

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

A aceitação da proposta de seguro está sujeita à análise do risco.

O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.

O Segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

Este seguro é por prazo determinado tendo a sociedade seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

O Segurado ao assinar a proposta, declara tacitamente que tomaram conhecimento das Condições Contratuais deste seguro.

Este seguro é estruturado no regime financeiro de repartição, portanto, não haverá devolução ou resgate de prêmios ao Segurado, Estipulante ou aos Beneficiários.

As peças promocionais e de publicidade deverão ser divulgadas sob supervisão da sociedade seguradora, respeitadas rigorosamente as condições contratuais e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.

Os tributos incidentes no seguro serão pagos por quem a lei determinar.

1. OBJETIVO DO SEGURO

O presente seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização de acordo com a(s) coberturas e limitado ao valor do capital Segurado contratado pelo Segurado, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, durante o período de vigência e mediante o pagamento do prêmio correspondente, exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Contratuais e nas disposições legais aplicáveis.

2. DEFINIÇÕES

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 de risco: A ação ou omissão praticada pelo Segurado, com ou sem intenção, que aumente a chance de ocorrência de sinistro.

Apólice de Seguro: Documento emitido pela sociedade seguradora que formaliza a aceitação das coberturas solicitadas pelo proponente, nos planos individuais (apólice individual), ou pelo estipulante, nos planos coletivos (apólice coletiva).

Ato doloso: Ato intencional praticado no intuito de prejudicar a outrem.

Ato ilícito: Toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

Aviso de sinistro: Comunicação formal da ocorrência de um sinistro feito à Seguradora.

Beneficiários: São as pessoas físicas ou jurídicas designadas para receber o Capital Segurado na hipótese de ocorrência do sinistro.

Capital Segurado: É a importância máxima a ser paga pela Seguradora para cada cobertura contratada, em caso de ocorrência de sinistro coberto. Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado.

Carência: Período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, 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:

Condições Contratuais: Conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro.

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

Condições Gerais: Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

Contrato de Seguro: É constituído pelos documentos de aceitação que formalizam o contrato e estabelecem o direito a indenização de seguro, nos termos das condições contratuais.

Corretor de seguros: Profissional habilitado e autorizado a angariar e promover Contratos de Seguros, remunerado mediante comissões estabelecidas nas tarifas.

Declaração Pessoal e Saúde: Documento formal integrante da Proposta de Contratação em que o proponente ou Segurado presta informações sobre as suas condições de saúde na data de contratação do seguro.

Documentos Contratuais: A apólice, o certificado individual (nas apólices coletivas), e o endosso.

Doenças ou Lesões Preexistentes: Doença acometida e de conhecimento do Segurado em momento anterior à contratação do seguro e não declarada na Proposta de Contratação.

Download: Ato de transferir (baixar) um ou mais arquivos de um servidor remoto para um computador local. É um procedimento muito comum e necessário quando o objetivo é obter dados disponibilizados na internet. Os arquivos para download podem ser textos, imagens, vídeos, programas entre outros.

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

Endosso de reenquadramento: Documento expedido pela Seguradora, anualmente, que demonstra os Capitais Segurados atualizados além do Prêmio do Seguro recalculado em função da atualização monetária e mudança da idade do Segurado.

Evento coberto: Acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante a vigência e que acarreta obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seu(s) beneficiário(s).

Franquia: É o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização ou reembolso, contado a partir da caracterização do sinistro coberto.

Hospital: Estabelecimento legalmente habilitado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior. Não se entendem como estabelecimento hospitalar, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescença para idosos, ou ainda local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela Seguradora.

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

Má-fé: Agir de modo contrário à lei ou ao direito de forma proposital.

Médico Assistente: Profissional legalmente licenciado para a prática de medicina e que seja o responsável pelo tratamento de uma pessoa ou que esteja emitindo documentos médicos (relatórios, atestados, declarações, etc).

Período de Cobertura: Período em que o Segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos Capitais Segurados contratados, em caso de sinistro coberto pelo Seguro.

Prêmio do Seguro: Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

Proponente: Pessoa física interessada em contratar cobertura(s) de seguro.

Proposta de Contratação: documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do Risco, em que o Proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

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

Regulação de Sinistros: Conjunto de procedimentos para a apuração das causas e circunstâncias que ocasionaram o sinistro que tem por objetivo validar a caracterização do risco.

Risco coberto: É o risco previsto no Plano de Seguro que caracterizará a indenização e/ou reembolso.

Riscos excluídos: São aqueles riscos previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano;

Segurado: pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro. Quando houve a contratação da cobertura de Cônjuge e Filhos, estes serão considerados como sendo Segurados Dependentes.

Seguradora: É a sociedade devidamente autorizada a comercializar seguros, que, mediante o recebimento do respectivo Prêmio do Seguro garante os riscos previstos no contrato.

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

Vigência: Intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o contrato de seguro, podendo ser fixado em anos, meses, dias, horas, minutos, jornada, viagem ou trecho, ou outros critérios, conforme estabelecido no plano de seguro. A cobertura individual é o período de validade das coberturas contratadas, para cada Segurado.

3. COBERTURAS

3.1 Consideram-se Riscos Cobertos aqueles expressamente convencionados nas Condições Especiais das coberturas abaixo, desde que tenham sido efetivamente contratadas e ratificadas na Apólice.

- a) M – Morte
- b) MA – Morte Acidental
- c) IPA – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente
- d) IPTA - Invalidez Permanente Total por Acidente;
- e) IFPD - Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença;
- f) ILPD – Invalidez Laboral Permanente Total por Doença;
- g) ILPTA - Invalidez Laborativa Permanente Total por Acidente

- h) DMHO – Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas por Acidente;
- i) DCF – Diagnóstico de Câncer Feminino;
- j) DCM – Diagnóstico de Câncer Masculino;
- k) DCI – Diagnóstico de Câncer Infantil;
- l) DDG – Diagnóstico de Doenças Graves – Opção I;
- m) DDG – Diagnóstico de Doenças Graves – Opção II;
- n) DDG – Diagnóstico de Doenças Graves – Opção III;
- o) DDG – Diagnóstico de Doenças Graves – Opção IV;
- p) DDG – Diagnóstico de Doenças Graves – Opção V;
- q) DIH – Diária de Internação Hospitalar;
- r) DIH – UTI – Diária de Internação Hospitalar em Unidade Intensiva de Tratamento;
- s) AF - Assistência Funeral
- t) DITA - Diária de Incapacidade Temporária por Acidente;
- u) DITAD - Diária de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença;
- v) PE – DI - Perda de Emprego – Desemprego Involuntário;
- w) ACB- Auxílio Cesta Básica;
- x) AC - Auxílio Cirurgia.

3.1.1. As coberturas de IPA – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e IPTA - Invalidez Permanente Total por Acidente **não poderão ser contratadas de forma conjugada.**

3.1.2 As coberturas Auxílio Cesta Básica, Suplementares de Cônjuge e Filhos, só poderão ser contratadas se contratada a cobertura de Morte para o segurado.

3.2 – Coberturas Suplementares

Inclusão de Cônjuge;

Inclusão de Filhos.

3.2. O Proponente deverá informar na Proposta de Contratação quais as coberturas que pretende contratar.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos de todas as Coberturas deste Seguro, os eventos ocorridos em consequência direta ou indiretamente:

- a) Do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) De atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, ato terrorista e suas decorrências ou outras perturbações da ordem pública, exceto se decorrentes da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) De furacões, ciclones, terremotos, maremotos e erupções vulcânicas;**
- d) De doenças ou lesões preexistentes à contratação do Seguro e de conhecimento do Segurado, não declaradas na Proposta de Contratação;**
- e) Da prática, por parte do Segurado, seu(s) beneficiário(s), ou do representante legal**

- de um ou de outro, de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei;
- f) Suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Contrato de Seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;
 - g) Epidemias, Endemias e Pandemias, declaradas por órgão competente;
 - h) De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, ressalvado quando for por ato de humanidade em auxílio de outrem, utilização de meio de transporte mais arriscado, prestação de serviço militar e prática de esporte;
 - i) Ato terrorista, cabendo a Seguradora comprovar com toda a documentação hábil, acompanhada de laudo que caracterize a natureza do atentado, independente do seu propósito, desde que tenha sido devidamente reconhecido como atentado à ordem pública por autoridade competente;
 - j) Acidentes ocorridos com o Segurado, na condição de condutor do veículo ou operador de equipamento que requeira aptidão, no qual o mesmo não possua habilitação legal para tanto;
 - k) Lesões por Esforço Repetitivo (L.E.R.) e Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (D.O.R.T.);
 - l) Excetuada sua ocorrência como resultado direto de Acidente Pessoal e observadas as coberturas contratadas, conforme definido nestas Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da garantia deste seguro os eventos ocorridos em consequência de:
 - l1) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, em especial a hérnia discal;
 - l2) gravidez, parto, aborto provocado ou não e suas consequências;
 - l3) choque anafilático e suas consequências.

5. CARÊNCIA

As carências, quando aplicáveis, serão estabelecidas nas Condições Especiais de acordo com a cobertura contratada.

6. FRANQUIA

As franquias, quando aplicáveis, serão estabelecidas nas Condições Especiais de acordo com a cobertura contratada e ratificadas na apólice.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO

7.1. O presente seguro cobre os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, salvo disposição contrária especificada nas Condições Especiais, desde que não sejam caracterizados como risco excluído.

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

8. ACEITAÇÃO DO PROPONENTE

8.1. Somente poderão ser aceitas no seguro as pessoas que na data do preenchimento da Proposta de Contratação estejam em boas condições de saúde e tenham idade dentro dos limites estabelecidos na Proposta de Contratação.

8.2. A aceitação do Proponente estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

8.3. A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da Proposta de Contratação, para aceitar ou recusar a inclusão ou alteração do Proponente no seguro. Caso a Seguradora não se pronuncie no prazo descrito, a proposta será considerada aceita.

8.3.1. Para análise da Proposta de Contratação, a Seguradora poderá exigir, por uma única vez, a apresentação de documentos complementares e/ou outras informações que julgar necessárias.

8.3.2. Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise do risco, na forma do disposto no item 8.3.1, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item 8.3 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora destas informações adicionais.

8.4. A Seguradora comunicará ao Proponente, por escrito, a aceitação ou não da Proposta de Seguro, especificando o motivo da recusa, quando for o caso. A emissão e o envio da apólice dentro do prazo acima substituem a manifestação expressa de aceitação da proposta pela Seguradora.

8.5. A data de aceitação da proposta será aquela que ocorrer primeiro entre, devendo constar na proposta o critério de aceitação:

I - a data da manifestação expressa pela sociedade seguradora;

II - a data de emissão da apólice com consequente envio e/ou disponibilização do documento contratual; ou

III - a data de término do prazo previsto no item 8.3. acima, quando caracterizada a aceitação tácita da proposta, conforme especificado no item 8.3 desta cláusula.

8.6. 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, e desde que expressamente prevista nas condições contratuais e solicitada pelo Proponente na proposta.

8.7. No caso de aceitação da proposta, a Seguradora poderá considerar o período de cobertura provisória como de efetiva vigência, desde que haja tal previsão nos documentos contratuais.

8.8. Em caso de recusa do risco, em que tenha havido cobertura provisória, a restituição será realizada no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, a contar da data de formalização da recusa da proposta, deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

8.9. A Seguradora emitirá e enviará a apólice ao Segurado, no início do seguro e em cada

renovação da apólice. Em caso de utilização de meios remotos na emissão de documentos contratuais, será garantido a possibilidade de impressão ou download do documento pelo cliente.

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

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

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

8.10.2. A critério da Seguradora, a aceitação do Proponente se fará mediante aplicação de questionário para avaliação das condições de saúde e atividade do Proponente, e ainda, quando a Seguradora julgar necessário, informações financeiras e relatório médico e/ou exames complementares, observadas as especificações dos itens 8.3.1 e 8.3.2.

8.10.2.1. A aplicação do(s) questionário(s) será realizada por meio de preenchimento de formulários da Seguradora.

8.11. A alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo Proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado.

9. INÍCIO DE VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

9.1. As datas e os horários de início e término e período de vigência do seguro serão indicados na Proposta de Contratação e na apólice.

9.2. Na falta de indicação expressa de horário na Proposta de Contratação e na apólice, o horário de início e término de vigência do seguro será às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

9.3. O prazo de vigência da apólice será de 01 (um) ano, quando outro prazo não for estabelecido contratualmente. A cobertura do seguro cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitando o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, sem restituição de prêmios pagos.

9.4. A apólice poderá ser renovada automaticamente, por igual período, salvo se o segurado ou a Seguradora se manifestarem em sentido contrário, mediante manifestação formal, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do final de vigência da Apólice.

9.4.1 A renovação automática prevista no item anterior só poderá ocorrer uma única vez,

sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do segurado e da Seguradora, nos termos disposto no item 8 “Aceitação do Proponente”.

9.5. Na renovação do seguro será emitido pela seguradora a nova apólice, contendo, no mínimo, as datas de início e término de vigência do seguro, os capitais segurados de cada cobertura contratada e o prêmio total.

10. BENEFICIÁRIOS

10.1. O Segurado poderá indicar livremente seus Beneficiários, ressalvadas as restrições legais.

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

10.2.1. Em caso de sinistro, será considerada a última alteração de Beneficiários de que a Seguradora tenha conhecimento.

10.2.2. Não havendo Beneficiário indicado na ocasião do falecimento do Segurado, o Capital Segurado será pago de acordo com a legislação vigente.

10.3. No caso das coberturas de Invalidez Permanente por Acidente ou por Doença, Diagnóstico de Câncer Feminino, Masculino, Câncer Infantil, Doenças Graves, Diária de Internação Hospitalar, Hospitalar em UTI, Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas por Acidente, Diária de Incapacidade Temporária, Perda de Renda, Auxílio Cirurgia, Cobertura de Morte - Cônjuge e Filhos previstas nestas Condições Gerais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

10.4. Quando o pagamento da indenização for realizado por meio de reembolso de despesas, os beneficiários serão aqueles que provarem que arcaram com as despesas cobertas.

11. CAPITAL SEGURADO

11.1. O valor limite do Capital Segurado para cada cobertura contratada será estabelecido na Apólice do Seguro e será caracterizado de acordo com as Condições Especiais do Seguro.

11.2. O Segurado poderá, a qualquer tempo, solicitar alteração do valor do Capital Segurado, por meio de nova Proposta de Contratação, ficando a critério da Seguradora sua aceitação.

12. PRÊMIO DO SEGURO

12.1. A forma de pagamento do Seguro poderá ser distinta da mensal e cada pagamento corresponderá ao respectivo período de cobertura.

12.2. Qualquer indenização somente passa a ser devida após o pagamento do prêmio correspondente ao período de cobertura, no máximo até a data limite prevista para esse fim.

12.3. Caso a data limite para o pagamento ocorra em dia em que não haja expediente bancário, o seguro poderá ser pago no primeiro dia subsequente em que haja referido expediente.

12.3.1. O recolhimento do Prêmio do Seguro será realizado de acordo com a forma de cobrança prevista na Proposta de Contratação.

12.3.2. A data limite para pagamento do Prêmio do Seguro não poderá ultrapassar o dia especificado no instrumento de cobrança.

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

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

13. ATRASO NO PAGAMENTO DO PRÊMIO

13.1. Configurada a falta de pagamento do prêmio até a data estabelecida, quando determinada na forma de parcela única ou quando se tratar da primeira parcela, nos casos de seguro com prêmio parcelado, implicará no cancelamento automático da apólice e/ou de seus endossos, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, observado os termos do item 13.5.

13.2. Excetuado o caso de cobrança única, caso não haja o devido pagamento do prêmio na data determinada no instrumento de cobrança e conforme o que dispuser as Condições Particulares do plano de seguro, o contrato de seguro poderá ter sua cobertura suspensa, acarretando a não cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de vigência a que se referir o prêmio inadimplente.

13.2.1. Por cobertura suspensa entende-se o período durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou os Beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

13.2.1.1. Ocorrendo a hipótese de suspensão de cobertura sem cancelamento da apólice, será vedada a cobrança de prêmio(s) em atraso.

13.3. O período máximo de suspensão de cobertura corresponderá à três vigências mensais, em qualquer ordem, após esse período, a apólice estará cancelada, observado os termos do item 13.5.

13.4. Em não se aplicando o caso de parcela única ou primeira parcela de prêmio, bem como não havendo sido a cobertura suspensa, no caso de haver(em) parcela(s) em atraso e conforme dispuser as Condições Especiais do plano de seguro, esta(s) poderá(ão) ser paga(s) mediante consulta e autorização, a critério da Seguradora.

13.5. A Seguradora enviará comunicado, através de correspondência ao Segurado, até 10

(dez) dias antes do cancelamento, que será efetuado ainda que o Segurado, conforme o caso, alegue o não recebimento da citada correspondência, que funciona apenas como um aviso de cancelamento.

13.6. Nos casos da cobrança do prêmio(s) por meio cartão de crédito, será responsabilidade do Segurado manter os dados atualizados para lançamento da(s) parcela(s) para que não ocorra prejuízos à cobertura do seguro em caso de cancelamento ou validade expirada do cartão.

14. O CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO

O Segurado será notificado sobre a inadimplência e cientificado de que o não pagamento da(s) parcela(s) acarretará o cancelamento automático da apólice, não havendo direito à indenização em caso de sinistro ocorrido no período de inadimplência e a partir do cancelamento.

15. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

15.1. Ocorrendo o Sinistro, desde que o seguro não esteja cancelado, a cobertura suspensa ou o evento previsto como Risco Excluído, este deverá ser comunicado imediatamente à Seguradora, seja pelos meios por ela disponibilizados ou por qualquer meio disponível para esse fim.

15.2. Em seguida deverá ser encaminhada a documentação necessária relacionada nas Condições Especiais de acordo com a cobertura do seguro, juntamente com o formulário Aviso de Sinistro, totalmente preenchido e assinado. Esses documentos são imprescindíveis para análise do Sinistro, sem prejuízo de outros que se façam necessários, caso haja dúvida fundada e justificável, dada a especificidade do caso concreto e que poderão ser solicitados pela Seguradora.

15.3. Os valores devidos em razão de sinistros cobertos serão pagos no prazo máximo de 30 (trinta dias), contados da apresentação do último documento dentre aqueles solicitados pela Seguradora, definidos nas Condições Especiais, no item “Ocorrência do Sinistro”.

15.3.1. Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar outros documentos além daqueles estabelecidos nas Condições Especiais, no item “Ocorrência do Sinistro”, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. **Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 15.3 será suspenso, voltando a ser contado a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.**

15.3.2. Na hipótese do não cumprimento do prazo estabelecido nos itens 15.3 e 15.3.1., a Seguradora pagará, nos termos da legislação específica, multa e juros de mora, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, além da atualização monetária pela variação positiva do índice IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou caso este seja extinto, pelo índice que vier a substituí-lo, apurada entre o último índice publicado antes da data do evento do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

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

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

15.4. Se depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente, parcial ou total, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância total paga por invalidez permanente será deduzida do valor a ser indenizado pela morte, se contratada uma ou mais Coberturas cuja o evento gerador da indenização seja a morte do Segurado.

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

15.6. Junta Médica

15.6.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza, diagnóstico ou extensão das lesões ou da doença, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

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

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

15.6.2. Perícia da Seguradora

15.6.2.1. A Seguradora reserva-se o direito de solicitar perícias em todos os casos em que houver dúvida fundada e justificável para comprovar a ocorrência da hospitalização nos termos destas Condições Gerais.

