



Yelum
seguradora

Aliro
seguro

 **Indiana**
Seguros

Seja bem-vindo!

A partir de agora você pode contar com a gente! Vamos cuidar de tudo para você aproveitar o que realmente importa. Estaremos sempre por perto para que você tenha a melhor experiência.

Leia atentamente as “Condições Gerais” deste manual para saber mais sobre as vantagens do seu novo seguro. Obrigado por nos escolher.

Marcos Machini

Vice-Presidente Comercial do Grupo HDI

DEFINIÇÕES	7
CONDIÇÕES GERAIS – YELUM VIDA ESPECIAL	11
1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES	11
2. OBJETIVO.....	11
3. TIPO DE CONTRATAÇÃO	11
4. ÂMBITO GEOGRÁFICO	11
5. COBERTURAS	11
6. RISCOS EXCLUÍDOS	13
7. ACEITAÇÃO DO SEGURO	14
8. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO	15
9. TÉRMINO DA COBERTURA.....	15
10. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	16
11. CAPITAL SEGURADO.....	17
12. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO.....	17
13. ATUALIZAÇÃO DE VALORES	17
14. PRÊMIO DO SEGURO.....	18
15. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS	32
16. CANCELAMENTO DO SEGURO	34
17. SUSPENSÃO DE COBERTURA.....	34
18. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	35
19. JUNTA MÉDICA.....	35
20. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	36
21. ALTERAÇÃO NO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA	37
22. PRESCRIÇÃO	37

23. FORO	37
24. DISPOSIÇÕES FINAIS.....	37
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA BÁSICA DE MORTE.....	38
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR ACIDENTE (IEA).....	40
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA).....	41
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE MAJORADA (IPA MAJORADA).....	46
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD)	48
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)	53
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (DIT)	55
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR DOENÇA OU ACIDENTE (DIH).....	58
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR DOENÇA OU ACIDENTE – EXCLUSIVAMENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (DIH/UTI).....	60
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA PARA LER E DORT	62
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA PARA HÉRNIA	64
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – CÂNCER (NEOPLASIA MALIGNA OU TUMOR MALIGNO)	67
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO	69
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)	71
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – INSUFICIÊNCIA RENAL	73
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – TRANSPLANTE DE CORAÇÃO.....	75

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – TRANSPLANTE DE FÍGADO	77
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – TRANSPLANTE DE MEDULA	79
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – TRANSPLANTE DE PÂNCREAS	81
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – TRANSPLANTE DE PULMÃO	83
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – TRANSPLANTE DE RIM	85
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – ALZHEIMER	86
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – BYPASS CARDÍACO	89
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES - CEGUEIRA	91
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – CIRURGIA DA AORTA	92
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – CIRURGIA DE VÁLVULA CARDÍACA	94
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – EMBOLIA PULMONAR	96
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – ESCLEROSE MÚLTIPLA	98
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – PARALISIA	100
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – PARKINSON	102
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – PERDA DE AUDIÇÃO	104
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE	106
CONDIÇÕES GERAIS - YELUM FUNERAL INDIVIDUAL	107
1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES	107
2. OBJETIVO	108
3. ÂMBITO GEOGRÁFICO	108
4. TIPO DE CONTRATAÇÃO	108
5. COBERTURAS	108
6. ASSISTÊNCIA FUNERAL - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS OU REEMBOLSO	108
7. AUXÍLIO FUNERAL - EXCLUSIVAMENTE REEMBOLSO	110

8. RISCOS EXCLUÍDOS	110
9. ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS	111
10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO	112
11. CAPITAL SEGURADO	113
12. REINTEGRAÇÃO	113
13. CARÊNCIA	113
14. FRANQUIA	113
15. ATUALIZAÇÃO DE VALORES	113
16. PRÊMIO, CÁLCULO E RECÁLCULO	114
17. CUSTEIO DO SEGURO	115
18. PERIODICIDADE DE PAGAMENTO DO PRÊMIO	115
19. PAGAMENTO DO PRÊMIO	115
20. CANCELAMENTO DO SEGURO	117
21. SUSPENSÃO DE COBERTURA	117
22. OCORRÊNCIA DE SINISTROS	118
23. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	118
24. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	119
25. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	121
26. TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS	121
27. ALTERAÇÃO NO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA	121
28. PRESCRIÇÃO	121
29. FORO	121
30. DISPOSIÇÕES FINAIS	121
31. ASSISTÊNCIA FUNERAL TABELA DE SERVIÇOS	122
CONDIÇÕES PARTICULARES DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES	126
SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA (INTERNACIONAL)	126
1. OBJETIVO	126
2. SERVIÇOS	126
3. INFORMAÇÕES IMPORTANTES	127
ASSISTÊNCIA PET	127
1. ÂMBITO GEOGRÁFICO	127
2. DEFINIÇÕES	127
3. SERVIÇOS	127

ASSISTÊNCIA CONVALESCÊNCIA.....	128
1. OBJETIVO	128
2. SERVIÇOS	129
3. COMO UTILIZAR	130

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.

Incluem-se nesse conceito:

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

Agravamento do Risco: É uma circunstância superveniente à contratação do seguro, que aumenta a probabilidade de ocorrência de sinistro, independente ou não da vontade do Segurado.

Agravo Mórbido: Piora de uma doença.

Alienação Mental: Distúrbio mental ou neuromental em que haja alterações completas 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.

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

Apólice: 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.

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

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

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

AVC isquêmicos transitórios e síndromes correlatas: situações em que o fluxo sanguíneo cerebral é diminuído, deixando de irrigar temporariamente uma parte do tecido cerebral, mas que são reversíveis; geralmente causadas por espasmos arteriais.

Aviso de Sinistro: É a comunicação à Seguradora da ocorrência do evento previsto na Apólice.

Beneficiário: Pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

Capital Segurado: É o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro coberto.

Cardiopatia Grave: Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do "Consenso Nacional de

Cardiopatia Grave”.

Carência: É o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência do seguro, do aumento do capital ou da recondução depois de suspenso, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito às coberturas contratadas, sem prejuízo do pagamento dos prêmios. A carência poderá ser total ou parcial, abrangendo todas as coberturas ou algumas delas.

