Cláusula 6 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1. Além dos documentos básicos necessários para a Indenização em caso de Sinistro coberto relacionados nas CONDIÇÕES GERAIS deste Plano de Seguro, sempre que constar expressamente nos Documentos Contratuais a contratação desta Cobertura, o Segurado deverá apresentar também os seguintes documentos:

- a) cópia autenticada das seguintes páginas da carteira profissional:
- b) identificação do Segurado;
- c) qualificação civil;
- d) contrato de trabalho.
- e) cópia autenticada da rescisão do Contrato de trabalho;
- f) cópia autenticada do formulário de seguro desemprego.

Cláusula 7 – FRANQUIAS E CARÊNCIAS

7.1. **Esta Cobertura está sujeita à aplicação de Franquia e de Carência. Os critérios e valores serão estabelecidos na Apólice e nos Documentos Contratuais.**

7.2. **O período de Carência será contado a partir da data do Início de Vigência do Risco e considerará dias consecutivos e ininterruptos.**

Cláusula 8 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

A Indenização para esta Cobertura será paga independente de outras Garantias.

Cláusula 9 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todas as cláusulas das CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes CONDIÇÕES ESPECIAIS.

SEGURO MULHER (CÂNCER DE MAMA, OVÁRIO OU ÚTERO)

Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO

Esta Cobertura objetiva, mediante o pagamento do respectivo Prêmio e expressa inclusão desta CONDIÇÃO ESPECIAL na Apólice, garantir o pagamento de uma Indenização à Segurada, em caso de ocorrência de Diagnóstico de Câncer de mama, ovário ou útero, observados os limites estabelecidos na Apólice, os Riscos Excluídos, as hipóteses de Perda de Direitos e as demais CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

Cláusula 2 – DEFINIÇÕES

2.1. Além das definições constantes das CONDIÇÕES GERAIS, entender-se-á por:

Câncer: designação genérica de Neoplasia maligna, caracterizada pelo desenvolvimento de células ditas malignas no corpo humano.

Carcinoma in situ: presença de células malignas, confinadas somente ao epitélio de revestimento, não ultrapassando ou invadindo os limites da membrana basal epitelial.

Diagnóstico Anatomopatológico: diagnóstico baseado nos achados obtidos nos exames macroscópico e microscópico do espécime avaliado realizado por médico especialista.

Diagnóstico de Câncer: para efeitos desta Cobertura será a constatação de câncer na Segurada, exclusivo para a Neoplasia Maligna de mama, para Neoplasia Maligna de ovário, para Neoplasia Maligna de útero, realizado em vida na Segurada, efetuada por exame microscópico de tecido fixo afetado pela moléstia, sendo o de maior importância o Diagnóstico Anatomopatológico, além de exames complementares realizados por profissional médico especialista.

Metástase: presença de tecido neoplásico maligno em localização diferente à lesão primária inicial, do mesmo tipo histológico, que surge em decorrência da disseminação do tumor primário, através da corrente sanguínea ou linfática.

Neoplasia: doença caracterizada pela proliferação anormal de células, tumorais ou não, de caráter benigno ou maligno.

Neoplasia Benigna: proliferação anormal de células de diversos tipos de tecidos, que não apresentam potencial de disseminação para outros locais que não o de origem, através de corrente sanguínea ou linfática, não causando Metástases e apresentando características celulares benignas, confirmadas através de estudos anatomopatológicos.

Neoplasia Maligna: proliferação anormal e descontrolada de células, de diversos tipos de tecidos, que podem disseminar pela corrente sanguínea ou através dos vasos linfáticos, com potencial de implantação em outros órgãos e tecidos, causando Metástases e que apresenta características celulares e anatomopatológicas macroscópicas de Neoplasia Maligna.

Cláusula 3 – COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER (RISCO COBERTO)

3.1. Será garantido o pagamento, à Segurada, de 100% (cem por cento) do Capital Segurado

efetivamente contratado desta Cobertura, conforme determinado na Proposta de Contratação e ratificado na especificação da Apólice em caso de Diagnóstico de Câncer na Segurada, desde que:

- 3.1.1. o Diagnóstico de Câncer seja **EXCLUSIVO** para a Neoplasia Maligna de mama, a Neoplasia Maligna de ovário e a Neoplasia Maligna de útero;
- 3.1.2. a Neoplasia Maligna, de mama, ovário ou de colo do útero deverá ser obrigatoriamente diagnosticada em vida;
- 3.1.3. o Câncer não decorra ou de qualquer modo não se relacione com qualquer dos atos, fatos ou situações abrangidas pelo disposto nas Cláusulas de Riscos Excluídos das **CONDIÇÕES GERAIS** e destas **CONDIÇÕES ESPECIAIS**; e
- 3.1.4. a Neoplasia Maligna de mama, Neoplasia Maligna de ovário ou a Neoplasia Maligna de colo do útero deverá ter o seu primeiro diagnóstico comprovado em vida e em data posterior ao Início de Vigência da Cobertura individual da Segurada e findo o prazo de Carência determinado na Proposta de Contratação, contados a partir da data de Início de Vigência individual constante da Apólice.