15.6.2.2. O Segurado autoriza expressamente seu Médico Assistente e as entidades de prestação de assistência médico hospitalar, envolvidas em seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

15.6.2.3. Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento da Indenização, cancelará o respectivo contrato de seguro e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e Indenizações pagas, sem

prejuízo das ações cíveis e penais cabíveis.

16. CESSAÇÃO DA COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO

16.1. Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro:

- a) com a morte ou Invalidez Total e permanente do Segurado;
- b) por solicitação do Segurado, mediante comunicação por escrito ou verbal;
- c) automaticamente se o Segurado, seus prepostos, seus dependentes ou seus beneficiários agirem com dolo, culpa grave, ou cometerem fraude no ato da contratação ou durante a vigência do contrato;
- d) pela inobservância das obrigações convencionadas no seguro, por parte do Segurado, seus beneficiários ou prepostos, inclusive quanto ao pagamento do Prêmio do seguro;
- e) automaticamente se houver inexatidão ou omissão nas declarações do Segurado e/ou corretor de seguro no ato da contratação e/ou durante a vigência do seguro;
- f) por falta de pagamento das parcelas, de acordo com os critérios estabelecidos no item 13 “Atraso no Pagamento do Prêmio”.

17. PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO

17.1 A Seguradora ficará isenta de obrigações decorrentes deste seguro se o Segurado ou seu Representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, estando o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

I – Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

II – Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

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

III– Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

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

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

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

18. ATUALIZAÇÃO DE VALORES E REENQUADRAMENTO ETÁRIO

18.1 Fica pactuado o Índice IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) para atualização, quando couber, de todos os valores contratados e de eventuais importâncias a serem pagas, devolvidas ou complementadas, observadas as disposições específicas de cada item deste seguro. Na hipótese de extinção do índice definido nesta cláusula, será adotado o Índice que vier a substituí-lo.

18.2 As contratações com vigência igual ou inferior a um ano não estão sujeitas à atualização monetária de prêmios e capitais segurados.

18.3 Quando aplicável, os capitais segurados e prêmios serão atualizados anualmente, na data de aniversário da contratação, com base na variação positiva do índice no correspondente período anual.

18.4 Quando houver pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados até a data de ocorrência do evento coberto, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

18.5 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.

18.6 O pagamento dos valores relativos à atualização monetária e juro de mora far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do Contrato.

18.7 Os valores devidos a título de devolução de prêmio sujeitam-se à atualização monetária a partir da data em que se tornarem exigíveis, sendo:

- a) no caso de cancelamento do contrato, por iniciativa do Segurado: a data do recebimento da solicitação de cancelamento;
- b) no caso de cancelamento do contrato por iniciativa da Seguradora: a data do efetivo cancelamento;
- c) no caso de recebimento indevido de prêmio: a data de recebimento do prêmio.

18.8 Se o pagamento da indenização não for efetuado no prazo de 30 (trinta) dias da entrega de toda a documentação necessária, conforme item 15.3 destas Condições Gerais,

o valor da mesma será atualizado monetariamente, sendo que a atualização monetária se dará pela variação positiva do índice, apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, acrescido dos juros de mora a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para pagamento da indenização.

18.9 O juro de mora previsto nestas Condições Gerais será equivalente à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional.

18.10 Reenquadramento Etário

18.10.1 O Prêmio deste seguro será calculado com base na idade do Segurado e será reenquadrado sempre que o Segurado atingir nova idade. A nova taxa passará a vigorar a partir da data em que o segurado atingir a nova idade, podendo a critério da seguradora, proceder com a alteração a cada ano, da vigência da apólice, conforme expresso na especificação da apólice.

18.10.2 A tabela com o percentual de aumento entre as idades constará das Condições Contratuais e será disponibilizado aos proponentes quando da adesão ao Seguro.

19. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a promoção do Seguro, por parte do Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições contratuais e as normas do Seguro.

20. PRESCRIÇÃO

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

21. FORO

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE - M

1. OBJETIVO DA COBERTURA

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta cobertura, em caso de morte do Segurado, seja natural, seja acidental, devidamente coberta, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e da Proposta de Contratação.

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

Esta cobertura, nos seguros de menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, **não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item 4. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do falecimento.

4. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

4.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15 “Procedimentos em caso de Sinistro” das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

a) Morte decorrente de doença

- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelos Beneficiários;
- Formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;

- Cópia simples da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia simples da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- Cópia simples do comprovante de endereço em nome do Segurado (ex. conta de luz, telefone etc.);
- Declaração do(s) Beneficiário(s) com a informação de telefone de contato e endereço de e-mail, caso houver;
- Documentos do(s) Beneficiário(s): - Cópias simples da Carteira de Identidade, do CPF, do endereço de e-mail e do comprovante de endereço;
- Cópia da Certidão de Casamento atualizada, se o beneficiário for o cônjuge do Segurado;
- Cópia da Certidão de Nascimento, se o beneficiário for filho do Segurado.

b) Morte decorrente de acidente

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:

- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

5. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL - MA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

Desde que contratada, garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta cobertura, conforme estabelecido no item 11 “Capital Segurado” das Condições Gerais, em caso de morte do Segurado causada, exclusivamente, por acidente pessoal coberto pelo Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e Proposta de Contratação.

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

Esta cobertura, nos seguros de menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, **não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item 4. “Riscos Excluídos” das Condições Gerais do Seguro.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do acidente.

4. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15 “Procedimentos em caso de Sinistro” das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelos Beneficiários;
- Formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;

- Cópia simples da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia simples da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- Cópia simples do comprovante de endereço em nome do Segurado (ex. conta de luz, telefone etc.);
- Declaração do(s) Beneficiário(s) com a informação de telefone de contato e endereço de e-mail, caso houver;
- Documentos do(s) Beneficiário(s): - Cópias simples da Carteira de Identidade, do CPF, do endereço de e-mail e do comprovante de endereço;
- Cópia da Certidão de Casamento atualizada, se o beneficiário for o cônjuge do Segurado;
- Cópia da Certidão de Nascimento, se o beneficiário for filho do Segurado.
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

5. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE - IPA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento de uma indenização, nas hipóteses e graus estabelecidos na Tabela para o Cálculo de Indenização (subitem 1.10), proporcional ao valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, conforme estabelecido no item 11 “Capital Segurado” das Condições Gerais, caso haja perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, quando da alta médica definitiva, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Proposta de Contratação.

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

1.1.1. A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado a tanto se negue.

1.1.1.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

1.2. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista na Tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução funcional apresentada e, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

1.3. Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.

1.4. Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado nesta Cobertura.

1.5. Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder a da indenização prevista para sua perda total.

1.6. Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez preexistente será percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.

1.7. A perda de dentes e os danos estéticos não darão direito a indenização por invalidez permanente por acidente.

1.8. Se contratadas as indenizações previstas para as coberturas de Morte e Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam, em consequência de um mesmo acidente. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização pela cobertura Básica de Morte será deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente.

1.9. A reintegração do Capital Segurado para a hipótese de invalidez permanente parcial por acidente será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo para invalidez permanente direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

1.10. Tabela para o Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente

TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL CAUSADA POR ACIDENTE

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	
	Perda total do uso de ambas as mãos	
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	
	Perda total do uso de ambos os pés	
	Alienação mental total e incurável	
	Nefrectomia Bilateral	

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
PARCIAL (DIVERSAS)	Perda total da visão de em olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver outra vista	70
	Surdez total e incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total e incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL (MEMBROS SUPERIORES)	Perda total de uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos radio-ulnais	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos e um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: Indenização equivalente a 1/3 (um terço) do valor do respectivo dedo.	---

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
PARCIAL (MEMBROS INFERIORES)	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés (perda de todos os dedos e uma parte do mesmo pé)	25
	Amputação do primeiro dedo - polegar	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do primeiro dedo: Indenização equivalente a ½ (metade), e dos demais dedos, equivalente a 1/3 (um terço) do respectivo dedo.	---
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	• de 5 (cinco) centímetros ou mais • de 4 (quatro) centímetros • de 3 (três) centímetros • menos de 3 (três) centímetros	15 10 06 Sem Indenização
PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA		
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.		

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
MANDÍBULA	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos:	
	Em grau mínimo	10
	Em grau médio	20
	Em grau máximo	30
NARIZ	Perda total do nariz	25
	Perda total do olfato	07
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
APARELHO VISUAL	Lesões das Vias Lacrimais:	
	Unilateral	07
	Unilateral com fístulas	15
	Bilateral	14
	Bilateral com fístulas	25
	Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris	
	Ectrópio unilateral	03
	Ectrópio bilateral	06
	Entrópio unilateral	07
	Entrópio bilateral	14
	Má oclusão palpebral unilateral	03
	Má oclusão palpebral bilateral	06
APARELHO DA FONACÃO	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	Amputação total da língua	50
	Parcial - menos de 50% (cinquenta por cento)	15
	- mais de 50% (cinquenta por cento)	30
SISTEMA AUDITIVO	Perda total de uma orelha	08
	Perda total das duas orelhas	16
ANQUILOSES	Para as posições viciosas, acrescentar as porcentagens previstas 25 (vinte e cinco), 50 (cinquenta) ou 75% (setenta e cinco por cento) de seu valor, conforme a posição desfavorável observada, ou seja, em grau mínimo, médio ou máximo, respectivamente.	-
PERDA DA FORÇA OU DA CAPACIDADE FUNCIONAL DOS MEMBROS	A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.	-
	Perda do Baço	15

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
APARELHO URINÁRIO	Retenção Crônica de Urina (Sondagens Obrigatórias)	15
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência Urinária Permanente	30
	Perda de um rim:	
	Função renal preservada	15
	Redução em grau mínimo da função renal	25
	Redução em grau médio da função renal	50
APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	Insuficiência renal	75
	Perda de um testículo	05
	Perda de dois testículos	15
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda de um Ovário	05
	Perda de dois Ovários	15
	Perda do útero antes da menopausa	30
PAREDE ABDOMINAL	Perda do útero depois da menopausa	10
	Hérnia traumática	10
SÍNDROMES PSIQUIÁTRICAS	No caso de cura cirúrgica da hérnia traumática	sem indenização
	Síndrome pós-concussional	10
PESCOÇO	Transtorno neurótico (estresse pós-traumático)	02
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Paralisia de uma corda vocal	10
	Paralisia de duas cordas vocais	30
TORAX	Traqueostomia definitiva	40
	APARELHO RESPIRATÓRIO	
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
	Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):	
	Função respiratória preservada	15
	Redução em grau mínimo da função respiratória	25
	Redução em grau médio da função respiratória	50
	Insuficiência respiratória	75
	MAMAS	
	Mastectomia unilateral	10
	Mastectomia bilateral	20
	ABDOME (ÓRGÃOS E VÍSCERAS)	
	Gastrectomia parcial	10
	Gastrectomia subtotal	20
	Gastrectomia total	40
	INTESTINO DELGADO	
	Ressecção parcial sem repercussão funcional	10
	Ressecção parcial com repercussão funcional em grau mínimo	20

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TORAX	Ressecção parcial com repercussão funcional em grau médio	45
	Ressecção parcial ou total com repercussão funcional em grau máximo	70
	INTESTINO GROSSO	
	Colectomia parcial sem transtorno funcional	05
	Colectomia parcial com transtorno funcional em grau mínimo	10
	Colectomia parcial com transtorno funcional em grau médio	35
	Colectomia total	60
	Colostomia definitiva	50
	RETO E ÂNUS	
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Incontinência fecal com prolapso	50
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	Extirpação da vesícula biliar	07

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item 4. “Riscos Excluídos” das Condições Gerais do Seguro.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do acidente.

3.4. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto de invalidez permanente parcial, sem cobrança de Prêmio adicional.

4. FRANQUIA/CARÊNCIA

Não haverá aplicação de Franquia e Carência para esta cobertura, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.**

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao Segurado proceder conforme descrito no item 15

“Procedimentos em caso de Sinistro” das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

5.1.1. No caso da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente prevista nestas Condições Especiais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

- Formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- Radiografias, relatórios e exames médicos recentes, que comprovem a invalidez, assinado pelo médico assistente, com a indicação do CRM e das características do grau de invalidez;
- Declaração do consultante/Segurado com a informação de telefone de contato e endereço de e-mail, caso houver.

5.2. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

6. JUNTA MÉDICA

6.1 É facultado ao Segurado que discordar da negativa de sinistro requerer a Seguradora o procedimento de junta médica. A junta médica tem por finalidade avaliar possíveis divergências sobre a causa, a natureza e a extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou sobre matéria médica não prevista expressamente na apólice. A junta médica é constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo componente e pela Seguradora.

6.2 Seguradora e Segurado abstêm-se de qualquer procedimento judicial, antes de conhecido o laudo da junta médica.

7. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE - IPTA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento de uma indenização, nas hipóteses estabelecidos na Tabela para o Cálculo de Indenização (subitem 6.1), proporcional ao valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, conforme estabelecido no item 11 “Capital Segurado” das Condições Gerais, em caso da perda total, redução ou impotência funcional definitiva dos membros ou órgãos, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, quando da alta médica definitiva, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Proposta de Contratação.

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

1.2. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

1.3. A Seguradora se reserva o direito de submeter o Segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência de invalidez, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.

2. CAPITAL SEGURADO

2.1 Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.

2.2 Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

2.3 Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do Acidente sofrido pelo Segurado.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item 4 “Riscos Excluídos” das Condições Gerais do Seguro.

4. FRANQUIA/CARÊNCIA

Não haverá aplicação de Franquia e Carência para esta cobertura, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.**

5. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

5.1. As indenizações por Invalidez Permanente Total por Acidente e Morte Acidental não se acumulam.

5.1.1. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente total por acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor indenizado por morte. Nestes casos, o beneficiário terá direito à indenização por morte, deduzidos os valores pagos pela invalidez permanente, mesmo se o seguro já estiver cancelado em razão da indenização por invalidez permanente total.

6. CRITÉRIOS DE CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

6.1. No caso de Invalidez Permanente Total por Acidental, 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 sociedade seguradora a Seguradora pagará o Capital Segurado em decorrência dos eventos a seguir:

- a) Perda total da visão de ambos os olhos;
- b) Perda total do uso de ambos os membros superiores;
- c) Perda total do uso de ambos os membros inferiores;
- d) Perda total do uso de ambas as mãos;
- e) Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior;
- f) Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- g) Perda total do uso de ambos os pés; ou
- h) Alienação mental total incurável.

6.2. A Invalidez Permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da Seguradora, devendo o Segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a Invalidez Permanente Total.

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

7.1. Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Segurado/Beneficiário ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

7.2. Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

7.2.1. A comunicação, na forma desse item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos com informações completas sobre o ocorrido.

7.3. O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, à sua custa, a serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

7.4. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item 15 “Procedimentos em caso de Sinistro”, das Condições Gerais, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- Formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- Radiografias, relatórios e exames médicos recentes, que comprovem a invalidez, assinado pelo médico assistente, com a indicação do CRM e das características do grau de invalidez;
- Declaração do consultante/Segurado com a informação de telefone de contato e endereço de e-mail, caso houver.

7.5. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

7.6. O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

7.6.1 A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

8. JUNTA MÉDICA

8.1 É facultado ao Segurado que discordar da negativa de sinistro requerer a Seguradora o procedimento de junta médica. A junta médica tem por finalidade avaliar possíveis divergências sobre a causa, a natureza e a extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou sobre matéria médica não prevista expressamente na apólice. A junta médica é constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo componente e pela Seguradora.

8.2 Seguradora e Segurado abstêm-se de qualquer procedimento judicial, antes de

conhecido o laudo da junta médica.

9. CANCELAMENTO DA COBERTURA

O seguro será cancelado após o pagamento de indenização referente à cobertura de invalidez total, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.

10. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA - IFPD

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma indenização no caso de sua Invalidez Funcional Total e Permanente, em consequência de doença que cause a perda de sua existência independente, sob critérios devidamente especificados no item Riscos Cobertos desta Cobertura, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

1.2. O pagamento da indenização relativa a esta Cobertura extingue, imediata e automaticamente, a cobertura integral do seguro, independentemente da cobrança do Prêmio.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Glossário médico para os termos relacionados à cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD):

2.1.1. Agravo Mórbido: piora de uma doença.

2.1.2. 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.

2.1.3. Aparelho Locomotor: conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

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

2.1.5. Auxílio: ajuda através de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

2.1.6. Ato Médico: procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por resolução específica do Conselho Federal de Medicina.

2.1.7. Cardiopatia Grave: doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.

2.1.8. Cognição: conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.

2.1.9. Conectividade com a Vida: capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.

2.1.10. Consumo: definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

2.1.11. Dados Antropométricos: peso e altura do indivíduo.

2.1.12. Deambular: ato de andar livremente com o uso do aparelho locomotor.

2.1.13. Declaração Médica: documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

2.1.14. Deficiência Visual: qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

2.1.15. Disfunção Imunológica: incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

2.1.16. Doença Crônica: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

2.1.17. Doença Crônica em Atividade: doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

2.1.18. Doença Crônica de Caráter Progressivo: doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

2.1.19. Doença do Trabalho: aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida através de perícia médica previdenciária, onde há confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).

2.1.20. Doença em Estágio Terminal: aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

2.1.21. 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. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.

2.1.22. Doença Profissional: aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.

2.1.23. Estados Conexos: representa o relacionamento consciente e normal do indivíduo com o meio externo.

2.1.24. Etiologia: causa de cada doença.

2.1.25. Fatores de Risco e Morbidade: aquilo que favoreceu ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença ou que com ela interage.

2.1.26. Hígido: Saudável

2.1.27. Médico Assistente: médico que está assistindo o Segurado ou que já tenha prestado assistência continuada.

2.1.28. Prognóstico: juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

2.1.29. Fatores de Risco e Morbidade: aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

2.1.30. Hígido: saudável

2.1.31. Médico Assistente: médico que está assistindo o Segurado ou que já tenha prestado assistência continuada

2.1.32. Prognóstico: juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

2.1.33. Quadro Clínico: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

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

2.1.35. Refratariedade Terapêutica: incapacidade de o organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

2.1.36. Relações Existenciais: aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

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

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

2.1.39. Transferência Corporal: capacidade do indivíduo se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico de incapacidade, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado. Este quadro clínico de incapacidade deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item “Liquidação de Sinistros” destas Condições Especiais.

3.2. Considera-se como risco coberto a ocorrência comprovada, segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada, de um dos seguintes quadros clínicos de incapacidades, provenientes **exclusivamente de doenças**:

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença.
- e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares, que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou no sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) Deficiências visuais, decorrentes de doença:
 - g1. Cegueira, na qual a acuidade visual é menor ou igual a 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - g2. Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,05 e 0,3 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - g3. Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for menor ou igual a 60°; ou
 - g4. Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;
- i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
 - i1. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - i2. Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - i3. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

3.3. Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde

que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF, anexo a esta Condição Especial, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

3.3.1. O IAIF é composto por dois documentos:

- a) O primeiro documento (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).
 - a1. O 1º grau de cada atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.
 - a2. Para a classificação no 2º ou no 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.
 - a3. Todos os atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.
- b) O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.
 - b1. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões previstas no item 4 “Riscos Excluídos” das Condições Gerais da apólice, consideram-se também como riscos excluídos, ainda que resultando em quadro clínico de incapacidade que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:

- a) **perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais em decorrência, direta ou indireta, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;**
- b) **quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo sequelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional;**
- c) **doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.**

5. CAPITAL SEGURADO

5.1 Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.

5.2 Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

5.3 Para efeito de determinação do Capital Segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da invalidez funcional permanente e total indicada

na declaração médica.

6. CARÊNCIA

6.1. Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se as disposições do item “Carência” das Condições Gerais.