Carregamento: É o percentual incidente sobre os prêmios pagos destinado a atender às despesas administrativas e de comercialização do Seguro.

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

Condições Contratuais e/ou Condições Gerais: Conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro.

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

Consumção: Definhamento progressivo e lento do organismo humano, produzido por doença.

Coronárias estenosadas: Artérias coronárias (que irrigam o músculo cardíaco) estreitadas, obstruídas.

Corretor de seguros: É o profissional habilitado e autorizado a angariar e promover contratos de seguros, remunerados mediante comissões estabelecidas nas tarifas.

Dados antropométricos: No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.

Deambular: Ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.

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.

Declaração de Saúde e Atividades (DSA): É o documento formal e legal, incluso na Proposta de Contratação, em que o proponente a Segurado presta informações sobre as suas condições de saúde.

Deficiência visual: Qualquer prejuízo da capacidade de visão a seguir do considerado normal.

Disfunção imunológica: Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

Distúrbios cognitivos: Distúrbios relacionados às capacidades de memória, atenção, percepção, raciocínio, juízo, pensamento e linguagem.

Documentos Contratuais: Documento emitido pela seguradora, sendo a apólice, a apólice de averbação, o certificado individual, o endosso e o bilhete de seguro.

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

Doença crônica de caráter progressivo: Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

Doença crônica em atividade: Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

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).

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.

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.

Doença profissional: Aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.

Doenças, lesões e acidentes preexistentes: São sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas ou acidente sofrido pelo Segurado, antes da contratação do seguro e que seja de seu conhecimento.

Embolização de vaso cerebral: Processo em que um êmbolo (coágulo, gordura etc.) é transportado pela corrente sanguínea e termina por obstruir um vaso cerebral de calibre menor.

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

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

Etiologia: Causa de cada doença.

Evento coberto: É o acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nas Condições Gerais do Seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seus Beneficiários.

Fatores de risco e morbidade: Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

Hígido: Saudável.

Incapacidade Temporária: É a perda total, contínua e temporária da capacidade para a prática da Atividade Laborativa, causada direta e exclusivamente por acidente ou doença.

Indenização: É a reparação do dano sofrido pelo Segurado, correspondente em moeda corrente vigente no Brasil, cuja responsabilidade pelo pagamento no Contrato de Seguro é da Seguradora, sendo devida após a regulação do sinistro.

Infarto antigo: Infarto (morte de parte do músculo cardíaco) que ocorreu no passado.

Infarto cerebral lacunar sem déficit neurológico: Pequenas áreas correspondentes a infartos do tecido cerebral, porém, em territórios que não causam sequelas neurológicas, ou seja, não têm repercussão clínica.

Infarto silencioso: Infarto que ocorre sem dor, sem percepção da vítima; geralmente constatado em um achado de exame feito ao acaso.

Invalidez Permanente: É a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão.

Limite Máximo de Diárias Indenizáveis: É a quantidade máxima de diárias que o Segurado fará jus, a contar da data do afastamento de suas atividades profissionais, observados a Carência, Franquia e limites estabelecidos nas Condições Especiais da Cobertura de Diária por Incapacidade Temporária.

Médico assistente: É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como médico assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados para exercer a prática da medicina. O Médico Assistente é o profissional que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

Prêmio ou Prêmio Único: Valor a ser pago para a garantia do risco, calculado para a vigência integral da apólice, podendo ser pago à vista ou parcelado (prêmio fracionado).

Prêmio Mensal: Valor a ser pago para a garantia do risco, calculado conforme opção especificada na proposta ou bilhete e pago mensalmente.

Processo SUSEP: É o registro deste seguro na SUSEP, que não implica, por parte da Autarquia, em incentivo ou

recomendação a sua comercialização.

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

Proponente: O interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

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 gerais.

Quadro clínico: Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

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

Regulação do sinistro: É a análise do processo de sinistro quanto a sua cobertura pela Apólice contratada, bem como da adequação da documentação necessária à indenização. Também envolve a ação do representante da Seguradora na verificação dos valores dos orçamentos das oficinas no que se refere à mão-de-obra, e as operações de substituição/recuperação de peças.

Relações existenciais: Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

Renda: É a série de pagamentos periódicos devidos ao (s) Beneficiário (s) ou ao próprio Segurado.

Riscos excluídos: São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não serão cobertos pelo presente Contrato de Seguro.

Segmento ST: Peça do traçado obtido no eletrocardiograma (ECG).

Seguradora: É a Empresa autorizada pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) a funcionar no Brasil como tal e que, recebendo o prêmio, assume o risco e garante a indenização em caso de ocorrência de sinistro amparado pelo Contrato de Seguro.

Segurado Dependente: É o cônjuge do Segurado Principal que tenha sido regularmente incluído no seguro.

Segurado Principal: Pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

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

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

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

SUSEP (Superintendência de Seguros Privados): Autarquia Federal fiscalizadora e reguladora das entidades do mercado securitário.

Toracotomia mínima: Pequena incisão para abertura da cavidade torácica, que serve para a entrada de instrumentos e câmeras de vídeo (semelhante ao que ocorre na videolaparotomia).

Transferência corporal: Capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

Troponina I ou T: Proteínas que existem no músculo cardíaco que são usadas como marcadores de lesão celular (infarto).

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

CONDIÇÕES GERAIS – YELUM VIDA ESPECIAL**1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

- 1.1. A aceitação da proposta está sujeita à análise do risco.
- 1.2. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.
- 1.3. O Segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

2. OBJETIVO

O Seguro de Vida Yelum Vida Especial tem por objetivo garantir ao Segurado ou aos seus Beneficiários o pagamento de uma importância em dinheiro, ou sob a forma de reembolso ou prestação de serviços, limitado ao valor do Capital Segurado contratado, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, previstos nas coberturas contratadas pelo Segurado, exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais disposições das Condições Contratuais.

3. TIPO DE CONTRATAÇÃO

Este seguro é de contratação individual.