Cláusula 4 – RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. **SALVO SE EXPRESSAMENTE INCLUÍDOS NA ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE, ALÉM DAS EXCLUSÕES CONTIDAS NAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE SEGURO, A SEGURADORA NÃO GARANTE O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO PARA OS EVENTOS RELACIONADOS A, OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DE:**

- 4.1.1. Carcinoma in situ no colo do útero;
- 4.1.2. Neoplasias Malignas primárias de pele, na região das mamas;
- 4.1.3. Neoplasias não primárias do tecido mamário, na região anatômica das mamas; e
- 4.1.4. Neoplasias Benignas das mamas, ovário ou do colo do útero.
- 4.1.5. Diagnóstico de Câncer que não sejam de Neoplasia Maligna de mama, Neoplasia Maligna de ovário e Neoplasia Maligna de útero.

Cláusula 5 – CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro, respeitados os limites estabelecidos na Apólice e nas **CONDIÇÕES CONTRATUAIS**.
- 5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da Liquidação dos Sinistros, a data do Diagnóstico de Câncer, realizado em vida.
- 5.3. O pagamento de qualquer Indenização decorrente de Diagnóstico de Câncer de mama, ovário ou útero, significa o Cancelamento imediato desta Cobertura, não havendo Reintegração do Capital Segurado ou Renovação da mesma.

Cláusula 6 – REENQUADRAMENTO POR IDADE

Para esta Cobertura, além do aumento do Prêmio produzido pela atualização monetária do Capital Segurado conforme previsto nas **CONDIÇÕES GERAIS** deste Seguro, serão utilizados os seguintes percentuais de aumento do Prêmio por idade da Segurada, na data do seu aniversário:

IDADE	PERCENTUAL DE AUMENTO	IDADE	PERCENTUAL DE AUMENTO	IDADE	PERCENTUAL DE AUMENTO	IDADE	PERCENTUAL DE AUMENTO
16	0%	29	0%	42	0%	55	9%
17	0%	30	690%	43	0%	56	0%
18	0%	31	0%	44	0%	57	0%
19	0%	32	0%	45	41%	58	0%
20	0%	33	0%	46	0%	59	0%
21	0%	34	0%	47	0%	60	7%
22	0%	35	143%	48	0%	61	0%
23	0%	36	0%	49	0%	62	0%
24	0%	37	0%	50	10%	63	0%
25	0%	38	0%	51	0%	64	0%
26	0%	39	0%	52	0%	Acima de 65	6%
27	0%	40	74%	53	0%		
28	0%	41	0%	54	0%		

Cláusula 7 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. SE ESTA COBERTURA ESTIVER CONTRATADA E ESPECIFICADA NOS DOCUMENTOS CONTRATUAIS, CABERÁ INDENIZAÇÃO REFERENTE A ESTA COBERTURA PARA A PRIMEIRA NEOPLASIA MALIGNA DIAGNOSTICADA DE MAMA, OVÁRIO OU ÚTERO, ESTANDO EXCLUÍDAS, EM TODA E QUALQUER HIPÓTESE, PARA OS EFEITOS DESTES SEGURO, E DE SUAS RENOVAÇÕES, SE OCORREREM, POSSIBILIDADE DE ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES PELO DIAGNÓSTICO DE MAIS DE UM CÂNCER.

7.2. Além dos documentos básicos necessários para a Indenização em caso de Sinistro coberto relacionados nas CONDIÇÕES GERAIS deste Plano de Seguro, sempre que constar expressamente nos Documentos Contratuais a contratação desta Cobertura também serão considerados como documentos básicos a serem apresentados pelo Beneficiário para a Indenização os documentos relacionados a seguir:

- Declaração médica em formulário da Seguradora, devidamente preenchida e assinada por um médico regularmente habilitado da Seguradora, contendo Diagnóstico Anatomopatológico, estágio de Neoplasia, tratamento realizado e a realizar, de modo detalhado, e prognóstico;
- Cópia do exame anatomopatológico que comprove o Diagnóstico de Câncer;
- Laudo do perito médico, quando solicitado pela Seguradora.

7.3. O médico não poderá ser membro da família da Seguradora, para efeito de comprovação da doença.

Cláusula 8 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

A Indenização para esta Cobertura será paga independente de outras Garantias.

Cláusula 9 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as cláusulas das CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes CONDIÇÕES ESPECIAIS.