6.2. A carência deverá ser fixada na Proposta de Contratação, no contrato firmado entre o Segurado e a Seguradora e na apólice do seguro.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

7.1. A Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença não se acumula com as demais coberturas e, assim, após o pagamento de indenização por qualquer um dos eventos cobertos, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

7.2. Eventuais valores pagos após a data de cancelamento da cobertura individual serão devolvidos, devidamente atualizados monetariamente pela variação positiva do índice para atualização de valores prevista no item “Atualização e Recálculo dos Valores do Seguro” das Condições Gerais.

7.3. Não estando comprovada a invalidez funcional permanente e total por doença, o seguro continuará em vigor, observadas as condições contratuais.

8. OCORRÊNCIA DO SINISTROS

8.1. Para a Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD), os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado;
- b) Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF do Segurado;
- c) Cópia do comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao Segurado;
- d) Cópia da carteira de trabalho (CPTS) do Segurado;
- e) Declaração médica indicando a data da invalidez funcional permanente e total por doença, bem como informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante definido no item 3. Riscos Cobertos, destas Condições Especiais;
- f) Relatório médico assistente do Segurado, indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi oficialmente diagnosticada; e detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado, bem como informando os respectivos CIDs associados ao estado de incapacidade;
- g) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos, imagens e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;

h) Autorização de Crédito (formulário fornecido pela Seguradora após a análise dos documentos pertinentes ao sinistro).

8.2. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente.

8.3. O Segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante, observado o item “Despesas de Comprovação” desta Condição Especial.

8.4. A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

8.5. Reconhecida a invalidez funcional permanente e total por doença pela Seguradora, a indenização será paga de uma só vez.

9. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

9.1. As despesas efetuadas com a legitimação da invalidez funcional permanente e total por doença são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

9.2. As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

10. JUNTA MÉDICA

10.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao Segurado, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

10.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

11. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

ANEXO À CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

1º DOCUMENTO - 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 na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
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.	0
	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

ANEXO À CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

2º DOCUMENTO - TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

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 auto suficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	0
	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 os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10
	3º grau: O Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias	20

ANEXO À CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

3º DOCUMENTO - TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A idade do Segurado interfere na análise da morbididade 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 morbididade do caso.	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de dois fatores de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA INVALIDEZ LABORAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA - ILPD

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento do Capital Segurado, no caso de ocorrência de evento que caracterize a invalidez laborativa permanente total, consequente de Doença para o exercício da atividade laborativa principal do Segurado, observada a proibição do oferecimento de cobertura em que o pagamento do Capital Segurado, em caso de Sinistro coberto, seja condicionado à impossibilidade do exercício, pelo Segurado, de toda e qualquer atividade laborativa.

2. COBERTURA

É considerada Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do Segurado, entendida esta como aquela através da qual o Segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas Condições Contratuais. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os Segurados portadores de Doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

3. INÍCIO E TÉRMINO DA GARANTIA

A garantia compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da apólice, ou em data posterior, prevista em Aditivo, quando esta cláusula não integrar as condições iniciais da Apólice e termina:

- a) Simultaneamente com o cancelamento da Apólice ou da presente Cláusula Adicional;
- b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice;
- c) Com o pagamento do Capital Segurado na forma prevista para esta garantia.

4. RISCOS COBERTOS

Consideram-se como cobertas as ocorrências comprovadas, segundo critérios vigentes à época da regulação do Sinistro e adotados pela classe médica especializada, de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes para o exercício da atividade laboral principal do Segurado, provenientes exclusivamente de Doença:

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;
- c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;
- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de Doença;

- e) Doenças manifestas 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 das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) Deficiências visuais, decorrentes de Doença: - Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; - Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°, ou; - Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;
- h) Estados mórbidos, decorrentes de Doença, a seguir relacionados: - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés, ou; - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos, associada à de um dos pés

5. RISCOS EXCLUÍDOS

Não podem configurar como Segurados, para a cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa.

Além das exclusões previstas no item 4 “Riscos Excluídos” das Condições Gerais, consideram-se também como Riscos Excluídos, ainda que resultando em quadro clínico de incapacidade permanente total por doença que inviabilize de forma irreversível o exercício da atividade laborativa principal do Segurado e/ou de suas funções autonômicas, os a seguir especificados:

- a) a 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 indireta, de lesão física e ou psíquica causada por Acidente Pessoal;**
- b) as Doenças agravadas por traumatismos;**
- c) as Doenças nas quais se documente alguma interação e ou intercorrência relacionadas a traumatismos e ou exposições a esforços físicos, repetitivos ou não, e ou a posturas viciosas;**
- d) toda e qualquer outra condição médica que não se enquadre nos critérios definidos no item dos Riscos cobertos.**

6. NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

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 Laborativa Permanente Total por Doença. A American Life reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

A presente cláusula adicional abrange os eventos descritos no item 4 “Riscos Cobertos”, ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

8. DATA DO SINISTRO

A data do evento da caracterização da invalidez laborativa permanente total por Doença será consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

8.1. Ocorrência do Sinistros

Para a Cobertura Adicional de Invalidez Laboral Permanente Total por Doença (ILPD), os documentos básicos necessários são:

- a) Aviso de Sinistro, integralmente preenchido e assinado pelo médico-assistente e pelo Segurado, este deverá comunicar a American Life suas condições de saúde, retratando o Quadro Clínico Incapacitante, sendo que: - do Aviso de Sinistro deve constar Declaração Médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (data do sinistro); - da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do alcance de um estágio de Doença que se configure em quadro clínico incapacitante definido na Cláusula Adicional De Cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total Por Doença - ILPD;
- b) Cópia simples do RG, CPF e Comprovante de Endereço de Residência do Segurado;
- c) Relatório do médico-assistente do Segurado: - indicando o início da Doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada, detalhando o Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado;
- d) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da Doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;
- e) O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a American Life julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

8.2. Junta Médica

No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, a American Life proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação do Segurado, a constituição de junta médica. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela American Life, outro pelo Segurado e um terceiro, desempataador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado. Os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela American Life. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

8.3. Despesas de Comprovação

As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela American Life, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante. As providências que a American Life tomar, visando esclarecer as circunstâncias do Sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.

9. CAPITAL SEGURADO

9.1 Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.

9.2 Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

9.3 Para efeito de determinação do Capital Segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da invalidez indicada na declaração médica, conforme apresentado no item 8 “Data do Sinistro” destas Condições Especiais.

10. CANCELAMENTO DO SEGURO

10.1. Após o pagamento do Capital Segurado, o Segurado será automaticamente excluído da Apólice, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.

10.2. Esta cláusula poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas no item 16 – “Cessação da Cobertura e Cancelamento do Seguro”, das Condições Gerais do Seguro de Vida Individual.

11. INÍCIO E TÉRMINO DA GARANTIA

A garantia compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da apólice, ou em data posterior, prevista em Aditivo, quando esta cláusula não integrar as condições iniciais da Apólice e termina:

- a) Simultaneamente com o cancelamento da Apólice ou da presente cláusula Adicional, exceto para o Segurado que esteja em gozo do benefício concedido pela mesma;
- b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice;
- c) Com o pagamento do Capital Segurado na forma prevista no item 9 “Capital Segurado”, desta cláusula adicional.

12. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE - ILPTA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo o pagamento de uma Indenização ao próprio Segurado em caso de invalidez permanente total decorrente exclusivamente de acidente que o impeça de exercer sua atividade laborativa principal, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais condições contratuais.

1.2 Atividade laborativa principal é aquela através da qual o segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas condições contratuais.

1.3 Entende-se como a invalidez laborativa principal por acidente a incapacidade ocasionada em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação para o exercício pleno da atividade laborativa principal do segurado, que impeça de forma permanente de atuar na atividade principal de sua profissão.

1.4 A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica.

1.4.1 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que trata esta cobertura.

1.5 Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital contratado nesta cobertura.

1.6 A cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Acidente (ILPTA) será cancelada quando houver pagamento por Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD).

1.7 A indenização da cobertura de Morte por Acidente (MA) e a Invalidez Laborativa Permanente Total por Acidente – (ILPTA) não se acumulam.

1.7.1 Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Laborativa Permanente Total por Acidente – (ILPTA), verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte por acidente deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

1.8 Não podem configurar como Segurados para fins desta cobertura, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa.

1.9 Em caso de ocorrência de sinistro e pagamento de indenização por invalidez por

acidente, se o percentual previsto para a cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Acidente (ILPTA) for inferior a 100% da cobertura de Morte por Acidente (MA), o Seguro continuará vigorando somente com a cobertura de Morte por Acidente (MA), com o Capital Segurado deduzido do valor indenizado para Invalidez Laborativa Permanente Total por Acidente (ILPTA), e as demais coberturas vigentes.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 Além dos Riscos Excluídos apresentados no item 4 – “Riscos Excluídos” das Condições Gerais, consideram-se também como excluídos, a invalidez em consequência:

- a) Quaisquer doenças desencadeadas ou agravadas pelo acidente, bem como as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
- b) Lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como Lesões por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-Musculares relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico–científica, bem como suas consequências póstratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**
- c) Denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, acidente vascular cerebral ou outros);**
- d) Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico em decorrência de acidente coberto;**
- e) Viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas ou sequestradas;**
- f) Perda de dentes e os danos estéticos;**
- g) Exame clínico, cirúrgico ou medicamentoso não exigido diretamente pelo acidente;**
- h) Qualquer perda, redução, impotência permanente total de um membro ou órgão cuja lesão e/ou quando o acidente tiver ocorrido em datas anteriores à data da contratação do seguro;**
- i) Prática de esporte(s) de alpinismo, asa delta, balonismo, ciclismo, lutas, mergulho, para quedismo, piloto de prova/competição (terrestre/ aéreo e marítimo), rafting, ultra-leve e vôo livre.**

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1 O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao segurado em caso de sinistro coberto.

3.2 Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente que ocasionou a Invalidez Laboral Total e Permanente.

3.3 Reconhecida a Invalidez Laborativa Permanente e Total por Acidente pela Seguradora, o Capital Segurado será pago de uma só vez.

4. JUNTA MÉDICA

4.1 A Seguradora se reserva no direito de solicitar a realização de perícia médica ou análise do diagnóstico, por uma junta médica em caso de discordância com o parecer médico apresentado pelo segurado.

4.1.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora proporá ao mesmo, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

4.2 A junta médica de que trata esta cláusula será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

4.3 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

5. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

Ratificam-se os termos da Cláusula 15 – “Procedimentos em Caso de Sinistro” das Condições Gerais deste seguro e acrescentam-se os documentos básicos a seguir:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Declaração Médica indicando a data da Invalidez Laboral Permanente e Total por acidente (data do sinistro), detalhando as causas do evento, data, tratamento realizado e grau de invalidez;
- c) Exames e radiografias;
- d) Documentos de identificação do segurado e comprovante de endereço;
- e) Cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a invalidez;
- f) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;

- g) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- i) Cópia do boletim de pronto atendimento hospitalar;
- j) Cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;
- k) Cópia do comprovante de pagamento do mês anterior a ocorrência e o mês de ocorrência do sinistro;
- l) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado

6. CANCELAMENTO DO SEGURO

6.1 Após o pagamento do Capital Segurado, o Segurado será automaticamente excluído da Apólice, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica, salvo, disposições contrárias e expressamente acordado nas condições do Seguro.

6.1.1 No caso de o Segurado não ser excluído da Apólice, poderá permanecer no seguro, neste caso permanecendo excluída qualquer cobertura decorrente de Invalidez Laboral.

7. INÍCIO E TÉRMINO DA COBERTURA

7.1 A cobertura compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência do seguro, ou em data posterior, quando sua inclusão se der após a adesão do seguro, conforme especificado na apólice, ou ainda em data posterior, quando a presente cobertura não integrar as condições iniciais da apólice e termina:

- a) simultaneamente com o cancelamento da Apólice ou da presente Cobertura Adicional;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice;
- c) com a perda de vínculo com o estipulante;
- d) com o pagamento da importância segurada garantida pela presente cláusula, observado as disposições da presente cobertura.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE - DMHO

CLÁUSULA 1 - RISCOS COBERTOS

1.1. Se ratificada na apólice, esta cobertura garante o reembolso das despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, exclusivamente decorrentes de acidente pessoal coberto, ocorridos durante a vigência do risco individual, respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.

1.2. Consideram-se despesas médicas, hospitalares e odontológicas aquelas efetuadas pelo Segurado, para seu tratamento sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente. Estão cobertas as despesas médicas e dentárias, bem como diárias hospitalares incorridas a critério médico e necessárias para o restabelecimento do Segurado, observados os critérios a seguir:

- a) Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.
- b) Desde que preservada a livre escolha, a Seguradora pode estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, para facilitar a prestação da assistência ao Segurado.

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além das exclusões descritos no item 4 “Riscos Excluídos” das Condições Gerais deste seguro, não estão abrangidas por esta cobertura as despesas decorrentes de:

- a) **Aquisição, instalação ou manutenção de aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;**
- b) **Prática pelo Segurado, mesmo que por indicação médica para auxiliar na recuperação de lesões decorrentes de acidente, de fisioterapia, natação, ginástica, musculação, hidroginástica, hidroterapia, RPG (Reeducação Postural Global), Hofling e Terapia Ocupacional;**
- c) **Utilização de aparelhos tensores ou estabilizadores de material sintético;**
- d) **Danos estéticos;**
- e) **Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;**
- f) **Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que não sejam legalmente habilitados.**

CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O Capital Segurado Individual, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao Beneficiário em caso de sinistro coberto.
- 3.2. Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente que deu origem ao sinistro.
- 3.3. A reintegração do capital é automática após cada acidente, até o valor indenizado, não havendo a reintegração para danos causados em virtude do mesmo evento.

CLÁUSULA 4 – BENEFICIÁRIO

- 4.1. O beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.

CLÁUSULA 5 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

- 5.1. Em complemento ao item 15 – “Procedimentos em caso de Sinistros” das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, em vias originais ou cópias autenticadas, os seguintes documentos de identificação do Segurado sinistrado e despesas realizadas:
 - a) Documentos do Segurado: Carteira de identidade ou equivalente, CPF (ou outro documento que indique seu número) e comprovante de residência (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
 - b) Número de telefone para contato;
 - c) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
 - d) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
 - e) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
 - f) Relatório do médico responsável, datado e assinado e com a indicação do CRM, atestando as características das lesões sofridas e exames médicos que estejam relacionados com as lesões/sequelas;
 - g) Comprovantes originais das despesas médicas, hospitalares e odontológicas.

CLÁUSULA 6 - CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

- 6.1. A indenização relativa a qualquer sinistro amparado por esta cobertura não poderá exceder o valor total das despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado em consequência do respectivo evento coberto.

- 6.2. Na ocorrência de sinistro contemplado por coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos, em apólices distintas, a distribuição de responsabilidade entre as Seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:
- 6.2.1. Será calculada a indenização individual de cada cobertura como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do Segurado e limite máximo de indenização da cobertura;
- 6.2.2. Será definida a soma das indenizações individuais das coberturas concorrentes de diferentes apólices, relativas aos prejuízos comuns, de acordo com o item 6.2.1 desta cláusula.
- 6.2.3. Se a quantia a que se refere o item 6.2.2 desta cláusula for igual ou inferior ao prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada Seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual, assumindo o beneficiário a responsabilidade pela diferença, se houver.
- 6.2.4. Se a quantia estabelecida no item 6.2.2 for maior que o prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada Seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual e a soma a que se refere aquele item.

CLÁUSULA 7 – RATIFICAÇÃO

- 7.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER – FEMININO - DCF

1 OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura, em caso de diagnóstico médico definitivo confirmado pela evidência histológica de malignidade por oncologista ou patologista, ocorrida e diagnosticada durante a vigência do Seguro e após o período de carência, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e da Proposta de Contratação.

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

1.1.1. Câncer é a doença caracterizada pela presença de um tumor maligno (crescimento descontrolado de células malignas com disseminação e invasão dos tecidos).

1.2. Riscos Cobertos: Câncer Primário de Útero, Ovário, Mama e Trompa.

1.2.1. Câncer primário é aquele que teve sua origem no próprio órgão.

1.3. O pagamento de qualquer Indenização decorrente da cobertura de Diagnóstico de Câncer significa o cancelamento imediato desta cobertura, não havendo reintegração do Capital Segurado ou renovação da cobertura.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos definidos no item 4 “Riscos Excluídos” das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura de Diagnóstico de Câncer Feminino os eventos decorrentes de:

- a) Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
- b) Todos os cânceres não invasivos (in situ) das mamas;
- c) Carcinoma micro-invasivo do útero ou do colo do útero;
- d) Qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana;
- e) Câncer existente antes do início de vigência da cobertura individual e que não tenha sido declarado na Proposta de Contratação;
- f) Qualquer neoplasia benigna.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do diagnóstico da doença confirmado por exames.

4. CARÊNCIA

4.1. A cobertura de Diagnóstico de Câncer Feminino estará sujeita ao período de carência de 90 (noventa) dias, a partir da data de início de vigência da cobertura.

4.2. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

5. FRANQUIA

A cobertura de Diagnóstico de Câncer Feminino estará sujeita ao período de franquias de 30 (trinta) dias, caracterizado pelo período de sobrevivência entre a data do diagnóstico da doença e a data para indenização do seguro.

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15 “Procedimentos em caso de Sinistro” das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

6.1.1. No caso da cobertura de Diagnóstico de Câncer prevista nestas Condições Especiais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

I. Cópia Simples

- a) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado e do beneficiário;
- b) Exames complementares comprovando os diagnósticos e prontuário médico em caso de internações hospitalares;
- c) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

II. Documento Original

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

7. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DIAGNÓSTICO DE CÂNCER – MASCULINO - DCM

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura, em caso de diagnóstico médico definitivo confirmado pela evidência histológica de malignidade por oncologista ou patologista, ocorrida e diagnosticada durante a vigência do Seguro e após o período de carência, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e da Proposta de Contratação.

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

1.1.1. Câncer é a doença caracterizada pela presença de um tumor maligno (crescimento descontrolado de células malignas com disseminação e invasão dos tecidos).

1.2. Riscos Cobertos: Câncer Primário de Próstata e Testículo.

1.2.1. Câncer primário é aquele que teve sua origem no próprio órgão.

1.3. O pagamento de qualquer Indenização decorrente da cobertura de Diagnóstico de Câncer significa o cancelamento imediato desta cobertura, não havendo reintegração do Capital Segurado ou renovação da cobertura.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos definidos no item 4 “Riscos Excluídos” das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura de Diagnóstico de Câncer Masculino os eventos decorrentes de:

- a) Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
- b) Todos os cânceres não invasivos (in situ);
- c) Câncer existente antes do início de vigência da cobertura individual e que não tenha sido declarado na Proposta de Contratação.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do diagnóstico da doença confirmado por exames.

4. CARÊNCIA

4.1. A cobertura Diagnóstico de Câncer Masculino estará sujeita ao período de carência de 90 (noventa) dias, a partir da data de início de vigência da cobertura.

4.2. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

5. FRANQUIA

A cobertura de Diagnóstico de Câncer Masculino estará sujeita ao período de franquia de 30 (trinta) dias, caracterizado pelo período de sobrevivência entre a data do diagnóstico da doença e a data para indenização do seguro.