4. ÂMBITO GEOGRÁFICO

O presente seguro garante os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

5. COBERTURAS

5.1. As coberturas do seguro dividem-se em básica e adicionais. É obrigatória a contratação de uma das coberturas básicas, sendo facultativa a contratação de uma, ou mais coberturas adicionais.

5.1.1. Coberturas Básicas:

a) Cobertura Básica: Morte

5.1.2. Coberturas Adicionais:

- a) Indenização Especial por Acidente (IEA);
- b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
- c) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada (IPA Majorada);
- d) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD);
- e) Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas (DMHO);
- f) Diária por Incapacidade Temporária (DIT);
- g) Diária de Internação Hospitalar por Doença ou Acidente (DIH);
- h) Diária de Internação Hospitalar por Doença ou Acidente exclusivamente em unidade de terapia intensiva (DIH/UTI);
- i) Cobertura Especial para LER e DORT;
- j) Cobertura Especial para Hérnia;
- k) Doenças Graves - Alzheimer;
- l) Doenças Graves - Acidente Vascular Cerebral (AVC);

- m) Doenças Graves – Bypass Cardíaco;
- n) Doenças Graves - Câncer (Neoplasia Maligna ou Tumor Maligno);
- o) Doenças Graves - Cegueira;
- p) Doenças Graves - Cirurgia da Aorta;
- q) Doenças Graves - Cirurgia de Válvula Cardíaca;
- r) Doenças Graves - Embolia Pulmonar;
- s) Doenças Graves - Esclerose Múltipla;
- t) Doenças Graves - Infarto Agudo do Miocárdio;
- u) Doenças Graves - Insuficiência Renal;
- v) Doenças Graves - Paralisia;
- w) Doenças Graves - Parkinson;
- x) Doenças Graves - Perda de Audição;
- y) Doenças Graves - Transplante de Coração;
- z) Doenças Graves - Transplante de Fígado;
- aa) Doenças Graves - Transplante de Medula;
- bb) Doenças Graves - Transplante de Pâncreas;
- cc) Doenças Graves - Transplante de Pulmão;
- dd) Doenças Graves - Transplante de Rim.
- ee) Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge.

5.2. O Proponente deverá informar na Proposta quais coberturas pretende contratar, sendo a cobertura de Morte de contratação obrigatória, e as demais facultativas.

5.3. A descrição e as normas destas garantias estão reguladas nas respectivas Condições Especiais destas Condições Gerais.

5.4. As coberturas só poderão ser contratadas respeitando-se as conjugações disponibilizadas pela Seguradora, sendo obrigatória a contratação da cobertura básica.

5.5. As coberturas adicionais de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada (IPA Majorada), Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Diária por Incapacidade Temporária (DIT), Diária de Internação Hospitalar por Doença ou Acidente (DIH), Diária de Internação Hospitalar por Doença ou Acidente exclusivamente em unidade de terapia intensiva (DIH/UTI), Cobertura Especial para LER e DORT, Cobertura Especial para Hérnia e de Doenças Graves (todas) não poderão ser contratadas para o cônjuge.

5.6. As coberturas de Doenças Graves poderão ser contratadas de acordo com os seguintes conjunto de coberturas disponibilizados pela Seguradora:

- Doenças Graves - Plano 1: Acidente Vascular Cerebral (AVC), Câncer (Neoplasia Maligna ou Tumor Maligno), Infarto Agudo do Miocárdio, Insuficiência Renal, Transplante de Coração, Transplante de Fígado, Transplante de Medula, Transplante de Pâncreas, Transplante de Pulmão e Transplante de Rim;
- Doenças Graves - Plano 2: Alzheimer, Acidente Vascular Cerebral (AVC), Bypass Cardíaco, Câncer (Neoplasia Maligna ou Tumor Maligno), Cegueira, Cirurgia da Aorta, Cirurgia de Válvula Cardíaca, Embolia Pulmonar, Esclerose Múltipla, Infarto Agudo do Miocárdio, Insuficiência Renal, Paralisia, Parkinson, Perda de Audição, Transplante de Coração, Transplante de Fígado, Transplante de Medula, Transplante de Pâncreas, Transplante de Pulmão e Transplante de Rim;

6. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos de todas as coberturas previstas neste Contrato de Seguro os eventos ocorridos em consequência:

- a) Do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como contaminação radiativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) De atos de operação de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha ou revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos terroristas, ou quaisquer perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) De doenças, lesões ou acidentes preexistentes à contratação do seguro, com exceção dos itens abaixo:
 - c.1) que forem de conhecimento do segurado e tenham sido declaradas na declaração pessoal de saúde que integra a proposta de contratação ou de adesão;
 - c.2) que não forem de conhecimento do segurado quando da formalização da proposta de contratação ou de adesão ou ainda;
 - c.3) Quando não existir obrigatoriedade do preenchimento da declaração pessoal de saúde.
- d) De furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- e) De suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Seguro, ou de sua recondução depois de suspenso. Este seguro está estruturado sob o Regime Financeiro de Repartição Simples, impossibilitando, tecnicamente, a devolução de prêmio ou reserva, caso ocorra suicídio durante o período de exclusão da cobertura.
- f) De epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;
- g) De danos causados por atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticado pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;
- h) Da prática, por parte do Segurado, de atos contrários à Lei, inclusive a condução ou pilotagem de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal;
- i) De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando do exercício de serviço militar, da prática de atos de humanidade em auxílio de outrem, utilização de meio de transporte mais arriscado ou da prática de esporte;
- j) Indenizações ou prejuízos decorrentes de acordo ou condenação judicial por danos morais.
- k) Cláusula de Exclusão Embargos e Sanções: estão excluídos da cobertura deste seguro todos e quaisquer riscos cuja cobertura e/ou eventual pagamento da respectiva indenização securitária, implicaria na obrigação da Seguradora de atuar de forma a atrair, em razão de embargos e sanções comerciais e econômicos, ações punitivas para a Seguradora, seu grupo econômico e administradores, por parte dos Estados Unidos da América, do Reino Unido, da União Europeia conforme descrito nas listas de embargos e sanções a seguir:
 - a) Reino Unido e União Europeia: <https://www.consilium.europa.eu/pt/polices/sanctions/>
 - b) Office of Foreign Assets Control – OFAC (Agência de Controle de Ativos Estrangeiros dos EUA): <https://sanctionssearch.ofac.treas.gov/>

Estão ainda excluídos da cobertura dessa Apólice, todos e quaisquer riscos cujo imediato pagamento da

respectiva indenização securitária esteja vedado, por embargos e sanções comerciais e econômicos internacionais impostos por entidades multilaterais integradas pelo Brasil, tais como, mas não se limitando, o GAFI (Grupo de Ação Financeira contra a Lavagem de Dinheiro e o Financiamento do Terrorismo) e a Organização das Nações Unidas (ONU).