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15 “Procedimentos em caso de Sinistro” das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

6.1.1 No caso da cobertura de Diagnóstico de Câncer prevista nestas Condições Especiais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

I. Cópia Simples

- a) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado e do beneficiário;
- b) Exames complementares comprovando os diagnósticos e prontuário médico em caso de internações hospitalares;
- c) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

II. Documento Original

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

7. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DIAGNÓSTICO DE CÂNCER INFANTIL - DCI

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura, em caso de diagnóstico médico definitivo confirmado pela evidência histológica de malignidade por oncologista ou patologista, ocorrida e diagnosticada durante a vigência do Seguro e após o período de carência, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e da Proposta de Contratação.

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

Definições:

1.1.1. Câncer é a 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 exame histológico conclusivo. A doença também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a Doença de Hodgkin.

1.1.2. Segurado: indivíduo com idade entre 1 e 19 anos sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

1.2. Riscos Cobertos:

1.2.1 Este seguro garante o pagamento do capital segurado contratado, em decorrência de diagnóstico de câncer do segurado com laudo anatomo-patológico da biopsia, desde que esse ocorra durante a vigência do seguro, porém após o período de carência. **Para os menores de 14 anos o seguro garante o reembolso das despesas efetuadas com o tratamento coberto limitado ao capital segurado contratado.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos definidos no item 4 “Riscos Excluídos” das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura de Diagnóstico de Câncer Infantil os eventos decorrentes de:

- a) câncer de pele, exceto a melanoma maligno com grau de invasão igual ou superior a 1,5 mm segundo a classificação de Breslow;
- b) sarcoma de Kaposi e outros tumores relativos à AIDS;
- c) leucemia crônica;
- d) câncer que através de exame histológico tenha classificação igual a T1;
- e) carcinoma não invasivo (carcinoma “in situ”) e qualquer grau de neoplasia intraepitelial cervical (NIC);
- f) tumores ou lesões descritas como pré-malignas;
- g) qualquer tipo de câncer diagnosticado antes do início de vigência da apólice e cuja recidiva ou invasão ocorreu nos 30 (trinta) dias após o início de vigência.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do diagnóstico da doença confirmado por exames.

3.3.1 O diagnóstico deverá ser comprovado por laudo emitido por médico especialista e emitido pela primeira vez após a data de início de vigência do seguro

4. CARÊNCIA

4.1. A cobertura Diagnóstico de Câncer Infantil estará sujeita ao período de carência de 90 (noventa) dias, a partir da data de início de vigência da cobertura.

4.2. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

5. FRANQUIA

A cobertura de Diagnóstico de Câncer Infantil estará sujeita ao período de franquia de 30 (trinta) dias, caracterizado pelo período de sobrevivência entre a data do diagnóstico da doença e a data para indenização do seguro.

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao segurado ou ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15 “Procedimentos em caso de Sinistro” das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

6.1.1 No caso da cobertura de Diagnóstico de Câncer Infantil prevista nestas Condições Especiais, o Beneficiário será de acordo com o estabelecido no item 7 destas Condições Especiais.

III. Cópia Simples

- Comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos);
- Laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em oncologia;
- Laudo de exames citológicos e histológicos conclusivo (apropriados para cada caso);
- Cópia do RG/RNE e CPF do pai ou responsável legal;
- Comprovante de residência do pai ou responsável legal;
- Documento de identidade do segurado;
- Comprovante de residência do segurado;
- Formulário de autorização para crédito da indenização em conta corrente, quando for o caso; e

- Comprovante das despesas efetuadas com o tratamento coberto para os menores de 14 anos.

IV. Documento Original

- b) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

7. BENEFICIÁRIO

Nesta cobertura o beneficiário será o pai/mãe ou responsável legal do segurado de idade até 16 anos ou o próprio segurado se contar com mais de 16 anos.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – OPÇÃO 1 – DG-I

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura, em caso de diagnóstico comprovado por Médico Habilitado e exames complementares, de uma das doenças cobertas contratadas para fins deste Seguro, ocorrida e diagnosticada durante a vigência do Seguro e após o período de carência, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e da Proposta de Contratação.

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

1.2. Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada ou cirurgia realizada, desde que comunicados à Seguradora, não havendo, em hipótese alguma acumulação de indenizações, tanto para situações de correlação entre elas ou se originadas do mesmo evento.

1.3. Estão cobertas, única e exclusivamente, as doenças abaixo relacionadas e caracterizadas, sendo necessário que os seus diagnósticos sigam os critérios estabelecidos na literatura médica mundial e aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

1.3.1. DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

1.3.1.1. Conceito: Diagnóstico definitivo confirmado pela evidência histológica de malignidade por oncologista ou patologista. Câncer é a doença caracterizada pela presença de um tumor maligno (crescimento descontrolado de células malignas com disseminação e invasão dos tecidos).

1.3.1.2. Riscos Cobertos:

1.3.1.2.1. Câncer Primário de Útero, Ovário, Mama e Trompa devidamente caracterizado no conceito dessa cobertura.

1.3.1.2.2. Câncer Primário de Próstata e Testículo devidamente caracterizado no conceito dessa cobertura.

1.3.1.2.3. Outros Linfomas, Sarcomas, Leucemias e demais neoplasias malignas de caráter invasivo, desde que necessitem de tratamento com quimioterapia, radioterapia ou tratamentos paliativos.

1.3.1.3. Riscos Excluídos:

- a) Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;**
- b) Todos os cânceres não invasivos (in situ);**
- c) Qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana;**

- d) Câncer existente antes do início de vigência da cobertura individual;
- e) Qualquer neoplasia benigna;
- f) Carcinoma microinvasivo da mama;
- g) Carcinoma microinvasivo do útero e do colo uterino;
- h) Câncer de Pele (exceto o Melanoma).

1.3.2. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

1.3.2.1. Conceito: Isquemia cerebral (diminuição do fluxo sanguíneo em áreas do cérebro) e/ou hemorragia no cérebro (rompimento de vasos sanguíneos).

1.3.2.2. Risco Coberto: Acidente vascular cerebral que produza alteração da função motora e sensitiva dos membros, perceptiva e da linguagem, comprovada após seis meses da data do diagnóstico.

1.3.2.3. Riscos Excluídos:

Ataques isquêmicos transitórios; alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral isquêmico e/ou hemorrágico e lesão cerebral resultante de trauma; não estão cobertos ainda os derrames decorrentes de doenças preexistentes à contratação do seguro.

1.3.3. INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

1.3.3.1. Conceito: Necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco em consequência de um fluxo sanguíneo inadequado, diagnosticado por cardiologista e comprovado por meio de exames complementares.

1.3.3.2. Risco Coberto: O Infarto Agudo do Miocárdio, desde que haja tratamento com angioplastia ou revascularização do miocárdio.

1.3.4. TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

1.3.4.1. Conceito: É a transferência do órgão de um indivíduo doador para implantá-lo no segurado receptor.

1.3.4.2. Riscos Cobertos: Os transplantes de coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor). A caracterização da cobertura será mediante a indicação de transplante feita por médico especialista na doença em questão.

1.3.4.3. Riscos Excluídos:

Qualquer autotransplante e demais órgãos ou células, além dos riscos cobertos citados no subitem 1.3.4.2.

1.4. O Capital Segurado da cobertura de doenças graves somente será devido se o Segurado se encontrar em vida após 30 (trinta) dias contados a partir da data do diagnóstico da doença

ou da data em que o Segurado for submetido à cirurgia coberta, e desde que a doença de origem da cobertura tenha ocorrido e sido diagnosticada no período de vigência da apólice, após cumprido o período de Carência do seguro.

1.5. O pagamento de qualquer Indenização decorrente da cobertura de Doenças Graves significa o cancelamento imediato desta cobertura, não havendo reintegração do Capital Segurado ou renovação da cobertura.

2. CAPITAIS SEGURADOS

2.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.

2.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

2.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do diagnóstico da doença confirmado por exames.

3. CARÊNCIA

A cobertura de Doenças Graves estará sujeita ao período de carência de 90 (noventa) dias, a partir da data de início de vigência da cobertura.

4. FRANQUIA

A cobertura de Doenças Graves estará sujeita ao período de franquia de 30 (trinta) dias, caracterizado pelo período de sobrevivência entre a data do diagnóstico da doença e a data para indenização do seguro.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15 “Procedimentos em caso de Sinistro” das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

5.1.1. No caso da cobertura de Doenças Graves prevista nestas Condições Especiais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

I. Cópia Simples

- a) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado e do beneficiário;
- b) Exames complementares comprovando os diagnósticos e o prontuário médico em caso de internações hospitalares;
- c) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

II. Documento Original

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

6. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – OPÇÃO 2 – DG-II

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura, em caso de diagnóstico comprovado por Médico Habilitado e exames complementares, de uma das doenças cobertas contratada para fins deste Seguro, ocorrida e diagnosticada durante a vigência do Seguro e após o período de carência, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e da Proposta de Contratação.

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

1.2. Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada ou cirurgia realizada, desde que comunicados à Seguradora, não havendo, em hipótese alguma acumulação de indenizações, tanto para situações de correlação entre elas ou se originadas do mesmo evento.

1.3. Estão cobertas, única e exclusivamente, as doenças abaixo relacionadas e caracterizadas, sendo necessário que os seus diagnósticos sigam os critérios estabelecidos na literatura médica mundial e aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

1.3.1. DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

1.3.1.1. Conceito: Diagnóstico definitivo confirmado pela evidência histológica de malignidade por oncologista ou patologista. Câncer é a doença caracterizada pela presença de um tumor maligno (crescimento descontrolado de células malignas com disseminação e invasão dos tecidos).

1.3.1.2. Riscos Cobertos:

1.3.1.2.1. Câncer Primário de Útero, Ovário, Mama e Trompa devidamente caracterizado no conceito dessa cobertura.

1.3.1.2.2. Câncer Primário de Próstata e Testículo devidamente caracterizado no conceito dessa cobertura.

1.3.1.2.3. Outros Linfomas, Sarcomas, Leucemias e demais neoplasias malignas de caráter invasivo, desde que necessitem de tratamento com quimioterapia, radioterapia ou tratamentos paliativos.

1.3.1.3. Riscos Excluídos:

- a) Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;**
- b) Todos os cânceres não invasivos (in situ);**
- c) Qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana;**
- d) Câncer existente antes do início de vigência da cobertura individual;**

- e) Qualquer neoplasia benigna;
- f) Carcinoma microinvasivo da mama;
- g) Carcinoma microinvasivo do útero e do colo uterino;
- h) Câncer de Pele (exceto o Melanoma).

1.3.2. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

1.3.2.1. Conceito: Isquemia cerebral (diminuição do fluxo sanguíneo em áreas do cérebro) e/ou hemorragia no cérebro (rompimento de vasos sanguíneos).

1.3.2.2. Risco Coberto: Acidente vascular cerebral que produza alteração da função motora e sensitiva dos membros, perceptiva e da linguagem, comprovada após seis meses da data do diagnóstico.

1.3.2.3. Riscos Excluídos:

Ataques isquêmicos transitórios; alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral isquêmico e/ou hemorrágico e lesão cerebral resultante de trauma; não estão cobertos ainda os derrames decorrentes de doenças preexistentes à contratação do seguro

1.3.3. INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

1.3.3.1. Conceito: Necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco em consequência de um fluxo sanguíneo inadequado, diagnosticado por cardiologista e comprovado por meio de exames complementares.

1.3.3.2. Risco Coberto: O Infarto Agudo do Miocárdio, desde que haja tratamento com angioplastia ou revascularização do miocárdio.

1.3.4. TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

1.3.4.1. Conceito: É a transferência do órgão de um indivíduo doador para implantá-lo no segurado receptor.

1.3.4.2. Riscos Cobertos: Os transplantes de coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor). A caracterização da cobertura será mediante a indicação de transplante feita por médico especialista na doença em questão.

1.3.4.3. Riscos Excluídos:

Qualquer autotransplante e demais órgãos ou células, além dos riscos cobertos citados no subitem 1.3.4.2.

1.3.5. ALZHEIMER

1.3.5.1. Conceito: Doença neurológica caracterizada por ser progressiva e levar à perda das funções cognitivas cerebrais (demência).

1.3.5.2. Riscos Cobertos: Os quadros demenciais devidamente comprovados por meio de laudo emitido por médico especialista.

1.3.6. INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

1.3.6.1. Conceito: estágio final da doença renal, caracterizada pela perda funcional de ambos os rins, que necessita de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.

1.3.6.2. Riscos Cobertos: As doenças renais tratadas com diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.

1.3.6.3. Riscos Excluídos:

Doenças renais que não necessitem de tratamento com diálise ou hemodiálise.

1.3.7. DIAGNÓSTICO DE SURDEZ TOTAL

1.3.7.1. Conceito: É a perda total e irreversível da audição em ambos os ouvidos.

1.3.7.2. Risco Coberto: Diagnóstico de surdez total devidamente comprovado com exames específicos e laudos médicos complementares.

1.3.7.3. Riscos Excluídos:

Surdez pré-existente à contratação do seguro.

1.3.8. CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA COM IMPLANTE DE PONTE(S) VASCULAR(ES) NAS ARTÉRIAS CORONARIANAS (BYPASS)

1.3.8.1. Conceito: Realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias que estão estenosadas ou ocluídas, com o implante de ponte(s) (Bypass) arterial(is) ou venosa(s) na(s) artéria(s) coronária(s).

1.3.8.2. Riscos Cobertos: As cirurgias tratadas com toracotomia.

1.3.8.3. Riscos Excluídos:

Angioplastias, outros procedimentos intra-arteriais e cirurgia por toracotomia mínima.

1.3.9. DIAGNÓSTICO DE CEGUEIRA LEGAL

1.3.9.1. Conceito: ocorrência de cegueira legal decorrente de acidente ou doença. Considera-se como cegueira legal para esta cobertura a acuidade visual igual ou inferior a 20/200 no melhor olho com a melhor correção, e/ou campo visual igual ou inferior a 20 graus

no melhor olho.

1.3.9.2. Riscos Cobertos: Diagnóstico de Cegueira devidamente comprovado com exames específicos e laudos médicos complementares.

1.4. O Capital Segurado da cobertura de doenças graves somente será devido se o Segurado se encontrar em vida após 30 (trinta) dias contados a partir da data do diagnóstico da doença ou da data em que o Segurado for submetido à cirurgia coberta, e desde que a doença de origem da cobertura tenha ocorrido e sido diagnosticada no período de vigência da apólice, após cumprido o período de Carência do seguro.

1.5. O pagamento de qualquer Indenização decorrente da cobertura de Doenças Graves significa o cancelamento imediato desta cobertura, não havendo reintegração do Capital Segurado ou renovação da cobertura.

2. CAPITAIS SEGURADOS

2.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.

2.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

2.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do diagnóstico da doença confirmado por exames.

3. CARÊNCIA

A cobertura de Doenças Graves estará sujeita ao período de carência de 90 (noventa) dias, a partir da data de início de vigência da cobertura.

4. FRANQUIA

A cobertura de Doenças Graves estará sujeita ao período de franquia de 30 (trinta) dias, caracterizado período de sobrevivência entre a data do diagnóstico da doença e a data para indenização do seguro.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15 “Procedimentos em caso de Sinistro” das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

5.1.1. No caso da cobertura de Doenças Graves prevista nestas Condições Especiais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

I. Cópia Simples

a) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do

Segurado e do beneficiário;

- b) Exames complementares comprovando os diagnósticos e o prontuário médico em caso de internações hospitalares;
- c) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

II. Documento Original

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

6. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – OPÇÃO 3 – DG-III

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura, em caso de diagnóstico comprovado por Médico Habilitado e exames complementares, de uma das doenças cobertas contratada(s) para fins deste Seguro, ocorrida e diagnosticada durante a vigência do Seguro e após o período de carência, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e da Proposta de Contratação.

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

1.2. Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada ou cirurgia realizada, desde que comunicados à Seguradora, não havendo, em hipótese alguma acumulação de indenizações, tanto para situações de correlação entre elas ou se originadas do mesmo evento.

1.3. Estão cobertas, única e exclusivamente, as doenças abaixo relacionadas e caracterizadas, sendo necessário que os seus diagnósticos sigam os critérios estabelecidos na literatura médica mundial e aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

1.3.1. DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

1.3.1.1. Conceito: Diagnóstico definitivo confirmado pela evidência histológica de malignidade por oncologista ou patologista. Câncer é a doença caracterizada pela presença de um tumor maligno (crescimento descontrolado de células malignas com disseminação e invasão dos tecidos).

1.3.1.2. Riscos Cobertos:

1.3.1.2.1. Câncer Primário de Útero, Ovário, Mama e Trompa devidamente caracterizado no conceito dessa cobertura.

1.3.1.2.2. Câncer Primário de Próstata e Testículo devidamente caracterizado no conceito dessa cobertura.

1.3.1.2.3. Outros Linfomas, Sarcomas, Leucemias e demais neoplasias malignas de caráter invasivo, desde que necessitem de tratamento com quimioterapia, radioterapia ou tratamentos paliativos.

1.3.1.3. Riscos Excluídos:

- a) Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;**
- b) Todos os cânceres não invasivos (in situ);**
- c) Qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana;**

- d) Câncer existente antes do início de vigência da cobertura individual; e) Qualquer neoplasia benigna;
- e) Carcinoma microinvasivo da mama;
- f) Carcinoma microinvasivo do útero e do colo uterino;
- g) Câncer de Pele (exceto o Melanoma).

1.3.2. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

1.3.2.1. Conceito: Isquemia cerebral (diminuição do fluxo sanguíneo em áreas do cérebro) e/ou hemorragia no cérebro (rompimento de vasos sanguíneos).

1.3.2.2. Risco Coberto: Acidente vascular cerebral que produza alteração da função motora e sensitiva dos membros, perceptiva e da linguagem, comprovada após seis meses da data do diagnóstico.

1.3.2.3. Riscos Excluídos:

Ataques isquêmicos transitórios; alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral isquêmico e/ou hemorrágico e lesão cerebral resultante de trauma; não estão cobertos ainda os derrames decorrentes de doenças preexistentes à contratação do seguro.

1.3.3. INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

1.3.3.1. Conceito: Necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco em consequência de um fluxo sanguíneo inadequado, diagnosticado por cardiologista e comprovado por meio de exames complementares.

1.3.3.2. Risco Coberto: O Infarto Agudo do Miocárdio, desde que haja tratamento com angioplastia ou revascularização do miocárdio.

1.3.4. TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

1.3.4.1. Conceito: É a transferência do órgão de um indivíduo doador para implantá-lo no Segurado receptor.

1.3.4.2. Riscos Cobertos: Os transplantes de coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor). A caracterização da cobertura será mediante a indicação de transplante feita por médico especialista na doença em questão.

1.3.4.3. Riscos Excluídos:

Qualquer autotransplante e demais órgãos ou células, além dos riscos cobertos citados no subitem 1.3.4.2.

1.3.5. ALZHEIMER

1.3.5.1. Conceito: Doença neurológica caracterizada por ser progressiva e levar à perda das funções cognitivas cerebrais (demência).

1.3.5.2. Riscos Cobertos: Os quadros demenciais devidamente comprovados por meio de laudo emitido por médico especialista.

1.3.6. INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

1.3.6.1. Conceito: É estágio final da doença renal, caracterizada pela perda funcional de ambos os rins.

1.3.6.2. Riscos Cobertos: As doenças renais tratadas com diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.

1.3.6.3. Riscos Excluídos:

Doenças renais que não necessitem de tratamento com diálise ou hemodiálise.

1.3.7. DIAGNÓSTICO DE SURDEZ TOTAL

1.3.7.1. Conceito: É a perda total e irreversível da audição em ambos os ouvidos.

1.3.7.2. Risco Coberto: Diagnóstico de surdez total devidamente comprovado com exames específicos e laudos médicos complementares.