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

7.1. Somente serão aceitos os seguros de Proponentes que, na data estabelecida para início de vigência do risco:

- a) Tenham idade a partir de 14 (quatorze) e até 65 (sessenta e cinco) anos, 11 (onze) meses, 29 (vinte e nove) dias completos;
- b) Estejam em plena atividade profissional;
- c) Estejam em perfeitas condições de saúde; e
- d) Se enquadrem nas atividades profissionais autônomas e empresariais.

7.2. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias contados da transmissão ou protocolo da proposta física, para sua análise e aceitação ou recusa. Quando constatada a necessidade de informações e/ou documentos complementares para possibilitar a melhor análise do risco proposto, o referido prazo será suspenso até a data em que ocorrer a entrega das informações ou documentos solicitados.

7.2.1. Durante o período de análise será garantida cobertura provisória do risco segurado. Em caso de recusa do risco, haverá comunicação ao proponente, seu representante legal ou corretor de seguros e a cobertura provisória será encerrada imediatamente. De qualquer forma, eventuais sinistros ocorridos durante o período de cobertura provisória apenas serão atendidos se o evento estiver amparado pelas Condições Gerais do produto e o sinistro for considerado como regular.

7.2.2. No caso de aceitação da proposta o período de cobertura provisória será considerado como de efetiva vigência do seguro.

7.2.3. A ausência de manifestação da Seguradora quanto à aceitação ou recusa da proposta, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da mesma.

7.3. A aceitação do Seguro se fará mediante o preenchimento e assinatura da Proposta de Contratação pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado que, sob pena de ser declinado o risco, deverá conter:

- a) Dados pessoais;
- b) CPF, ou, na falta deste, outro documento identificador de âmbito nacional;
- c) Declaração ou prova de saúde;
- d) Declaração de conhecimento prévio das Condições Gerais e demais disposições do presente seguro;
- e) Indicação do (s) Beneficiário (s).

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

7.3.2. É facultado à Seguradora solicitar informação, para efeito de subscrição, da existência de outros contratos de seguro de pessoas com coberturas concomitantes.

7.4. A solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta poderá ser feita apenas uma única vez durante o prazo de avaliação do risco.

7.4.1. A não aceitação da Proposta de Contratação por parte da Seguradora será comunicada por escrito ao Proponente

e implicará na devolução integral de qualquer prêmio eventualmente pago, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, atualizados da data do pagamento pelo Segurado até a data da efetiva restituição pelo IPCA (índice de Preços ao Consumidor Amplo), conforme legislação vigente.

8. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

8.1. O início de vigência do seguro se dará conforme estabelecido a seguir:

- a)** O seguro terá o seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicados;
- b)** Para a Proposta de Contratação ou pedido de endosso recebido sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a data de aceitação da Proposta ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e indicada na Proposta;
- c)** Para a Proposta de Contratação ou pedido de endosso recebido com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início de vigência do seguro será às 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção da proposta pela Seguradora.

8.2. No início de vigência do seguro, bem como nos aniversários subsequentes, a Seguradora providenciará a emissão da Apólice contendo o nome do Segurado, início e final de vigência do seguro, Capital Segurado e prêmio total, entre outros.

8.3. O seguro terá vigência de 12 (doze).

8.4. A renovação do seguro somente será realizada quando o Segurado, seu representante e/ou o Corretor de Seguros manifestar à Seguradora sua intenção de renovar a apólice, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias antes do final da vigência do seguro, sendo que a aceitação do risco estará sujeita a análise da Seguradora.

8.5. Poderá, se assim desejado pelo Segurado, seu representante e/ou o Corretor de Seguros ocorrer a renovação do seguro de forma automática, uma única vez e pelo mesmo prazo, ao término da vigência original.

8.6. Não havendo interesse na renovação automática pelo Segurado, estipulante ou pela Seguradora, deverá haver comunicação mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

8.7. A Seguradora fornecerá ao Proponente, seu representante e/ou o Corretor de Seguros, protocolo que identifique o pedido/proposta de renovação por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

8.8. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

8.9. À proposta de renovação se aplicam os mesmos prazos e procedimentos de aceitação indicados na Cláusula 7-ACEITAÇÃO DO SEGURO destas Condições Gerais.

9. TÉRMINO DA COBERTURA

9.1. DOENÇAS GRAVES

Além das hipóteses previstas nestas Condições Gerais, as coberturas de Doenças Graves (todas), cessarão:

- a) Com o pagamento do Capital Segurado referente a uma das coberturas de Doenças Graves previstas no seguro contratado;**
- b) Com o cancelamento automático desta (s) cobertura (s), quando o Segurado atingir 71 (setenta e um) anos, tendo em vista a idade-limite para permanência da cobertura ser de 70 (setenta) anos, 11 (onze) meses**

e 29 (vinte e nove) dias, conforme expressamente constante na Proposta de Contratação, objeto de contrato entre as partes; e

c) Com o cancelamento do seguro.

9.2. DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA, LER/ DORT e HÉRNIA

Além das hipóteses previstas nestas Condições Gerais, as coberturas de Diária Incapacidade Temporária, Ler/ Dort e Hérnia, cessarão:

a) Com o cancelamento automático desta (s) cobertura (s), quando o Segurado atingir 71 (setenta e um) anos, tendo em vista a idade-limite para permanência da cobertura ser de 70 (setenta) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias, conforme expressamente constante na Proposta de Contratação, objeto de contrato entre as partes; e

b) Com o cancelamento do seguro.