1.3.8. CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA COM IMPLANTE DE PONTE(S) VASCULAR(ES) NAS ARTÉRIAS CORONARIANAS (BYPASS)

1.3.8.1. Conceito: É a realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias que estão estenosadas ou ocluídas, com o implante de ponte(s) (Bypass) arterial(is) ou venosa(s) na(s) artéria(s) coronária(s).

1.3.8.2. Riscos Cobertos: As cirurgias tratadas com toracotomia.

1.3.8.3. Riscos Excluídos:

Angioplastias, outros procedimentos intra-arteriais e cirurgia por toracotomia mínima.

1.3.9. DIAGNÓSTICO DE CEGUEIRA LEGAL

1.3.9.1. Conceito: É a ocorrência de cegueira legal decorrente de acidente ou doença. Considera-se como cegueira legal para esta cobertura a acuidade visual igual ou inferior a 20/200 no melhor olho com a melhor correção, e/ou campo visual igual ou inferior a 20 graus no melhor olho.

1.3.9.2. Riscos Cobertos: Diagnóstico de Cegueira devidamente comprovado com exames específicos e laudos médicos complementares.

1.3.10. EMBOLIA PULMONAR OU TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)

1.3.10.1. Conceito: É o bloqueio da artéria pulmonar ou de um de seus ramos. Geralmente, ocorre quando um coágulo de sangue (trombo ou êmbolo) se desloca de seu local de formação e interrompe o fornecimento sanguíneo arterial dos pulmões.

1.3.10.2. Risco Coberto: Embolia pulmonar ou tromboembolismo pulmonar quando houver redução permanente e moderada da função respiratória comprovada com exames específicos.

1.3.10.3. Riscos Excluídos:

Eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a embolia pulmonar ocorrida dentro da vigência da Apólice em decorrência pré-existente.

1.3.11. ESCLEROSE MÚLTIPLA

1.3.11.1. Conceito: Doença que acomete o sistema nervoso central, lenta e progressivamente e que promove uma destruição da bainha de mielina que recobre e isola as fibras nervosas.

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. O Segurado deve apresentar anomalias neurológicas por um período contínuo de, pelo menos, 6 (seis) meses.

1.3.11.2. Risco Coberto: Esclerose múltipla devidamente comprovada com exames específicos e laudos médicos complementares.

1.3.11.3. Riscos Excluídos:

Doença na fase inicial ou que estejam em remissão (sem sintomas).

1.3.12. PARALISIA DE MEMBROS

1.3.12.1. Conceito: Perda total e irreversível da função motora muscular e sensitiva do conjunto de dois ou mais membros (hemiplegia, paraplegia, triplegia, tetraplegia), como resultado de acidente ou doença.

1.3.12.2. Risco Coberto: Paralisia de membros devidamente comprovada com exames específicos e laudos médicos complementares.

1.3.12.3. Riscos Excluídos:

Eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a perda parcial das funções motoras e sensitivas (paresias).

1.3.13. DOENÇA DE PARKINSON

1.3.13.1. Conceito: Doença degenerativa do sistema nervoso central, lenta e progressiva, caracterizada pela perda de neurônios em uma região específica do cérebro, que produz a diminuição de dopamina, alterando os movimentos chamados extrapiramidais (não voluntários).

1.3.13.2. Risco Coberto: Doença de Parkinson devidamente comprovada com exames específicos e laudos médicos complementares, sendo diagnosticadas alterações motoras, sintomas de rigidez e tremores em caráter permanente em pelo menos dois membros.

1.3.13.3. Riscos Excluídos:

Fase inicial da Doença de Parkinson.

1.4. O Capital Segurado da cobertura de doenças graves somente será devido se o Segurado se encontrar em vida após 30 (trinta) dias contados a partir da data do diagnóstico da doença ou da data em que o Segurado for submetido à cirurgia coberta, e desde que a doença de origem da cobertura tenha ocorrido e sido diagnosticada no período de vigência da apólice, após cumprido o período de Carência do seguro.

1.5. 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.

2. CAPITAIS SEGURADOS

2.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.

2.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

2.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do diagnóstico da doença confirmado por exames.

3. CARÊNCIA

A cobertura de Doenças Graves estará sujeita ao período de carência de 90 (noventa) dias, a partir da data de início de vigência da cobertura.

4. FRANQUIA

A cobertura de Doenças Graves estará sujeita ao período de franquias de 30 (trinta) dias, caracterizado período de sobrevivência entre a data do diagnóstico da doença e a data para indenização do seguro.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15 “Procedimentos em caso de Sinistro” das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

5.1.1 No caso da cobertura de Doenças Graves prevista nestas Condições Especiais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

I. Cópia Simples

- a) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado e do beneficiário;
- b) Exames complementares comprovando os diagnósticos e o prontuário médico em caso de internações hospitalares;
- c) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

II. Documento Original

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

6. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – OPÇÃO 4 – DG-IV

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura, em caso de diagnóstico comprovado por Médico Habilitado e exames complementares, de uma das doenças cobertas contratada(s) para fins deste Seguro, ocorrida e diagnosticada durante a vigência do Seguro e após o período de carência, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e da Proposta de Contratação.

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

1.2. Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada ou cirurgia realizada, desde que comunicados à Seguradora, não havendo, em hipótese alguma acumulação de indenizações, tanto para situações de correlação entre elas ou se originadas do mesmo evento.

1.3. Estão cobertas, única e exclusivamente, as doenças abaixo relacionadas e caracterizadas, sendo necessário que os seus diagnósticos sigam os critérios estabelecidos na literatura médica mundial e aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

1.3.1. DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

1.3.1.1. Conceito: Diagnóstico definitivo confirmado pela evidência histológica de malignidade por oncologista ou patologista. Câncer é a doença caracterizada pela presença de um tumor maligno (crescimento descontrolado de células malignas com disseminação e invasão dos tecidos).

1.3.1.2. Riscos Cobertos:

1.3.1.2.1. Câncer Primário de Útero, Ovário, Mama e Trompa devidamente caracterizado no conceito dessa cobertura.

1.3.1.2.2. Câncer Primário de Próstata e Testículo devidamente caracterizado no conceito dessa cobertura.

1.3.1.2.3. Outros Linfomas, Sarcomas, Leucemias e demais neoplasias malignas de caráter invasivo, desde que necessitem de tratamento com quimioterapia, radioterapia ou tratamentos paliativos.

1.3.1.3. Riscos Excluídos:

- a) Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;**
- b) Todos os cânceres não invasivos (in situ);**
- c) Qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana;**

- d) Câncer existente antes do início de vigência da cobertura individual;
- e) Qualquer neoplasia benigna;
- f) Carcinoma microinvasivo da mama;
- g) Carcinoma microinvasivo do útero e do colo uterino;
- h) Câncer de Pele (exceto o Melanoma).

1.3.2. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

1.3.2.1. Conceito: Isquemia cerebral (diminuição do fluxo sanguíneo em áreas do cérebro) e/ou hemorragia no cérebro (rompimento de vasos sanguíneos).

1.3.2.2. Risco Coberto: Acidente vascular cerebral que produza alteração da função motora e sensitiva dos membros, perceptiva e da linguagem, comprovada após seis meses da data do diagnóstico.

1.3.2.3. Riscos Excluídos:

Ataques isquêmicos transitórios; alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral isquêmico e/ou hemorrágico e lesão cerebral resultante de trauma; não estão cobertos ainda os derrames decorrentes de doenças preexistentes à contratação do seguro.

1.3.3. INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

1.3.3.1. Conceito: Necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco em consequência de um fluxo sanguíneo inadequado, diagnosticado por cardiologista e comprovado por meio de exames complementares.

1.3.3.2. Risco Coberto: O Infarto Agudo do Miocárdio, desde que haja tratamento com angioplastia ou revascularização do miocárdio.

1.3.4. TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

1.3.4.1. Conceito: É a transferência do órgão de um indivíduo doador para implantá-lo no Segurado receptor.

1.3.4.2. Riscos Cobertos: Os transplantes de coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor). A caracterização da cobertura será mediante a indicação de transplante feita por médico especialista na doença em questão.

1.3.4.3. Riscos Excluídos:

Qualquer autotransplante e demais órgãos ou células, além dos riscos cobertos citados no subitem 1.3.4.2.

1.3.5. ALZHEIMER

1.3.5.1. Conceito: Doença neurológica caracterizada por ser progressiva e levar à perda das funções cognitivas cerebrais (demência).

1.3.5.2. Riscos Cobertos: Os quadros demenciais devidamente comprovados por meio de laudo emitido por médico especialista.

1.3.6. INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

1.3.6.1. Conceito: É estágio final da doença renal, caracterizada pela perda funcional de ambos os rins.

1.3.6.2. Riscos Cobertos: As doenças renais tratadas com diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.

1.3.6.3. Riscos Excluídos:

Doenças renais que não necessitem de tratamento com diálise ou hemodiálise.

1.3.7. DIAGNÓSTICO DE SURDEZ TOTAL

1.3.7.1. Conceito: É a perda total e irreversível da audição em ambos os ouvidos.

1.3.7.2. Risco Coberto: Diagnóstico de surdez total devidamente comprovado com exames específicos e laudos médicos complementares.

1.3.8. CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA COM IMPLANTE DE PONTE(S) VASCULAR(ES) NAS ARTÉRIAS CORONARIANAS (BYPASS)

1.3.8.1. Conceito: É a realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias que estão estenosadas ou ocluídas, com o implante de ponte(s) (Bypass) arterial(is) ou venosa(s) na(s) artéria(s) coronária(s).

1.3.8.2. Riscos Cobertos: As cirurgias tratadas com toracotomia.

1.3.8.3. Riscos Excluídos:

Angioplastias, outros procedimentos intra-arteriais e cirurgia por toracotomia mínima.

1.3.9. DIAGNÓSTICO DE CEGUEIRA LEGAL

1.3.9.1. Conceito: É a ocorrência de cegueira legal decorrente de acidente ou doença. Considera-se como cegueira legal para esta cobertura a acuidade visual igual ou inferior a 20/200 no melhor olho com a melhor correção, e/ou campo visual igual ou inferior a 20 graus no melhor olho.

1.3.9.2. Riscos Cobertos: Diagnóstico de Cegueira devidamente comprovado com exames específicos e laudos médicos complementares.

1.3.10. EMBOLIA PULMONAR OU TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)

1.3.10.1. Conceito: É o bloqueio da artéria pulmonar ou de um de seus ramos. Geralmente, ocorre quando um coágulo de sangue (trombo ou êmbolo) se desloca de seu local de formação e interrompe o fornecimento sanguíneo arterial dos pulmões.

1.3.10.2. Risco Coberto: Embolia pulmonar ou tromboembolismo pulmonar quando houver redução permanente e moderada da função respiratória comprovada com exames específicos.

1.3.10.3. Riscos Excluídos:

Eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a embolia pulmonar ocorrida dentro da vigência da Apólice em decorrência pré-existente.

1.3.11. ESCLEROSE MÚLTIPLA

1.3.11.1. Conceito: Doença que acomete o sistema nervoso central, lenta e progressivamente e que promove uma destruição da bainha de mielina que recobre e isola as fibras nervosas. 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. O Segurado deve apresentar anomalias neurológicas por um período contínuo de, pelo menos, 6 (seis) meses.

1.3.11.2. Risco Coberto: Esclerose múltipla devidamente comprovada com exames específicos e laudos médicos complementares.

1.3.11.3. Riscos Excluídos:

Doença na fase inicial ou que estejam em remissão (sem sintomas).

1.3.12. PARALISIA DE MEMBROS

1.3.12.1. Conceito: Perda total e irreversível da função motora muscular e sensitiva do conjunto de dois ou mais membros (hemiplegia, paraplegia, triplegia, tetraplegia), como resultado de acidente ou doença.

1.3.12.2. Risco Coberto: Paralisia de membros devidamente comprovada com exames específicos e laudos médicos complementares.

1.3.12.3. Riscos Excluídos:

Eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a perda parcial das funções motoras e sensitivas (paresias).

1.3.13. DOENÇA DE PARKINSON

1.3.13.1. Conceito: Doença degenerativa do sistema nervoso central, lenta e progressiva, caracterizada pela perda de neurônios em uma região específica do cérebro, que produz a diminuição de dopamina, alterando os movimentos chamados extrapiramidais (não voluntários).

1.3.13.2. Risco Coberto: Doença de Parkinson devidamente comprovada com exames específicos e laudos médicos complementares, sendo diagnosticadas alterações motoras, sintomas de rigidez e tremores em caráter permanente em pelo menos dois membros.

1.3.13.3. Riscos Excluídos:

Fase inicial da Doença de Parkinson.

1.3.14. ANEMIA APLÁSTICA

1.3.14.1. Conceito: Diagnóstico inequívoco de anemia aplástica confirmado por médico hematologista e evidenciado pela histologia que resulte em insuficiência grave da medula óssea, com anemia, neutropenia e trombocitopenia.

1.3.14.2. Riscos Cobertos: Doença diagnosticada e tratada com pelo menos um dos itens abaixo, além da necessidade do tratamento com transfusão de sangue:

- Medicamentos estimulantes da medula óssea;
- Imunossupressores;
- Transplante de medula óssea.

1.3.14.3. Riscos Excluídos: Outros tipos de anemia não enquadrados no conceito da cobertura.

1.3.15. DISTROFIA MUSCULAR

1.3.15.1. Conceito: grupo de doenças genéticas, que se caracterizam por uma degeneração progressiva do tecido muscular levando à perda dos movimentos. 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.

1.3.15.2. Riscos Cobertos: Diagnóstico de Distrofia Muscular comprovado com exames específicos e laudo emitido por médico especialista.

1.3.15.3. Riscos Excluídos: doença não confirmada por exame histológico.

1.3.16. ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA)

1.3.16.1. Conceito: A esclerose lateral amiotrófica (ELA) é uma doença neurológica do neurônio motor caracterizada pela progressiva degeneração irreversível dos neurônios motores superiores (NMS) e inferiores (NMI) levando à atrofia com fraqueza muscular progressiva culminando com insuficiência respiratória. A caracterização da cobertura se dará

mediante diagnóstico médico e laboratorial.

1.3.16.2. Riscos Cobertos: Diagnóstico de Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) comprovado com exames específicos e laudo emitido por médico especialista.

1.3.16.3. Riscos Excluídos: Não se aplica.

1.3.17. HANSENÍASE MULTIBACILAR / WIRCHOWIANA

1.3.17.1. Conceito: Doença infecciosa caracterizada pela presença de 6 ou mais lesões de pele com muitos bacilos. A hanseníase multibacilar se apresenta quando o paciente possui o sistema imune incapaz de controlar a proliferação da bactéria. Por isso, há amostras positivas para o bacilo de Hansen com várias lesões avermelhadas e aparecimento de nódulos que podem ser deformantes.

1.3.17.2. Riscos Cobertos: Doença comprovada por exames laboratoriais com a presença do bacilo de Hansen.

1.3.17.3. Riscos Excluídos: Não se aplica.

1.3.18. IMPLANTE DE MARCA PASSO DEFINITIVO

1.3.18.1. Conceito: Procedimento para colocação de dispositivo gerador de estímulo elétrico no coração quando ocorrer bradiarritmias, representadas pela disfunção do nódulo sinusal e bloqueios atrioventriculares.

1.3.18.2. Riscos Cobertos: Implante de marca-passo definitivo no coração em decorrência de problema contextualizado no conceito da cobertura.

1.3.18.3. Riscos Excluídos:

- a) Marcapasso cardíaco transitório;**
- b) Procedimentos de Implante de marcapasso cardíaco anteriores a contratação do seguro;**
- c) Cardioversor-desfibrilador implantável.**

1.3.19. PANCREATITE CRÔNICA

1.3.19.1. Conceito: Diagnóstico inequívoco de pancreatite crônica grave, devidamente comprovado com a ocorrência de todas as alterações funcionais do pâncreas indicadas abaixo, ocorridas por um período mínimo e contínuo de três meses.

- Insuficiência pancreática exócrina com perda de peso e esteatorreia;
- Insuficiência pancreática endócrina com diabetes pancreático;
- Necessidade de reposição oral de enzimas pancreáticas.

1.3.19.2. Riscos Cobertos: Diagnóstico inequívoco de pancreatite crônica grave realizado por médico gastroenterologista, observados os requisitos do conceito da cobertura, e

devidamente evidenciado por exames de imagem e laboratoriais (por exemplo: elastase fecal).

1.3.19.3. Riscos Excluídos:

- a) **Pancreatite crônica devido ao uso de álcool, drogas e/ou medicamentos ou doenças preexistentes não declaradas na contratação do seguro.**
- b) **Pancreatite aguda**

1.3.20. QUEIMADURAS GRAVES

1.3.20.1. Conceito: Queimaduras de terceiro grau, cobrindo ao menos 50% (cinquenta por cento) da área da superfície do corpo do Segurado, confirmado por um laudo médico de especialista ou socorrista do atendimento

1.3.20.2. Riscos Cobertos: Queimadura de terceiro ou quarto grau devidamente diagnosticado nos critérios do conceito da cobertura.

1.3.20.3. Riscos Excluídos: Queimaduras decorrente de autoagressão.

1.4. O Capital Segurado da cobertura de doenças graves somente será devido se o Segurado se encontrar em vivo após 30 (trinta) dias contados a partir da data do diagnóstico da doença ou da data em que o Segurado for submetido à cirurgia coberta, e desde que a doença de origem da cobertura tenha ocorrido e sido diagnosticada no período de vigência da apólice, após cumprido o período de Carência do seguro.

1.5. 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.

2. CAPITAIS SEGURADOS

2.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.

2.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

2.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do diagnóstico da doença confirmado por exames.

3. CARÊNCIA

A cobertura de Doenças Graves estará sujeita ao período de carência de 90 (noventa) dias, a partir da data de início de vigência da cobertura.

4. FRANQUIA

A cobertura de Doenças Graves estará sujeita ao período de franquia de 30 (trinta) dias, caracterizado período de sobrevivência entre a data do diagnóstico da doença e a data para indenização do seguro.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15. (Procedimentos em caso de Sinistro) das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

5.1.1. No caso da cobertura de Doenças Graves prevista nestas Condições Especiais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

I. Cópia Simples

- a) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado e do beneficiário;
- b) Exames complementares comprovando os diagnósticos e o prontuário médico em caso de internações hospitalares;
- c) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

II. Documento Original

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

6. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – OPÇÃO 5 – DG-V

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura, em caso de diagnóstico comprovado por Médico Habilitado e exames complementares, de uma das doenças cobertas contratada(s) para fins deste Seguro, ocorrida e diagnosticada durante a vigência do Seguro e após o período de carência, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e da Proposta de Contratação.

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

1.2. Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada ou cirurgia realizada, desde que comunicados à Seguradora, não havendo, em hipótese alguma acumulação de indenizações, tanto para situações de correlação entre elas ou se originadas do mesmo evento.

1.3. Estão cobertas, única e exclusivamente, as doenças abaixo relacionadas e caracterizadas, sendo necessário que os seus diagnósticos sigam os critérios estabelecidos na literatura médica mundial e aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

1.1.1. DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

1.1.1.1. Conceito: Diagnóstico definitivo confirmado pela evidência histológica de malignidade por oncologista ou patologista. Câncer é a doença caracterizada pela presença de um tumor maligno (crescimento descontrolado de células malignas com disseminação e invasão dos tecidos).

1.1.1.2. Riscos Cobertos:

1.1.1.2.1. Câncer Primário de Útero, Ovário, Mama e Trompa devidamente caracterizado no conceito dessa cobertura.

1.1.1.2.2. Câncer Primário de Próstata e Testículo devidamente caracterizado no conceito dessa cobertura.

1.1.1.2.3. Outros Linfomas, Sarcomas, Leucemias e demais neoplasias malignas de caráter invasivo, desde que necessitem de tratamento com quimioterapia, radioterapia ou tratamentos paliativos.