9.3. DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR e DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI

Além das hipóteses previstas nestas Condições Gerais, as coberturas de Diária de Internação Hospitalar e Diária de Internação Hospitalar em UTI, cessarão:

a) Com o cancelamento automático desta (s) cobertura (s), quando o Segurado atingir 71 (setenta e um) anos, tendo em vista a idade-limite para permanência da cobertura ser de 70 (setenta) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias, conforme expressamente constante na Proposta de Contratação, objeto de contrato entre as partes; e

b) Com o cancelamento do seguro.

10. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

10.1. É facultado ao Segurado indicar livremente o (s) Beneficiário (s), ressalvadas as restrições legais. Na falta da indicação de Beneficiário (s), se aplicará, para efeito de pagamento do Capital Segurado, o disposto no art. 792 do Código Civil Brasileiro:

Art. 792:

“Na falta de indicação da pessoa ou Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o Capital Segurado será pago metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária.

Parágrafo Único - Na falta das pessoas indicada neste artigo, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência”.

10.2. Para os fins desta Cláusula, a (o) companheira (o) será equiparada (o) à (ao) esposa (o), nos casos admitidos pela Lei Civil, observado o disposto no artigo 793 do Código Civil Brasileiro:

Art. 793:

“É válida a instituição do Companheiro como Beneficiário, se ao tempo do contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.”

10.3. Observado o disposto no artigo 791 do Código Civil Brasileiro, é facultado ao Segurado, em qualquer época, substituir o (s) seu (s) Beneficiário (s), mediante manifestação escrita.

Art. 791:

“Se o Segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma

obrigação, é lícita a substituição do Beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade".

10.4. Caso o Segurado não dê ciência à Seguradora da substituição de seu (s) Beneficiário (s) na forma prevista no subitem anterior, a Seguradora se desobrigará, pagando o Capital Segurado ao (s) antigo (s) Beneficiário (s).

10.5. No caso das coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), Doenças Graves (todas), bem como no caso de morte do Segurado Dependente, quando houver, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado Principal.

10.5.1. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do Segurado Dependente, o Capital Segurado referente à cobertura do Segurado Dependente deverá ser pago aos herdeiros legais deste, salvo disposição em contrário.

11. CAPITAL SEGURADO

11.1. Para fins deste seguro, Capital Segurado é a importância máxima, por cobertura contratada, a ser paga ou reembolsada, vigente na data do evento.

11.2. O Segurado poderá solicitar a qualquer momento o aumento do seu Capital Segurado, preenchendo nova Proposta de Contratação e reenquadrando o novo custo à sua idade atual, pagando o prêmio correspondente, ficando sujeito às normas descritas na Cláusula 7-ACEITAÇÃO DO SEGURO destas Condições Gerais.

11.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, as definidas em cada uma das respectivas condições das coberturas.

12. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO

Os valores do Capital Segurado e do prêmio serão atualizados monetariamente a cada ano com base no IPCA-IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo - IBGE) ou outro índice que vier a substituí-lo.

13. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

13.1. Os valores relativos a este contrato de seguro estão sujeitos a correção monetária, de acordo com a variação do IPCA e juros moratórios legais, de 1% (um por cento) ao mês, respeitando as seguintes regras:

13.1.1. Para devolução de Prêmio a Seguradora terá um prazo de até 10 (dez) dias úteis, a contar da data de exigibilidade abaixo:

a) Endosso com restituição de prêmio: os valores a serem restituídos serão exigíveis a contar da data do recebimento da solicitação do endosso (com a confirmação dos dados bancários válidos para devolução) por parte do segurado.

b) Cancelamento do Contrato: os valores a serem restituídos serão exigíveis a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento (com a confirmação dos dados bancários válidos para devolução) por parte do segurado ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.

c) Valores Recebidos Indevidamente pela Seguradora: valores a serem devolvidos ao Segurado serão exigíveis a contar da data do recebimento da solicitação (com a confirmação dos dados bancários válidos para devolução) por parte do segurado.

d) Proposta Recusada: os valores a serem restituídos serão exigíveis a partir da data da recusa da proposta, e a correção dos valores a contar da data do pagamento realizado pelo segurado, até a data da efetiva restituição pela Seguradora.

13.1.2. Pagamentos em caso de indenização de sinistros ocorrida após o prazo previsto nas respectivas Cláusulas destas Condições Gerais (Cláusula 18 - PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO) incidirão:

a) correção monetária: a partir da data de ocorrência do sinistro definido na Cláusula 11 - CAPITAL SEGURADO, de acordo com a variação positiva do IPCA até a data do efetivo pagamento.

b) juros moratórios legais: de 1% (um por cento) ao mês, a contar da data de término do prazo contratual para pagamento da indenização (Cláusula 18 - PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO), ou seja, a partir do 31º (trigésimo-primeiro) dia, "pro-rata-temporis", contado da data da entrega do último documento constante da relação da documentação básica ou de documento justificadamente solicitado pela Cia, até a data do efetivo pagamento.

13.2. Para indenizações liquidadas em moeda estrangeira, deverão ser observados, no mínimo, os itens relativos ao acréscimo de juros moratórios e multa.

13.3. Fica entendido e acordado que as atualizações previstas nesta cláusula serão efetuadas com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele imediatamente anterior à data da efetiva liquidação.

13.4. Em caso de extinção do índice pactuado, IPCA/IBGE, será utilizado como substituto o IGPM/FGV.

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

14. PRÊMIO DO SEGURO

14.1. O prêmio do seguro é o produto da aplicação da taxa correspondente a idade do Segurado sobre o respectivo capital da (s) Cobertura (s) contratadas.

14.2. O valor do prêmio do seguro será reajustado anualmente, na data de aniversário da apólice, sempre que houver a intenção de renovar a apólice manifestada à Seguradora pelo Segurado, seu Representante e/ou Corretor de Seguros, em razão do reenquadramento do seguro à nova idade perfil atingida pelo Segurado.