1.1.1.3. Riscos Excluídos:

- a) Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;**
- b) Todos os cânceres não invasivos (in situ);**
- c) Qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana;**
- d) Câncer existente antes do início de vigência da cobertura individual;**

- e) Qualquer neoplasia benigna;
- f) Carcinoma microinvasivo da mama;
- g) Carcinoma microinvasivo do útero e do colo uterino;
- h) Câncer de Pele (exceto o Melanoma).

1.1.2. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

1.1.2.1. Conceito: Isquemia cerebral (diminuição do fluxo sanguíneo em áreas do cérebro) e/ou hemorragia no cérebro (rompimento de vasos sanguíneos).

1.1.2.2. Risco Coberto: Acidente vascular cerebral que produza alteração da função motora e sensitiva dos membros, perceptiva e da linguagem, comprovada após seis meses da data do diagnóstico.

1.1.2.3. Riscos Excluídos:

Ataques isquêmicos transitórios; alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral isquêmico e/ou hemorrágico e lesão cerebral resultante de trauma; não estão cobertos ainda os derrames decorrentes de doenças preexistentes à contratação do seguro.

1.1.3. INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

1.1.3.1. Conceito: Necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco em consequência de um fluxo sanguíneo inadequado, diagnosticado por cardiologista e comprovado por meio de exames complementares.

1.1.3.2. Risco Coberto: O Infarto Agudo do Miocárdio, desde que haja tratamento com angioplastia ou revascularização do miocárdio.

1.1.4. TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

1.1.4.1. Conceito: É a transferência do órgão de um indivíduo doador para implantá-lo no Segurado receptor.

1.1.4.2. Riscos Cobertos: Os transplantes de coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor). A caracterização da cobertura será mediante a indicação de transplante feita por médico especialista na doença em questão.

1.1.4.3. Riscos Excluídos:

Qualquer autotransplante e demais órgãos ou células, além dos riscos cobertos citados no subitem 1.3.4.2.

1.1.5. ALZHEIMER

1.1.5.1. Conceito: Doença neurológica caracterizada por ser progressiva e levar à perda das funções cognitivas cerebrais (demência).

1.1.5.2. Riscos Cobertos: Os quadros demenciais devidamente comprovados por meio de laudo emitido por médico especialista.

1.1.6. INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

1.1.6.1. Conceito: É estágio final da doença renal, caracterizada pela perda funcional de ambos os rins.

1.1.6.2. Riscos Cobertos: As doenças renais tratadas com diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.

1.1.6.3. Riscos Excluídos:

Doenças renais que não necessitem de tratamento com diálise ou hemodiálise.

1.1.7. DIAGNÓSTICO DE SURDEZ TOTAL

1.1.7.1. Conceito: É a perda total e irreversível da audição em ambos os ouvidos.

1.1.7.2. Risco Coberto: Diagnóstico de surdez total devidamente comprovado com exames específicos e laudos médicos complementares.

1.1.8. CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA COM IMPLANTE DE PONTE(S) VASCULAR(ES) NAS ARTÉRIAS CORONARIANAS (BYPASS)

1.1.8.1. Conceito: É a realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias que estão estenosadas ou ocluídas, com o implante de ponte(s) (Bypass) arterial(is) ou venosa(s) na(s) artéria(s) coronária(s).

1.1.8.2. Riscos Cobertos: As cirurgias tratadas com toracotomia.

1.1.8.3. Riscos Excluídos:

Angioplastias, outros procedimentos intra-arteriais e cirurgia por toracotomia mínima.

1.1.9. DIAGNÓSTICO DE CEGUEIRA LEGAL

1.1.9.1. Conceito: É a ocorrência de cegueira legal decorrente de acidente ou doença. Considera-se como cegueira legal para esta cobertura a acuidade visual igual ou inferior a 20/200 no melhor olho com a melhor correção, e/ou campo visual igual ou inferior a 20 graus no melhor olho.

1.1.9.2. Riscos Cobertos: Diagnóstico de Cegueira devidamente comprovado com exames específicos e laudos médicos complementares.

1.1.10. EMBOLIA PULMONAR OU TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)

1.1.10.1. Conceito: É o bloqueio da artéria pulmonar ou de um de seus ramos. Geralmente, ocorre quando um coágulo de sangue (trombo ou êmbolo) se desloca de seu local de formação e interrompe o fornecimento sanguíneo arterial dos pulmões.

1.1.10.2. Risco Coberto: Embolia pulmonar ou tromboembolismo pulmonar quando houver redução permanente e moderada da função respiratória comprovada com exames específicos.

1.1.10.3. Riscos Excluídos:

Eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a embolia pulmonar ocorrida dentro da vigência da Apólice em decorrência pré-existente.

1.1.11. ESCLEROSE MÚLTIPLA

1.1.11.1. Conceito: Doença que acomete o sistema nervoso central, lenta e progressivamente e que promove uma destruição da bainha de mielina que recobre e isola as fibras nervosas. 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. O Segurado deve apresentar anomalias neurológicas por um período contínuo de, pelo menos, 6 (seis) meses.

1.1.11.2. Risco Coberto: Esclerose múltipla devidamente comprovada com exames específicos e laudos médicos complementares.

1.1.11.3. Riscos Excluídos:

Doença na fase inicial ou que estejam em remissão (sem sintomas).

1.1.12. PARALISIA DE MEMBROS

1.1.12.1. Conceito: Perda total e irreversível da função motora muscular e sensitiva do conjunto de dois ou mais membros (hemiplegia, paraplegia, triplegia, tetraplegia), como resultado de acidente ou doença.

1.1.12.2. Risco Coberto: Paralisia de membros devidamente comprovada com exames específicos e laudos médicos complementares.

1.1.12.3. Riscos Excluídos:

Eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a perda parcial das funções motoras e sensitivas (paresias).

1.1.13. DOENÇA DE PARKINSON

1.1.13.1. Conceito: Doença degenerativa do sistema nervoso central, lenta e progressiva, caracterizada pela perda de neurônios em uma região específica do cérebro, que produz a diminuição de dopamina, alterando os movimentos chamados extrapiramidais (não voluntários).

1.1.13.2. Risco Coberto: Doença de Parkinson devidamente comprovada com exames específicos e laudos médicos complementares, sendo diagnosticadas alterações motoras, sintomas de rigidez e tremores em caráter permanente em pelo menos dois membros.

1.1.13.3. Riscos Excluídos:

Fase inicial da Doença de Parkinson.

1.1.14. ANEMIA APLÁSTICA

1.1.14.1. Conceito: Diagnóstico inequívoco de anemia aplástica confirmado por médico hematologista e evidenciado pela histologia que resulte em insuficiência grave da medula óssea, com anemia, neutropenia e trombocitopenia.

1.1.14.2. Riscos Cobertos: Doença diagnosticada e tratada com pelo menos um dos itens abaixo, além da necessidade do tratamento com transfusão de sangue:

- Medicamentos estimulantes da medula óssea;
- Imunossupressores;
- Transplante de medula óssea.

1.1.14.3. Riscos Excluídos: Outros tipos de anemia não enquadrados no conceito da cobertura.

1.1.15. DISTROFIA MUSCULAR

1.1.15.1. Conceito: grupo de doenças genéticas, que se caracterizam por uma degeneração progressiva do tecido muscular levando à perda dos movimentos. 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.

1.1.15.2. Riscos Cobertos: Diagnóstico de Distrofia Muscular comprovado com exames específicos e laudo emitido por médico especialista.

1.1.15.3. Riscos Excluídos: doença não confirmada por exame histológico.

1.1.16. ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA)

1.1.16.1. Conceito: A esclerose lateral amiotrófica (ELA) é uma doença neurológica do neurônio motor caracterizada pela progressiva degeneração irreversível dos neurônios motores superiores (NMS) e inferiores (NMI) levando à atrofia com fraqueza muscular progressiva culminando com insuficiência respiratória. A caracterização da cobertura se dará

mediante diagnóstico médico e laboratorial.

1.1.16.2. Riscos Cobertos: Diagnóstico de Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) comprovado com exames específicos e laudo emitido por médico especialista.

1.1.16.3. Riscos Excluídos: Não se aplica.

1.1.17. HANSENÍASE MULTIBACILAR / WIRCHOWIANA

1.1.17.1. Conceito: Doença infecciosa caracterizada pela presença de 6 ou mais lesões de pele com muitos bacilos. A hanseníase multibacilar se apresenta quando o paciente possui o sistema imune incapaz de controlar a proliferação da bactéria. Por isso, há amostras positivas para o bacilo de Hansen com várias lesões avermelhadas e aparecimento de nódulos que podem ser deformantes.

1.1.17.2. Riscos Cobertos: Doença comprovada por exames laboratoriais com a presença do bacilo de Hansen.

1.1.17.3. Riscos Excluídos: Não se aplica.

1.1.18. IMPLANTE DE MARCA PASSO DEFINITIVO

1.1.18.1. Conceito: Procedimento para colocação de dispositivo gerador de estímulo elétrico no coração quando ocorrer bradiarritmias, representadas pela disfunção do nódulo sinusal e bloqueios atrioventriculares.

1.1.18.2. Riscos Cobertos: Implante de marca-passo definitivo no coração em decorrência de problema contextualizado no conceito da cobertura.

1.1.18.3. Riscos Excluídos:

- a) Marcapasso cardíaco transitório;**
- b) Procedimentos de Implante de marcapasso cardíaco anteriores a contratação do seguro;**
- c) Cardioversor-desfibrilador implantável.**

1.1.19. PANCREATITE CRÔNICA

1.1.19.1. Conceito: Diagnóstico inequívoco de pancreatite crônica grave, devidamente comprovado com a ocorrência de todas as alterações funcionais do pâncreas indicadas abaixo, ocorridas por um período mínimo e contínuo de três meses.

- Insuficiência pancreática exócrina com perda de peso e esteatorreia;
- Insuficiência pancreática endócrina com diabetes pancreático;
- Necessidade de reposição oral de enzimas pancreáticas.

1.1.19.2. Riscos Cobertos: Diagnóstico inequívoco de pancreatite crônica grave realizado por médico gastroenterologista, observados os requisitos do conceito da cobertura, e

devidamente evidenciado por exames de imagem e laboratoriais (por exemplo: elastase fecal).

1.1.19.3. Riscos Excluídos:

- a) **Pancreatite crônica devido ao uso de álcool, drogas e/ou medicamentos ou doenças preexistentes não declaradas na contratação do seguro.**
- b) **Pancreatite aguda**

1.1.20. QUEIMADURAS GRAVES

1.1.20.1. Conceito: Queimaduras de terceiro grau, cobrindo ao menos 50% (cinquenta por cento) da área da superfície do corpo do Segurado, confirmado por um laudo médico de especialista ou socorrista do atendimento

1.1.20.2. Riscos Cobertos: Queimadura de terceiro ou quarto grau devidamente diagnosticado nos critérios do conceito da cobertura.

1.1.20.3. Riscos Excluídos: Queimaduras decorrente de autoagressão.

1.1.21. D.P.O.C - DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

1.1.21.1. Conceito: Diagnóstico inequívoco de doença pulmonar grave com insuficiência respiratória crônica, diagnosticada nos critérios dos riscos cobertos.

1.1.21.2. Riscos Cobertos: Doença pulmonar obstrutiva crônica comprovada por exame específico que demonstre o resultado da prova pulmonar com disfunção em grau moderado ou severo.

1.1.21.3. Riscos Excluídos: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica com prova de função pulmonar com resultado normal ou disfunção leve.

1.1.22. CIRURGIA DE VALVULA CARDÍACA

1.1.22.1. Conceito: Cirurgia cardíaca convencional que visa recuperar ou substituir uma ou mais valvas cardíacas, prescrita por cirurgião cardíaco e respaldada por exames complementares.

1.1.22.2. Riscos Cobertos: Ocorrência de cirurgia para substituição de uma ou mais valvas cardíacas, desde que indicada no conceito da cobertura.

1.1.22.3. Riscos Excluídos: Quando não for necessária a substituição da valva cardíaca que apresente alterações clínicas, bem como a cirurgia decorrente de lesão de valva cardíaca com origem anterior a contratação do seguro.

1.1.23. DOENÇAS HEPÁTICAS GRAVES

1.1.23.1. Conceito: Diagnóstico inequívoco de doença hepática crônica irreversível ou cirrose hepática avançada.

1.1.23.2. Riscos Cobertos: Doença hepática devidamente comprovada no conceito da cobertura.

1.1.23.3. Riscos Excluídos: Não se aplica.

1.1.24. LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

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

1.1.24.2. Riscos Cobertos: O diagnóstico do Lúpus Eritematoso Sistêmico.

1.1.24.3. Riscos Excluídos:

- a) Outras doenças autoimunes;
- b) Outros tipos de Lúpus.

1.1.25. SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

1.1.25.1. Conceito: A síndrome de Guillain-Barré é uma desordem, provavelmente de caráter autoimune, inflamatória e desmielinizante dos nervos periféricos, caracterizada por fraqueza muscular progressiva e ascendente, parestesias das pernas, braços, tronco, afetando músculos da face, da orofaringe, da deglutição, da respiração.

1.1.25.2. Riscos Cobertos: Diagnóstico de Guillain-Barré comprovado com exames específicos e laudo emitido por médico especialista.

1.1.25.3. Riscos Excluídos: Não se aplica.

1.4. O Capital Segurado da cobertura de doenças graves somente será devido se o Segurado se encontrar vivo após 30 (trinta) dias contados a partir da data do diagnóstico da doença ou da data em que o Segurado for submetido à cirurgia coberta, e desde que a doença de origem da cobertura tenha ocorrido e sido diagnosticada no período de vigência da apólice, após cumprido o período de Carência do seguro.

1.5. 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.

2. CAPITAIS SEGURADOS

2.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.

2.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

2.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do diagnóstico da doença confirmado por exames.

3. CARÊNCIA

A cobertura de Doenças Graves estará sujeita ao período de carência de 90 (noventa) dias, a partir da data de início de vigência da cobertura.

4. FRANQUIA

A cobertura de Doenças Graves estará sujeita ao período de franquia de 30 (trinta) dias, caracterizado período de sobrevivência entre a data do diagnóstico da doença e a data para indenização do seguro.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15 “Procedimentos em caso de Sinistro” das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

5.1.1. No caso da cobertura de Doenças Graves prevista nestas Condições Especiais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

I. Cópia Simples

- a) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado e do beneficiário;
- b) Exames complementares comprovando os diagnósticos e o prontuário médico em caso de internações hospitalares;
- c) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

II. Documento Original

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

6. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR - DIH

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Desde que contratada, garante ao próprio Segurado, o pagamento de uma indenização correspondente ao número de diárias utilizadas pelo Segurado no caso da sua internação hospitalar, decorrente de acidente ou doença, em caráter estritamente emergencial, deduzida a franquia. Entende-se como tal todas as internações que não sejam eletivas, independente das despesas efetuadas pelo Segurado, e exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais e da Proposta de Contratação.

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

1.2. O valor de cada diária será estabelecido na Proposta de Contratação e na Apólice do Seguro.

1.2.1. O período coberto, por ocasião da Hospitalização prevista para esta cobertura, está limitado em 360 (trezentos e sessenta) dias de Internação, consecutivas ou não, dentro do período de cada 12 (doze) meses, observada a quantidade de diárias do plano contratado.

1.2.1.1. Anualmente, a cada endosso de atualização monetária dos Capitais Segurados, sempre que houver sinistro no período decorrido, haverá a reintegração do limite diárias para o novo período de cobertura, até o término de vigência do seguro individual.

1.3. A cobertura de Diária por Internação Hospitalar cessará, automaticamente, quando o Segurado completar 71 (setenta e um) anos. 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.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos definidos no item 4 “Riscos Excluídos” das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura de Diária de Internação Hospitalar os eventos decorrentes de:

- a) Qualquer procedimento relacionado à gravidez ou parto ou aborto, bem como suas consequências, exceto em caso de acidentes;**
- b) Ceratomia (cirurgia para correção de miopia) ;**
- c) Tratamento de hérnias de quaisquer naturezas e suas consequências, exceto em caso de acidentes;**
- d) Cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na vigência do Seguro;**
- e) Tratamentos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças com ela relacionadas, bem como as suas consequências (em portador soropositivo);**
- f) Diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;**
- g) Tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos, e suas consequências;**

- h) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos;
- i) Qualquer tipo de exame ou check-up preventivo;
- j) Tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento e suas consequências;
- k) Tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;
- l) Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida e suas consequências;
- m) Tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados ao uso ou dependência de álcool ou drogas, tentativa de suicídio ou atos ilícitos devidamente comprovados;
- n) Tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;
- o) Tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;
- p) Internação domiciliar;
- q) Quaisquer procedimentos efetuados em ambulatório;
- r) Investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação;
- s) Qualquer classe de Neoplasia Maligna (Câncer) sem invasão ou "in-situ" (incluindo displasia cervical), assim como o câncer de pele, exceto melanoma de invasão; e
- t) A angiografia e/ou qualquer outra intervenção intra-arterial (angioplastia, endarterectomia, embolectomia e similares).

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data da internação.

4. CARÊNCIA

4.1. A cobertura de Diária por Internação Hospitalar estará sujeita ao período de carência de 90 (noventa) dias, a partir da data de início de vigência da cobertura.

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

4.3. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

5. FRANQUIA

A cobertura de Diária por Internação Hospitalar estará sujeita ao período de franquia de 04 (quatro) dias, sendo que a indenização desse período não será descontando da indenização do seguro.

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15 “Procedimentos em caso de Sinistro” das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

6.1.1. No caso da cobertura de Diária por Internação Hospitalar prevista nestas Condições Especiais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

I. Cópia Simples

- a) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;
- b) Prontuário Médico completo;
- c) Exames complementares comprovando o diagnóstico;
- d) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

II. Documento Original

- a) Declaração em papel timbrado e carimbado pelo estabelecimento hospitalar, que comprove os dias de Internação Hospitalar do Segurado;
- b) Relatório do Médico Assistente, relatando os motivos que justificaram a internação do Segurado, constando o aviso de alta médica.

Em caso de Acidente:

Além dos documentos relacionados acima, encaminhar também:

I. Cópia Simples

- a) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente.

II. Cópia Autenticada

- a) Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo Exame de Corpo Delito (IML);
- c) Laudo do Exame de Corpo Delito (IML).

7. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO EM UTI – DIH-UTI

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Desde que contratada, garante ao próprio Segurado, o pagamento de uma indenização correspondente ao número de diárias utilizadas pelo Segurado no caso da sua internação hospitalar em unidade intensiva de tratamento, decorrente de acidente ou doença, em caráter estritamente emergencial, deduzida a franquia. Entende-se como tal todas as internações que não sejam eletivas, independente das despesas efetuadas pelo Segurado, e exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais e da Proposta de Contratação.

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

1.2. O valor de cada diária será estabelecido na Proposta de Contratação e na Apólice do Seguro.

1.2.1. O período coberto, por ocasião da Hospitalização prevista para esta cobertura, está limitado em 360 (trezentos e sessenta) dias de Internação, consecutivas ou não, dentro do período de cada 12 (doze) meses, observada a quantidade de diárias do plano contratado.

1.2.1.1. Anualmente, a cada endosso de atualização monetária dos Capitais Segurados, sempre que houver sinistro no período decorrido, haverá a reintegração do limite diárias para o novo período de cobertura, até o término de vigência do seguro individual.

1.3. A cobertura de Diária por Internação em UTI cessará quando o Segurado completar 71 (setenta e um) anos. 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.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos definidos no item 4 “Riscos Excluídos” das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura de Diária de Internação Hospitalar em UTI os eventos decorrentes de:

- a) Qualquer procedimento relacionado à gravidez ou parto ou aborto, bem como suas consequências, exceto em caso de acidentes;**
- b) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);**
- c) Tratamento de hérnias de quaisquer naturezas e suas consequências, exceto em caso de acidentes;**
- d) Cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na vigência do Seguro;**
- e) Tratamentos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças com ela relacionadas, bem como as suas consequências (em portador soropositivo);**

- f) Diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;
- g) Tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos, e suas consequências;
- h) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos;
- i) Qualquer tipo de exame ou check-up preventivo;
- j) Tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento e suas consequências;
- k) Tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;
- l) Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida e suas consequências;
- m) Tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados ao uso ou dependência de álcool ou drogas, tentativa de suicídio ou atos ilícitos devidamente comprovados;
- n) Tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;
- o) Tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;
- p) Internação domiciliar;
- q) Quaisquer procedimentos efetuados em ambulatório;
- r) Investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação;
- s) Qualquer classe de Neoplasia Maligna (Câncer) sem invasão ou "in-situ" (incluindo displasia cervical), assim como o câncer de pele, exceto melanoma de invasão; e
- t) A angiografia e/ou qualquer outra intervenção intra-arterial (angioplastia, endarterectomia, embolectomia e similares).

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data da internação na Unidade Intensiva de Tratamento.

4. CARÊNCIA

4.1. A cobertura de Diária por Internação Hospitalar estará sujeita ao período de carência de 90 (noventa) dias, a partir da data de início de vigência da cobertura.

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

4.3. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

5. FRANQUIA

A cobertura de Diária por Internação Hospitalar estará sujeita ao período de franquias de 04

(quatro) dias, sendo que a indenização desse período não será descontando da indenização do seguro.

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15 “Procedimentos em caso de Sinistro” das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

6.1.1. No caso da cobertura de Diária por Internação em UTI prevista nestas Condições Especiais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

I. Cópia Simples

- a) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;
- b) Prontuário Médico completo;
- c) Exames complementares comprovando o diagnóstico;
- d) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

II. Documento Original

- a) Declaração em papel timbrado e carimbado pelo estabelecimento hospitalar, que comprove os dias de Internação Hospitalar do Segurado;
- b) Relatório do Médico Assistente, relatando os motivos que justificaram a internação do Segurado, constando o aviso de alta médica.

Em caso de Acidente:

Além dos documentos relacionados acima, encaminhar também:

I. Cópia Simples

- a) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente.

II. Cópia Autenticada

- a) Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo Exame de Corpo Delito (IML);
- c) Laudo do Exame de Corpo Delito (IML).

7. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL - AF

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Mediante contratação desta cobertura será garantido o reembolso das despesas realizadas ou a disponibilização dos serviços de assistência, limitado ao Capital Segurado contratado relativo a esta cobertura, para o funeral do Segurado, seus dependentes ou agregados, de acordo com o plano de cobertura contratado, no caso de seu falecimento decorrente de causas naturais (doenças) ou Acidente Pessoal coberto, durante o período de vigência do seguro.

1.2 A prestação de serviços ou o pagamento de reembolso de despesas com funeral não caracteriza o direito à cobertura de Morte como risco coberto pelo seguro. A indenização da cobertura de Morte estará sujeita a análise da documentação e demais circunstâncias da ocorrência do sinistro, respeitadas as demais cláusulas Contratuais.

1.3 Nas localidades onde não esteja disponível rede credenciada com o prestador de serviço de assistência, a indenização será na forma de reembolso.

1.4 No caso da opção pelo reembolso, serão reembolsadas as despesas relacionadas diretamente ao sepultamento ou cremação do Segurado, seus dependentes ou agregados, de acordo com o plano de cobertura contratado, devidamente comprovadas, mediante apresentação de notas fiscais (cópias autenticadas) contendo a discriminação dos itens ou serviços adquiridos, exceto as despesas relacionadas à aquisição, locação e manutenção de jazigo.

1.5 No caso da opção pela utilização da prestação de serviços de assistência Funeral, não haverá qualquer direito a reembolso posterior.

1.6 No caso da opção pela utilização da prestação de serviços de assistência Funeral, os serviços a seguir especificados serão prestados exclusivamente mediante o acionamento da Central de Atendimento de serviços de assistências (número de telefone indicado na Proposta de Contratação e Apólice) pelos Familiares e/ou Beneficiários, que solicitará as seguintes informações:

- Nome do Segurado
- CPF

1.6.1 Para planos abrangendo dependentes ou agregados, além das informações do segurado acima, deverá informar:

- Nome do sinistrado e grau de parentesco
- CPF sinistrado
- Comprovante do grau de parentesco

1.6.2 Confirmados os dados do Segurado ou do sinistrado e estando o seguro em vigor, serão prestados os serviços previstos neste plano.

1.6.3 Para que ocorra a prestação do serviço de funeral, fica acordado que o familiar do segurado deverá obrigatoriamente entregar ao prestador as cópias das seguintes documentações:

- Declaração de óbito (ou certidão de óbito)
- RG e CPF do segurado e do sinistrado em caso de planos com abrangência de dependentes ou agregados

2. CAPITAL SEGURADO

2.1 O Capital Segurado estará especificado na Apólice e/ou Contrato e seu valor estará descrito de forma expressa na Apólice de Seguro.

2.2 Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do falecimento do Segurado.

2.3 Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços funerários, desde que legalmente habilitados.

2.4 Não haverá qualquer reembolso de despesas quando feita a opção pelos serviços de assistência.

2.5 As despesas com funeral serão reembolsadas ao responsável pelo pagamento mediante entrega dos comprovantes originais das despesas.

2.5.1 Na hipótese de haver mais de um responsável pelo custeio do funeral, a indenização será feita para cada um dos responsáveis na proporção dos gastos devidamente comprovados e limitado ao valor do Capital Segurado desta cobertura.

2.6 Essa cobertura poderá ser contratada nas seguintes opções:

- a) Assistência Funeral – Individual:** Garante o reembolso ou os serviços de assistência exclusivamente para o Segurado Principal do seguro.
- b) Assistência Funeral - Familiar:** Garante o reembolso ou os serviços de assistência para o Segurado Principal do seguro, seu cônjuge e filhos.
- c) Assistência Funeral - Familiar Ampliado:** Garante o reembolso ou os serviços de assistência para o Segurado Principal do seguro, seu Cônjuge, Filhos, Pai, Mãe, Sogro e Sogra.

2.6.1 Para fins desta cobertura, deve ser considerado:

- I. Cônjuge: é a(o) esposa(o) do Segurado(a) Principal

- a. O(a) companheiro(a) equipara-se ao cônjuge, desde que comprovada a união estável, nos termos da legislação em vigor, na data do Sinistro.
- II. Filhos – são considerados para fins desse seguro, o(s) filho(s), o(s) enteado(s) e o(s) menor(es) considerado(s) dependente(s) do Segurado Principal, conforme regra estabelecida pela Receita Federal para o Imposto sobre a Renda – IRPF.

3. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

3.1 O Serviço de Assistência Funeral garante, a prestação dos serviços de sepultamento ou cremação (onde existir esse serviço) que englobem os seguintes itens:

- Urna: de madeira com ou sem visor, padrão standard e ornamentação com flores da época e véu simples para cobrir o corpo.
- Veículo: carro fúnebre dentro do município de residência.
- Véu: véu simples para cobrir o corpo.
- Capela: locação em salas velatórias públicas. Caso seja realizado em salas particulares os valores deverão ser similares aos das salas públicas.
- Cremação: Serviço executado apenas nas cidades que possuem disponibilidade para a realização. A Assistência arcará com os custos equivalentes aos dos crematórios públicos, caso a família opte pelo serviço particular. As cinzas serão encaminhadas para a cidade domiciliar da família. As despesas com passagens e hospedagem para o acompanhamento da Cerimônia de Cremação correrão por conta da família.
- Documentação: registro em cartório com guia e certidão. Será fornecida uma cópia da certidão de óbito.
- Flores: 01 (uma) coroa de flores média e 1 arranjo de flores para decoração da sala de velório.
- Preparação do Corpo: banho, barba, vestimenta (ato de vestir), etc. (higienização básica mais preparação e tamponamento).
- Presença: livro ou folha para assinaturas.
- Parâmetros: jogo de paramentos, castiçais e velas que ficarão no local do velório, bem como os aparelhos de ozona.
- Sepultamento: em túmulo (ou jazigo) no jazigo da família com pagamento da taxa de sepultamento, desde que a mesma seja compatível com os custos da taxa dos cemitérios públicos.
- Jazigo: Caso o segurado não possua jazigo ou sepultura, a Seguradora garantirá a locação de cemitério e jazigo por um período máximo de 03 (três) anos, tempo necessário para exumação. Após este período a locação fica sob responsabilidade dos familiares. Não sendo possível sepultamento por motivos alheios a vontade da Seguradora na cidade indicada pela família, este será feito na cidade mais próxima.
- Traslado: transporte do corpo do local onde ocorreu o óbito para o velório e até o local de sepultamento no Brasil, por meio de transporte mais adequado, em urna mortuária apropriada. A Assistência determinará se o transporte será aéreo ou terrestre, dependendo da distância do traslado e logística de deslocamento do local. O traslado será fornecido apenas quando o óbito ocorrer fora do município de residência do cliente (a), constante na apólice; caso o óbito ocorra dentro do município de residência não será

fornecido este serviço. As despesas com passagem e hospedagem correrão por conta da família.

- Transmissão de Mensagens Urgentes: A Assistência transmitirá mensagens de caráter urgente, relacionadas aos serviços que serão prestados, mediante solicitação da família do cliente (a).

3.2 A rede de prestadores de serviço poderá ser alterada a qualquer momento pela Seguradora sem aviso prévio.

3.3 O meio de traslado do corpo é decidido pela prestadora de serviços. Havendo discordância do meio escolhido, a prestadora de serviços somente arcará com o valor que gastaria pelo meio escolhido por ela.

3.4 Fica estabelecido que os serviços garantidos pelo seguro não poderão ser prestados nos municípios em que a legislação não permita que a Seguradora ou seus prestadores de serviço intervenham para a realização do funeral. Neste caso, o responsável pelo pagamento das despesas com funeral terá direito ao reembolso das despesas, até o limite estabelecido contratualmente para esta cobertura, se está for devida.

4. RISCOS EXCLUÍDO

Além dos riscos excluídos apresentados no item 4 “Riscos Excluídos” das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a. compra de roupas em geral;
- b. anúncio em rádio ou jornal;
- c. missa de 7^º (sétimo) dia ou contratação de religioso para conduzir o culto;
- d. xerox da documentação;
- e. fornecimento de café, bebidas e refeições em geral;
- f. compra de Jazigo ou similares;
- g. confecção de gaveta em túmulo de terceiro;
- h. confecção de lápides e/ou gravações;
- i. aquisição de cruzes e/ou outros símbolos, religiosos ou não;
- j. reforma em geral no jazigo;
- k. exumação de corpo em jazigo da família ou de terceiros;
- l. pagamento de custo de capela e sepultamento superior aos praticados pelo Município;
- m. necromaquiagem;
- n. execução de técnicas de preservação (tanatopraxia e embalsamamento), somente terão seus custos cobertos em caso de traslado aéreo do corpo;
- o. despesas de qualquer natureza que não estejam relacionadas diretamente com o funeral ou não previstas nestas condições.

5. FRANQUIA/CARÊNCIA

Não haverá aplicação de Franquia e Carência para esta cobertura, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.**

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

6.1. Ocorrendo um evento que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Segurado/Beneficiário ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, pelos meios disponibilizados pela seguradora.

6.2. Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do evento.

6.3 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item 15 “Procedimentos em caso de Sinistro” das Condições Gerais, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

6.3.1 Documentos de identificação do Segurado sinistrado e despesas realizadas:

- a) Carteira de identidade ou equivalente;
- b) CPF (ou outro documento que indique seu número);
- c) Certidão de Nascimento, ou de Casamento;
- d) Certidão de óbito; e
- e) Notas fiscais originais das despesas efetuadas com o funeral do Segurado, contendo a discriminação dos itens ou serviços adquiridos.

6.3.2 Para os planos com abrangência de dependentes ou agregados, além dos documentos acima, deverá ser encaminhado:

- a) Carteira de identidade ou equivalente (segurado e sinistrado);
- b) CPF (ou outro documento que indique seu número) (segurado e sinistrado);
- c) Comprovante de vínculo com o segurado e sua dependência, conforme apresentado no item 2.6.1 destas condições especiais.

6.3.3 Documentos de identificação de cada beneficiário:

- a) Carteira de identidade ou equivalente;
- b) CPF (ou outro documento que indique seu número);
- c) Certidão de Nascimento, ou de Casamento;
- d) Comprovante de união estável (em caso de companheiro beneficiário);
- e) Comprovante de residência; e
- f) Número de telefone para contato.

6.4. O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

6.4.1. A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise

da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

7. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE

7.1 A indenização relativa a qualquer sinistro amparado por esta cobertura não poderá exceder o valor total das despesas com o funeral do Segurado.

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

7.2.1 Será calculada a indenização individual de cada cobertura como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do Segurado e limite máximo de indenização da cobertura;

7.2.2 Será definida a soma das indenizações individuais das coberturas concorrentes de diferentes apólices, relativas aos prejuízos comuns, de acordo com o item 7.2.1 desta cláusula;

7.2.3 Se a quantia a que se refere o item 7.2.2 desta cláusula for igual ou inferior ao prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada Seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual, assumindo o beneficiário a responsabilidade pela diferença, se houver;

7.3 Se a quantia estabelecida no item 7.2.2 for maior que o prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada Seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual e a soma a que se refere aquele item.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE – DITA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Mediante contratação desta cobertura será garantido, ao próprio Segurado, o pagamento das diárias a que tiver direito, caso este venha a ficar impossibilitado, por consequência de acidente pessoal coberto, de forma contínua e ininterruptamente de exercer qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação durante o período em que se encontrar sob tratamento, por determinação médica, observado o limite máximo de diárias estabelecidos na Apólice e o período de franquia.

1.2. A incapacidade é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

1.3. A cobertura de diárias por incapacidade é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, de no máximo 15 (quinze) dias, observado o limite contratual máximo por evento fixado nas condições gerais e especiais.

1.4. O reconhecimento de incapacidade por instituições oficiais de previdência ou assemelhados não caracteriza por si só o estado de incapacidade temporária do segurado, a qual deverá ser avaliada conforme critérios da seguradora.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 Além dos riscos excluídos apresentados no item 4 – “Riscos Excluídos” das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a. doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b. as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c. tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;**
- d. tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;**
- e. tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;**
- f. doenças degenerativas da coluna vertebral inclusive hérnia discal, com exceção de tratamento cirúrgico;**
- g. infecções oportunistas e doenças provocadas pela síndrome de imunodeficiência adquirida (sida/aids);**
- h. doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora,**

- não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;
- i. doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de alzheimer, doença de parkinson, entre outras.
 - j. as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.
 - k. transtornos mentais e psiquiátricos;
 - l. acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;
 - m. lesões que não requerem atenção médica;
 - n. internações em função do diagnóstico e / ou avaliação do estado de saúde (check-up);
 - o. cirurgia plástica, exceto aquelas com finalidade reparadora comprovada diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
 - p. procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia
 - q. gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto;
 - e
 - r. quaisquer eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme descrito nas condições gerais.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1 O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao segurado em caso de sinistro coberto.

3.2 Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” o primeiro dia do afastamento do Segurado das atividades laborativas por ele exercidas, em decorrência exclusiva de acidente pessoal coberto e constatada através da análise da documentação apresentada.

3.3 O Capital Segurado corresponde a cada diária de afastamento devendo o seu valor ser multiplicado pelo período de afastamento, observados a Franquia e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

3.4 Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data do último retorno as atividades laborativas.

3.5 O capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro, observando-se que a soma de utilizações em um mesmo período contratual, ainda que por diferentes sinistros, não poderá exceder ao capital segurado contratado na cobertura básica.

3.5.1 A reintegração não se dá para o mesmo acidente e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

4. FRANQUIA E CARÊNCIA

4.1 FRANQUIA: O período de Franquia será estabelecido contratualmente, quando aplicável, deverá respeitar o limite máximo de 15 (quinze) dias ininterruptos a contar da data evento (data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica).

4.1.1 As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia e se estenderão até o final do período de afastamento do Segurado, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.

4.2 CARÊNCIA: Não haverá aplicação de carência para esta cobertura, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.**

5. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

Ratificam-se os termos da Cláusula 15 – Procedimentos em Caso de Sinistro das Condições Gerais deste seguro e acrescentam-se os documentos básicos a seguir:

- a) Formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s);
- b) Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- c) Carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;
- d) Cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- e) Relatório do médico assistente comprovando o período de afastamento, com diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
- f) Comprovante dos últimos 3 (três) meses do pagamento INSS comprovando atividade desempenhada, ou a inscrição na entidade correspondente com o último comprovante de pagamento da contribuição fiscal do antes do pagamento reivindicação trabalhadores por conta própria, ou, ainda, as demonstrações contábeis certificadas pelo contador legal designado;
- g) Documentos de identificação do segurado e comprovante de endereço;
- h) cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar; e
- i) exames médicos que estejam relacionados com o evento.

6. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA - DITAD

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Mediante contratação desta cobertura será garantido, ao próprio Segurado, o pagamento das diárias a que tiver direito, caso este venha a ficar impossibilitado, por consequência de causas naturais (doença) ou acidente pessoal cobertos, de forma contínua e ininterruptamente de exercer qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação durante o período em que se encontrar sob tratamento, por determinação médica, observado o limite máximo de diárias estabelecidos na Apólice e o período de franquia.

1.2. A indenização está limitada ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura e será paga de uma única vez.

1.3. A cobertura de diárias por incapacidade é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, de no máximo 15 (quinze) dias, observado o limite contratual máximo por evento fixado nas condições gerais e especiais.

1.4. O reconhecimento de incapacidade por instituições oficiais de previdência ou assemelhados não caracteriza por si só o estado de incapacidade temporária do segurado, a qual deverá ser avaliada conforme critérios da seguradora.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 Além dos riscos excluídos apresentados no item 4 – “Riscos Excluídos” das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a) lesões no joelho intra-articular; Entesopatia; Luxação do ombro (acrômio - clavicular ou glenohumeral) e fraturas patológicas;**
- b) lombalgia, radiculopatia, dor ciática e outras neurites; lesões degenerativas da coluna vertebral, com a exceção do tratamento cirúrgico. As condições do sistema nervoso simpático.**
- c) entorses, distensões e contusões;**
- d) transtornos mentais e psiquiátricos;**
- e) acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;**
- f) lesões que não requerem atenção médica;**
- g) internações em função do diagnóstico e/ou avaliação do estado de saúde (check-up);**
- h) cirurgia plástica, exceto aquelas com finalidade reparadora comprovada diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;**
- i) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- j) acidentes e suas consequências ocorridas antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;**
- k) tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;**
- l) gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas**

consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1 O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao segurado em caso de sinistro coberto.

3.2 Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” o primeiro dia do afastamento do Segurado das atividades laborativas por ele exercidas, em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto e constatada através da análise da documentação apresentada.

3.3 O Capital Segurado corresponde a cada diária de afastamento devendo o seu valor ser multiplicado pelo período de afastamento, observados a Franquia e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

3.4 Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data do último retorno as atividades laborativas.

3.5 O capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro, observando-se que a soma de utilizações em um mesmo período contratual, ainda que por diferentes sinistros, não poderá exceder ao capital segurado contratado na cobertura básica.