14.3. As faixas etárias para correção e seus percentuais de atualização são variáveis conforme o produto e data da primeira contratação do seguro.

Parágrafo único. Na hipótese do Segurado, seu Representante e/ou Corretor de Seguros renovar anualmente de forma sucessiva e ininterrupta o seguro, a Seguradora permanecerá utilizando a mesma **Tabela de Faixas Etárias e Percentuais de Reajuste por Cobertura** vigente na data da primeira contratação do seguro e expressamente prevista na proposta/apólice, realizando a cobrança do novo prêmio a partir do mês de renovação do seguro.

Confira na tabela abaixo a regra atual, válida para primeira contratação, de reajuste por mudança de faixa etária x cobertura. Ressalta-se que a tabela de reajuste aplicável ao seu seguro, sempre constará expressamente na apólice de seguro contratada.

14.3.1. Tabela de Idades e Percentuais de Reajuste por Cobertura:

Idade atingida pelo Segurado	Morte	Morte	IFPD	IFPD	DG 1	DG1	DG 2	DG 2
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
14	-	-	-	-	-	-	-	-
15	2,4%	7,4%	2,4%	7,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
16	2,5%	6,9%	2,5%	6,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
17	2,7%	6,5%	2,7%	6,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
18	3,1%	7,0%	3,1%	7,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
19	3,4%	6,6%	3,4%	6,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
20	3,5%	6,6%	3,5%	6,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
21	4,0%	6,2%	4,0%	6,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
22	4,0%	6,2%	4,0%	6,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
23	4,4%	6,1%	4,4%	6,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
24	4,6%	6,1%	4,6%	6,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
25	4,4%	5,8%	4,4%	5,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
26	4,5%	5,4%	4,5%	5,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
27	4,2%	5,2%	4,2%	5,2%	5,4%	5,4%	0,0%	0,0%
28	4,0%	4,7%	4,0%	4,7%	8,6%	8,6%	21,6%	9,2%
29	3,8%	4,4%	3,8%	4,4%	7,9%	7,9%	5,2%	1,1%
30	3,8%	4,3%	3,8%	4,3%	7,3%	7,3%	4,8%	5,7%
31	3,6%	2,9%	3,6%	2,9%	6,8%	6,8%	4,5%	5,4%
32	3,6%	2,8%	3,6%	2,8%	6,4%	6,4%	4,2%	5,2%
33	3,6%	2,7%	3,6%	2,7%	6,0%	6,0%	4,0%	4,9%
34	3,9%	2,7%	3,9%	2,7%	5,7%	5,7%	3,7%	4,7%
35	4,7%	2,6%	4,7%	2,6%	5,4%	5,4%	3,5%	4,5%
36	5,6%	2,5%	5,6%	2,5%	10,0%	10,0%	4,2%	9,4%
37	6,6%	2,5%	6,6%	2,5%	9,1%	9,1%	3,9%	8,9%
38	7,9%	2,4%	7,9%	2,4%	8,3%	8,3%	3,7%	8,6%
39	2,0%	2,3%	2,0%	2,3%	13,1%	7,7%	3,5%	8,2%
40	1,5%	2,3%	1,5%	2,3%	12,2%	7,1%	8,2%	7,9%
41	11,3%	8,0%	11,3%	7,9%	8,6%	6,7%	6,0%	5,8%
42	12,1%	8,2%	12,1%	8,2%	8,1%	6,2%	5,8%	5,6%

Idade atingida pelo Segurado	Morte	Morte	IFPD	IFPD	DG 1	DG1	DG 2	DG 2
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
43	12,7%	8,7%	12,7%	8,7%	7,7%	11,2%	5,6%	5,5%
44	12,9%	8,9%	12,9%	8,9%	7,4%	10,6%	5,4%	5,3%
45	12,7%	9,4%	12,7%	9,4%	7,0%	10,0%	5,3%	5,1%
46	12,3%	9,7%	12,3%	9,7%	12,5%	11,8%	13,0%	9,2%
47	11,7%	10,2%	11,7%	10,2%	11,8%	6,7%	12,2%	8,8%
48	11,1%	10,5%	11,1%	10,5%	11,1%	6,3%	11,5%	8,4%
49	10,5%	10,5%	10,5%	10,5%	10,5%	5,9%	10,9%	8,0%
50	9,8%	10,4%	9,8%	10,4%	10,0%	5,6%	10,3%	7,7%
51	10,6%	16,9%	10,6%	16,9%	12,3%	5,3%	12,4%	10,2%
52	9,9%	12,5%	9,9%	12,5%	8,3%	13,8%	11,7%	9,7%
53	9,3%	12,5%	9,3%	12,5%	14,3%	4,8%	11,0%	9,2%
54	8,8%	12,5%	8,8%	12,5%	10,4%	4,6%	10,4%	8,8%
55	8,5%	12,6%	8,5%	12,6%	9,9%	4,4%	9,9%	8,4%
56	8,2%	12,7%	8,2%	12,7%	10,5%	10,5%	13,4%	8,0%
57	7,9%	12,8%	7,9%	12,8%	12,2%	9,5%	12,3%	7,0%
58	6,6%	13,0%	6,6%	13,0%	11,3%	12,8%	11,4%	6,2%
59	6,7%	14,6%	6,7%	14,6%	13,1%	12,0%	10,6%	5,5%
60	18,8%	18,7%	18,8%	18,7%	12,3%	11,2%	10,0%	4,9%
61	11,4%	17,9%	11,4%	17,9%	6,9%	10,6%	6,8%	6,8%
62	15,5%	10,3%	15,5%	10,3%	6,4%	10,0%	6,4%	6,4%
63	9,1%	10,7%	9,1%	10,7%	6,0%	9,5%	6,0%	6,0%
64	9,7%	10,7%	9,7%	10,7%	5,7%	12,3%	5,7%	5,7%
65	10,2%	10,6%	10,2%	10,6%	5,4%	5,4%	5,4%	5,4%
66	10,5%	10,3%	10,5%	10,3%	4,2%	4,2%	4,2%	4,2%
67	10,7%	9,9%	10,7%	9,9%	4,0%	4,0%	4,0%	4,0%
68	10,8%	9,5%	10,8%	9,5%	3,9%	3,9%	3,9%	3,9%
69	10,8%	9,5%	10,8%	9,5%	3,7%	3,7%	3,7%	3,7%
70	10,8%	9,8%	10,8%	9,8%	3,6%	3,6%	3,6%	3,6%
71	10,6%	10,3%	10,7%	10,3%	-	-	-	-
72	10,5%	11,0%	10,5%	11,0%	-	-	-	-
73	10,3%	11,6%	10,3%	11,6%	-	-	-	-
74	10,3%	12,1%	10,3%	12,1%	-	-	-	-