3.5.1 A reintegração não se dá para o mesmo acidente e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

4. FRANQUIA E CARÊNCIA

4.1 FRANQUIA: O período de Franquia será estabelecido contratualmente, quando aplicável, deverá respeitar o limite máximo de 15 (quinze) dias ininterruptos a contar da data evento (data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica).

4.1.1 As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia e se estenderão até o final do período de afastamento do Segurado, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.

4.2 CARÊNCIA: O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

4.3 O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

4.4 Para eventos decorrentes de Acidentes Pessoais, não haverá carência, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.**

5. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

Ratificam-se os termos da Cláusula 15 – Procedimentos em Caso de Sinistro das Condições Gerais deste seguro e acrescentam-se os documentos básicos abaixo:

- a) Formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s);
- b) Exames (laboratoriais, radiológicos e etc.) realizados para confirmação do diagnóstico e ou durante o acompanhamento da patologia;
- c) Atestado de Incapacidade Temporária emitido por profissional habilitado, informando o período de afastamento.
- d) Laudo do primeiro atendimento médico com a descrição detalhada das lesões/sintomas apresentados e procedimentos realizados;
- e) Cópia ou original de exames realizados que comprovem a incapacidade física total temporária;
- f) Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- g) Carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;
- h) Cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- i) Relatório do médico assistente comprovando o período de afastamento, com diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
- j) Comprovante dos últimos 3 (três) meses do pagamento INSS comprovando atividade desempenhada, ou a inscrição na entidade correspondente com o último comprovante de pagamento da contribuição fiscal do antes do pagamento reivindicação trabalhadores por conta própria, ou, ainda, as demonstrações contábeis certificadas pelo contador legal designado;
- k) cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar;
- l) Atestado de alta médica definitiva;
- m) Documentos de identificação do segurado e comprovante de endereço;
- n) exames médicos que estejam relacionados com o evento.

6. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL PERDA DE EMPREGO – Desemprego Involuntário – PE-DI

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Mediante contratação desta cobertura será garantido, uma indenização ao segurado, limitado ao capital segurado contratado, caso o Segurado venha a perder involuntariamente o vínculo empregatício durante o decorrer da vigência do seguro, respeitando os períodos de carência e franquia, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do seguro.

1.2. Definições:

1.2.1 Configura se como desemprego involuntário a perda involuntária de vínculo empregatício a rescisão do contrato de trabalho do Segurado, regido pela CLT – Consolidação das Leis do Trabalho, que não tenha sido por ele motivada e que não tenha decorrido de justa causa, com a consequente cessação do pagamento de salário pelo seu empregador.

1.3. Elegibilidade:

a) Serão elegíveis ao recebimento da Indenização, os Segurados que na data da rescisão involuntária do contrato de trabalho tiverem vínculo empregatício, exclusivamente ao regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), apresentando período mínimo de 12(doze) meses consecutivos e ininterruptos de trabalho para o atual empregador, e desde que o seguro não esteja cancelado, a cobertura suspensa ou o evento prescrito como risco excluído na data do evento. Exclusivamente para a contagem do período mínimo de vínculo empregatício, será considerado o período de aviso prévio quando trabalhado.

b) O vínculo empregatício que o Segurado deve manter com uma pessoa jurídica ou pessoa física (Empregador), será através de Contrato de trabalho formalizado pela Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) e que receba pagamentos periódicos consecutivos, com uma jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais, na data do evento.

c) Para ter direito à cobertura de Desemprego Involuntário, é obrigatório que o segurado tenha cumprido o Aviso Prévio ou, encaminhe documento que comprove a dispensa do mesmo.

d) Após pagamento da Indenização para se ter direito a um novo benefício de Desemprego Involuntário é necessário que se comprove o mesmo número meses consecutivos de trabalho com um mesmo empregador entre o pagamento final de um sinistro e a reclamação de outro sinistro.

2 RISCOS EXCLUÍDOS

2.2 Além dos riscos excluídos apresentados no item 4 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a) Aposentadorias;**
- b) Vínculo empregatício, direto ou indireto, com familiares até o 3º grau de parentesco;**

- c) Jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador segurado;
- d) Renúncia ou pedido de demissão voluntária do vínculo empregatício;
- e) Trabalhos de profissionais liberais ou funcionários que tenham cargo público com estabilidade de emprego;
- f) Funcionários que tenham cargo de eleição pública, e que não forem regidos pela consolidação das leis do trabalho, incluindo-se assessores, e outros de nomeação em diário oficial;
- g) Término de um contrato de trabalho por tempo determinado, inclusive contratos de estágios;
- h) Demissão por justa causa do trabalhador segurado;
- i) Falência;
- j) Demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador;
- k) Campanhas de demissão em massa. Para fins deste seguro considerar-se-á demissão em massa o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) do seu quadro de funcionários no mesmo mês;
- l) Programas de demissão voluntária (pdv) ou plano de demissão incentivado (pdi), motivados pelo empregador do segurado;
- m) Acordo entre empregado e empregador;
- n) Dispensa com imediata admissão em empresa seja ela ou não, do mesmo grupo econômico, coligada, filiada, associada, subsidiária e/ ou acionista;
- o) Funcionários que já se encontrem em período de aviso prévio na data da contratação do seguro;
- p) Segurados não considerados elegíveis a indenização, conforme previsto nestas condições especiais – desemprego involuntário;
- q) Transferências entre empresas, decorrentes de fusões, aquisições e/ou parcerias;
- r) Desemprego ocorrido dentro do período de carência estabelecido no contrato;
- s) Segurados que tenham sido demitidos durante o período de experiência anotado na carteira profissional.

3 CAPITAIS SEGURADOS

3.1 O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao segurado em caso de sinistro coberto.

3.2 Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data indicada no Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, independentemente do aviso prévio ser cumprido ou indenizado.

4 FRANQUIA E CARÊNCIA

4.1 **FRANQUIA:** O período de Franquia poderá ser estabelecido contratualmente e quando aplicável, deverá constar na apólice d Seguro, respeitado o limite mínimo de 31 (trinta e um) dias e máximo de 90 (noventa) dias ininterruptos a contar da efetiva ocorrência do evento coberto onde o segurado deverá permanecer na qualidade de desempregado para poder reclamar a cobertura do seguro.

4.2 **CARÊNCIA:** O período de Carência será estabelecido contratualmente respeitado o limite mínimo de 31 (trinta e um) dias e máximo de 90 (noventa) dias ininterruptos, deverá

constar na apólice de Seguro, e será contado a partir do início de vigência ou da recondução da vigência em caso de suspensão.

5 PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

Ratificam-se os termos da Cláusula 15 – Procedimentos em Caso de Sinistro das Condições Gerais deste seguro e acrescentam-se os documentos básicos a seguir:

- a) Formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- c) Cópia do Termo de Rescisão Contratual, devidamente homologado pelo sindicato ou por outro órgão competente;
- d) Folha autenticada da rescisão do contrato de trabalho;
- e) Cópia autenticada da carteira de trabalho devidamente atualizada (carimbo + CNPJ da empresa empregadora + assinatura + data), autenticada em cartório devidamente datada, dentro do mês do benefício ao final de cada mês de desemprego;
- f) Comprovante do recebimento das parcelas do seguro-desemprego, garantido pela Previdência Social;
- g) Cópia do comprovante de residência do Segurado;
- h) Cópia do comprovante de pagamento do mês anterior a ocorrência e o mês de ocorrência do sinistro;
- i) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado.

6 RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA AUXÍLIO CESTA BÁSICA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Mediante contratação desta cobertura será garantido, a título de auxílio alimentação, ao beneficiário do seguro, decorrente do falecimento do segurado de causa natural ou de acidente pessoal, ocorridos durante a vigência do risco individual, respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.

1.2. Esta cobertura, não poderá ser contratada para menores de 14 (quatorze) anos.

1.3. A cobertura de Auxílio Cesta Básica, somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Morte e a ela se vincula, de forma que somente será devida, se caracterizada a cobertura relativa à Cobertura de Morte.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 Ratificam-se os riscos excluídos apresentados no item 4 – “Riscos Excluídos das Condições Gerais deste seguro.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1 O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao segurado em caso de sinistro coberto.

3.2 Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do falecimento do segurado.

4. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

Ratificam-se os termos da Cláusula 15 – Procedimentos em Caso de Sinistro das Condições Gerais deste seguro e acrescentam-se os documentos básicos a seguir:

a) Morte decorrente de doença

- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelos Beneficiários;
- Formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópia simples da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia simples da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- Cópia simples do comprovante de endereço em nome do Segurado (ex. conta de luz, telefone etc.);
- Declaração do(s) Beneficiário(s) com a informação de telefone de contato e endereço de e-mail, caso houver;

- Documentos do(s) Beneficiário(s): - Cópias simples da Carteira de Identidade, do CPF, do endereço de e-mail e do comprovante de endereço;
- Cópia da Certidão de Casamento atualizada, se o beneficiário for o cônjuge do Segurado;
- Cópia da Certidão de Nascimento, se o beneficiário for filho do Segurado.

b) Morte decorrente de acidente

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:

- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

5. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA AUXÍLIO CIRURGIA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Desde que contratada, garante ao próprio o pagamento do Capital Segurado contratado caso o Segurado se submeta a tratamento cirúrgico em regime de internação em hospital por período mínimo de 24 (vinte e quatro) horas, respeitadas as exclusões previstas na cláusula RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais e destas Condições Especiais, observadas as demais disposições Contratuais.

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

2. DEFINIÇÕES DE TERMOS TÉCNICOS

Aborto espontâneo não provocado: Para fins desse seguro, aborto espontâneo não provocado é quando a perda do feto não é consequência de manipulação voluntária.

Cirurgia Eletiva: é aquela necessária para tratamento médico do Segurado, que não se reveste das características de urgência ou emergência, ou seja, quando ele não está sob o risco de vida imediato ou sofrimento intenso, podendo ser efetuada em data escolhida por ele ou pelo médico, desde que esta data não comprometa a eficácia do tratamento.

Cirurgia Plástica Reparadora: é aquela que tem como objetivo corrigir lesões deformantes, defeitos congênitos ou adquiridos.

Cirurgia Plástica Estética: é aquela realizada com o objetivo de realizar melhoras à aparência pessoal.

Hospital: para os fins destas Condições Gerais, é o estabelecimento legalmente constituído e licenciado, no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico e/ou cirúrgico à pacientes internados.

Internação Hospitalar: é a admissão do Segurado em hospital, para tratamento cirúrgico com fim terapêutico, decorrente de doença ou acidente, que exija período mínimo de internação de 24 horas, **observados os riscos excluídos constantes destas Condições Gerais.**

3. RISCOS COBERTOS

3.1 Estão cobertos os tratamentos cirúrgicos eletivos ou de urgência, realizados em hospital, com internação por período mínimo de 24 (vinte e quatro) horas, decorrentes de doença ou acidente pessoal atestado pelo médico assistente do Segurado, observadas as carências quando aplicáveis.

3.1.1 A cobertura garantida pelo seguro não contempla cirurgias decorrentes de doenças preexistentes à contratação do seguro, assim como acidentes ocorridos antes do início de vigência da apólice.

3.1.2 Doenças preexistentes são definidas como aquelas de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Contratação.

3.1.3 Será devido por uma única vez o capital contratado ao Segurado, independentemente do número de procedimentos a que vier ser submetido, decorrentes da mesma internação hospitalar.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Além dos riscos excluídos definidos no item 4 “Riscos Excluídos” das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos desta cobertura os eventos decorrentes de:

- a) doenças preexistentes diagnosticadas em data anterior ao início de vigência do seguro, isto é, quaisquer doenças de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Contratação;**
- b) acidentes, mesmo que com complicações tardias, que tenham ocorrido em data anterior ao início de vigência do seguro;**
- c) cirurgia com finalidade estética;**
- d) internações para quaisquer fins, que não sejam cirúrgicos nos termos destas Condições Especiais;**
- e) cirurgia eletiva, quando realizada no período de carência;**
- f) cirurgia plástica reparadora, exceto quando decorrente de risco coberto;**
- g) qualquer tipo de cirurgia para tratamento de obesidade;**
- h) cirurgia para mudança de sexo, tratamento de esterilidade, inseminação artificial, controle de natalidade ou suas consequências;**
- i) cirurgias decorrentes de gravidez, exceto no caso das consequências provocadas no caso de acidente pessoal coberto ou decorrentes de aborto espontâneo não provocado, nos termos apresentados no item Definição dos termos técnicos desta cobertura. Em nenhuma hipótese está coberto o parto em si;**
- j) métodos endoscópicos, métodos intervencionistas por imagem (através de radiologia intervencionista e/ou ultras-sonografia) para quaisquer finalidades;**
- k) procedimentos por hemodinâmica-cardiológica intervencionista para quaisquer finalidades.**

4.2 - Não estarão cobertos os procedimentos cirúrgicos realizados em estabelecimentos não considerados como sendo hospitais, tais como:

- a) ambulatórios ou clínicas, mesmo que autorizadas para execução de procedimentos cirúrgicos;**
- b) instituições para recuperação de viciados em álcool e drogas;**
- c) clínicas hidroterápicas ou de métodos curativos naturais;**
- d) clínicas de convalescença de tratamento médico do tipo pós-operatório e/ou reabilitação de acidentes pessoais;**
- e) clínicas para tratamento de obesidade e estética.**

- f) **UPAs (Unidades de Pronto Atendimento), consultórios, clínicas de oftalmologia e de odontologia, postos de saúde, ambulatorios e outros estabelecimentos, públicos ou privados, não enquadrados como hospital.**

5. CAPITAIS SEGURADOS

5.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.

5.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

5.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data da realização da cirurgia coberta pelo seguro, realizada em hospital.

5.4. A reintegração do capital segurado será automática após cada evento, até o valor indenizado, não havendo a reintegração para danos causados em virtude do mesmo evento.

6. CARÊNCIA

6.1. A cobertura de Auxílio Cirurgia estará sujeita ao período de carência de 90 (noventa) dias, a partir da data de início de vigência da cobertura, ou da sua recondução depois de suspenso, devendo constar na Apólice do Seguro.

6.2. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

6.3. Para eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não será aplicado prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido prazo corresponderá a dois anos ininterruptos.

7. FRANQUIA

A cobertura de Auxílio Cirurgia, não está sujeito a franquia.

8. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

8.1. Em caso de sinistro cabe ao Segurado proceder conforme descrito no item 15 “Procedimentos em caso de Sinistro” das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

- a) Aviso de Sinistro preenchido pelo Segurado e/ou Beneficiários e médico-assistente do Segurado, mediante carimbo e CRM;
- b) Cópia simples da Certidão de Nascimento ou Casamento;
- c) Cópia simples do RG e CPF do Segurado;
- d) Comprovante de internação hospitalar oficial para realização de cirurgia;
- e) ficha de alta hospitalar especificando o procedimento cirúrgico realizado;

- f) Resultado de todos os exames realizados pelo Segurado que estejam relacionados ao evento;
- g) Laudo do primeiro atendimento médico com a descrição detalhada das lesões/sintomas apresentados e procedimentos realizados até a data da cirurgia;
- h) laudo médico especificando o diagnóstico pré e pós-operatório; no caso de cirurgias que envolvam retirada de órgãos e/ou tumores, com necessidade de apresentação de cópia do exame histo-patológico;
- i) boletim de ocorrência policial – BO, no caso de acidente;
- j) carteira nacional de habilitação (quando houver certeza ou indício de que o acidente tenha sido provocado por veículo dirigido pelo Segurado);
- k) Cópia simples do CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho – se for o caso;
- l) Formulário de Autorização para Crédito em conta, devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou pelo(s) Beneficiário(s), para o caso de eventual pagamento de indenização.

8.1.1 Na hipótese de pagamento ao beneficiário:

- a) Em caso de Beneficiário, Certidão de casamento atualizada ou comprovante de união estável
- b) Declaração do INSS ou IR informando (se for o caso) quem são os dependentes do Segurado na Previdência Social;
- c) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento e/ou Casamento bem como RG, CPF e Comprovante de Residência do(s) Beneficiário(s). Em se tratando de Beneficiário(s) com idade a partir de 16 anos, faz-se necessário cópia autenticada do CPF;
- d) No caso de Beneficiários menores de idade incapazes, apresentação do Termo de Tutela, de Curatela ou Alvará Judicial, bem como documento de identificação do responsável juntamente com comprovante de residência.

9. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA SUPLEMENTAR – INCLUSÃO DE CÔNJUGE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Se ratificada na Apólice, esta cobertura suplementar tem por objetivo garantir, até o limite do Capital Segurado contratado, o pagamento de uma indenização, em decorrência de evento coberto ocorrido com o seu cônjuge, respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.

1.1.1. Poderão ser contratadas as coberturas de M, MA, IPA, desde que também contratada para o Segurado Principal.

1.2 Não são extensivas ao Cônjuge as demais coberturas do seguro, ainda que contratadas pelo segurado principal.

Para fins dessa cobertura suplementar considera-se o cônjuge como sendo Segurado Dependente e o segurado contratante do seguro como sendo segurado principal.

1.3 A(O) companheira(o) equipara-se ao cônjuge quando presentes os requisitos do artigo 1.723, do Código Civil Brasileiro, e seus parágrafos.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os Riscos Excluídos apresentados no item 4 – Riscos Excluídos das Condições Gerais.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1 O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao segurado em caso de sinistro coberto, não podendo em nenhuma hipótese ultrapassar o valor do capital segurado do Segurado principal.

3.2 Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação do sinistro, será considerada como data do evento a data já apresentada nas coberturas de Morte, MA, IPA para a contratação do segurado principal de acordo com o evento que ocasionou a reclamação do sinistro.

4. BENEFICIÁRIOS

O Capital Segurado por Morte e Morte Acidental, devida por esta cláusula suplementar, será pago ao Segurado Principal, já a Cobertura de IPA ao próprio cônjuge.

5. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

Ratificam-se os procedimentos apresentados na da Cláusula 15 – Procedimentos em Caso de Sinistro das Condições Gerais e documentos básicos apresentados nas Condições Especiais

da cobertura contratada que ocasionou a reclamação do sinistro.

6. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA SUPLEMENTAR – INCLUSÃO DE FILHOS

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Se ratificada na Apólice, esta cobertura suplementar tem por objetivo garantir, até o limite do Capital Segurado contratado, o pagamento de uma indenização ao Segurado, em decorrência de evento coberto ocorrido com o(s) seu(s) Filho(s), respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.

1.1.1 Poderá ser contratada exclusivamente a cobertura de Morte, desde que também contratada para o Segurado Principal.

1.2 Consideram-se como Filhos para os efeitos desta cláusula, os enteados e menores considerados dependentes do Segurado Principal, de acordo com o regulamento do imposto de renda.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os Riscos Excluídos apresentados na Cláusula 4 – Riscos Excluídos das Condições Gerais.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1 O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao segurado em caso de sinistro coberto, não podendo em nenhuma hipótese ultrapassar o valor do capital segurado do Segurado Principal.

3.2 Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação do sinistro, será considerada como data do evento a data do falecimento do segurado.

3.3 Para os menores de 14 anos, o Seguro destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, observando-se:

- a) Incluem-se entre as despesas com o funeral as havidas com o traslado;
- b) Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

4. BENEFICIÁRIOS

O Capital Segurado devida por esta cláusula suplementar, será pago ao Segurado Principal.

5. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

Ratificam-se os procedimentos apresentados na da Cláusula 15 – Procedimentos em Caso de Sinistro das Condições Gerais deste seguro e documentos básicos apresentados nas

Condições Especiais da cobertura de Morte.

6. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.