Idade atingida pelo Segurado	Morte	Morte	IFPD	IFPD	DG 1	DG1	DG 2	DG 2
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
75	10,2%	12,4%	10,2%	12,4%	-	-	-	-
76	10,2%	12,6%	10,2%	12,6%	-	-	-	-
77	10,2%	12,6%	10,2%	12,6%	-	-	-	-
78	10,2%	12,6%	10,3%	12,6%	-	-	-	-
79	10,2%	12,6%	10,2%	12,6%	-	-	-	-
80	10,2%	12,6%	10,2%	12,6%	-	-	-	-
81	10,1%	12,6%	10,1%	12,6%	-	-	-	-
82	10,0%	12,6%	10,0%	12,6%	-	-	-	-
83	9,9%	12,5%	9,9%	12,5%	-	-	-	-
84	9,6%	12,4%	9,6%	12,4%	-	-	-	-
85	9,3%	12,3%	9,3%	12,3%	-	-	-	-
86	8,9%	12,2%	8,9%	12,2%	-	-	-	-
87	8,5%	12,0%	8,5%	12,0%	-	-	-	-
88	8,1%	11,8%	8,1%	11,8%	-	-	-	-
89	7,8%	11,4%	7,8%	11,4%	-	-	-	-
90	7,6%	10,8%	7,6%	10,8%	-	-	-	-
91	7,4%	10,2%	7,4%	10,2%	-	-	-	-
92	7,3%	9,6%	7,3%	9,6%	-	-	-	-
93	7,2%	8,9%	7,2%	8,9%	-	-	-	-
94	7,1%	8,3%	7,1%	8,3%	-	-	-	-
95	7,1%	7,7%	7,1%	7,7%	-	-	-	-
96	7,1%	7,1%	7,1%	7,1%	-	-	-	-
97	7,0%	6,5%	7,0%	6,5%	-	-	-	-
98	7,1%	6,3%	7,1%	6,3%	-	-	-	-
99	7,3%	6,3%	7,3%	6,3%	-	-	-	-
100	7,5%	6,6%	7,5%	6,6%	-	-	-	-
101	7,8%	7,0%	7,8%	7,0%	-	-	-	-
102	8,1%	7,5%	8,1%	7,5%	-	-	-	-
103	8,4%	8,1%	8,4%	8,1%	-	-	-	-
104	8,7%	8,7%	8,7%	8,7%	-	-	-	-
105	8,9%	9,3%	8,9%	9,3%	-	-	-	-
106	9,1%	9,8%	9,1%	9,8%	-	-	-	-

Idade atingida pelo Segurado	Morte	Morte	IFPD	IFPD	DG 1	DG1	DG 2	DG 2
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
107	9,3%	10,3%	9,3%	10,3%	-	-	-	-
108	9,4%	10,7%	9,4%	10,7%	-	-	-	-
109	9,5%	11,0%	9,5%	11,0%	-	-	-	-
110	9,6%	11,2%	9,6%	11,2%	-	-	-	-
111	9,6%	11,3%	9,6%	11,3%	-	-	-	-
112	9,6%	11,4%	9,6%	11,4%	-	-	-	-
113	9,5%	11,4%	9,5%	11,4%	-	-	-	-
114	9,5%	11,3%	9,5%	11,3%	-	-	-	-
115	9,4%	11,2%	9,4%	11,2%	-	-	-	-

DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (Franquia de 7 dias)

Idade atingida pelo Segurado	DIT	DIT	LER/DORT	LER/DORT	Hérnia	Hérnia
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
14	-	-	-	-	-	-
15	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
16	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
17	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
18	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
19	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
20	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
21	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
22	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
23	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
24	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
25	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (Franquia de 7 dias)						
Idade atingida pelo Segurado	DIT	DIT	LER/DORT	LER/DORT	Hérnia	Hérnia
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
26	3,2%	2,8%	5,9%	0,0%	0,0%	0,0%
27	3,1%	3,4%	0,0%	14,3%	14,3%	0,0%
28	3,0%	2,6%	5,6%	0,0%	0,0%	0,0%
29	2,9%	3,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
30	2,8%	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
31	2,7%	3,0%	5,3%	0,0%	0,0%	0,0%
32	2,7%	2,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
33	2,6%	2,8%	5,0%	12,5%	12,5%	20,0%
34	2,5%	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
35	2,5%	2,7%	4,8%	0,0%	0,0%	0,0%
36	5,2%	5,3%	4,5%	0,0%	0,0%	0,0%
37	4,9%	5,0%	4,3%	11,1%	11,1%	0,0%
38	4,7%	4,3%	4,2%	0,0%	0,0%	16,7%
39	4,5%	4,6%	4,0%	10,0%	10,0%	0,0%
40	4,3%	4,4%	3,8%	0,0%	0,0%	0,0%
41	4,1%	4,2%	7,4%	9,1%	9,1%	14,3%
42	4,2%	4,0%	3,4%	0,0%	0,0%	0,0%
43	3,8%	3,9%	3,3%	8,3%	8,3%	0,0%
44	3,6%	3,7%	3,2%	0,0%	0,0%	12,5%
45	3,5%	3,6%	3,1%	7,7%	7,7%	0,0%
46	5,7%	5,5%	6,1%	7,1%	7,1%	11,1%
47	5,1%	5,2%	5,7%	0,0%	0,0%	0,0%
48	5,1%	5,0%	5,4%	6,7%	6,7%	10,0%
49	4,8%	4,7%	5,1%	6,3%	6,3%	0,0%
50	4,6%	4,8%	4,9%	5,9%	5,9%	9,1%
51	4,2%	4,3%	4,7%	5,6%	5,6%	0,0%

DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (Franquia de 7 dias)						
Idade atingida pelo Segurado	DIT	DIT	LER/DORT	LER/DORT	Hérnia	Hérnia
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
52	4,2%	4,1%	4,4%	0,0%	0,0%	8,3%
53	4,1%	4,0%	4,3%	5,3%	5,3%	0,0%
54	3,9%	3,8%	4,1%	5,0%	5,0%	7,7%
55	3,6%	3,7%	3,9%	4,8%	4,8%	0,0%
56	2,9%	2,9%	1,9%	4,5%	4,5%	7,1%
57	2,8%	2,8%	3,7%	0,0%	0,0%	0,0%
58	2,7%	2,9%	3,6%	4,3%	4,3%	6,7%
59	2,8%	2,7%	3,4%	4,2%	4,2%	0,0%
60	2,6%	2,6%	1,7%	0,0%	0,0%	6,3%
61	2,5%	2,5%	3,3%	4,0%	4,0%	0,0%
62	2,5%	2,5%	3,2%	3,8%	3,8%	5,9%
63	2,4%	2,4%	1,5%	3,7%	3,7%	0,0%
64	2,4%	2,3%	3,0%	0,0%	0,0%	0,0%
65	2,3%	2,3%	2,9%	3,6%	3,6%	5,6%
66	6,9%	6,9%	7,1%	6,9%	6,9%	5,3%
67	3,0%	3,1%	2,7%	3,2%	3,2%	5,0%
68	3,1%	3,1%	3,9%	3,1%	3,1%	4,8%
69	3,1%	3,0%	2,5%	3,0%	3,0%	0,0%
70	4,0%	4,1%	4,9%	5,9%	5,9%	4,5%

DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (Franquia de 10 dias)

Idade atingida pelo Segurado	DIT	DIT	LER/DORT	LER/DORT	Hérnia	Hérnia
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
14	-	-	-	-	-	-
15	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
16	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
17	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
18	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
19	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
20	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
21	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
22	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
23	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
24	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
25	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
26	3,3%	2,9%	0,0%	0,0%	0,0%	25,0%
27	2,8%	2,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
28	3,1%	2,8%	5,9%	0,0%	0,0%	0,0%
29	2,6%	3,4%	0,0%	9,1%	14,3%	0,0%
30	3,0%	2,6%	5,6%	0,0%	0,0%	0,0%
31	2,9%	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
32	2,4%	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
33	2,7%	2,4%	5,3%	8,3%	0,0%	0,0%
34	2,3%	3,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
35	2,6%	2,3%	5,0%	0,0%	12,5%	0,0%
36	5,1%	5,1%	4,8%	7,7%	0,0%	20,0%
37	4,8%	4,8%	4,5%	7,1%	0,0%	0,0%
38	4,9%	5,1%	4,3%	0,0%	11,1%	0,0%
39	4,4%	4,4%	4,2%	6,7%	0,0%	16,7%

DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (Franquia de 10 dias)						
Idade atingida pelo Segurado	DIT	DIT	LER/DORT	LER/DORT	Hérnia	Hérnia
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
40	4,5%	4,2%	4,0%	6,3%	10,0%	0,0%
41	4,0%	4,5%	3,8%	5,9%	0,0%	0,0%
42	3,9%	3,8%	3,7%	0,0%	9,1%	14,3%
43	4,0%	3,7%	3,6%	5,6%	0,0%	0,0%
44	3,6%	3,6%	6,9%	5,3%	8,3%	0,0%
45	3,5%	3,8%	3,2%	0,0%	0,0%	0,0%
46	5,7%	5,5%	6,3%	10,0%	7,7%	12,5%
47	5,2%	5,2%	2,9%	4,5%	7,1%	0,0%
48	5,2%	5,0%	5,7%	4,3%	0,0%	11,1%
49	4,7%	4,7%	5,4%	4,2%	6,7%	0,0%
50	4,7%	4,5%	5,1%	4,0%	6,3%	10,0%
51	4,3%	4,3%	4,9%	7,7%	5,9%	0,0%
52	4,3%	4,4%	4,7%	3,6%	0,0%	9,1%
53	3,9%	4,0%	2,2%	3,4%	5,6%	0,0%
54	4,0%	3,8%	4,3%	3,3%	5,3%	8,3%
55	3,6%	3,7%	4,2%	3,2%	5,0%	0,0%
56	2,9%	2,8%	4,0%	3,1%	0,0%	7,7%
57	2,8%	3,0%	1,9%	3,0%	4,8%	0,0%
58	2,7%	2,7%	3,8%	5,9%	4,5%	7,1%
59	2,7%	2,6%	3,6%	2,8%	0,0%	0,0%
60	2,6%	2,5%	1,8%	2,7%	4,3%	6,7%
61	2,5%	2,7%	3,4%	2,6%	4,2%	0,0%
62	2,5%	2,4%	3,3%	2,6%	4,0%	0,0%
63	2,4%	2,4%	1,6%	2,5%	0,0%	6,3%
64	2,4%	2,3%	3,2%	2,4%	3,8%	0,0%
65	2,3%	2,4%	3,1%	2,4%	3,7%	5,9%

DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (Franquia de 10 dias)

Idade atingida pelo Segurado	DIT	DIT	LER/DORT	LER/DORT	Hérnia	Hérnia
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
66	6,9%	6,8%	7,5%	7,0%	7,1%	0,0%
67	3,1%	2,9%	2,8%	2,2%	3,3%	5,6%
68	3,0%	3,2%	4,1%	4,3%	3,2%	5,3%
69	3,0%	2,9%	2,6%	2,0%	3,1%	0,0%
70	4,2%	5,7%	3,8%	6,0%	3,0%	10,0%

DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR DOENÇA OU ACIDENTE (DIH)

Idade atingida pelo Segurado	DIH (150)	DIH (150)	DIH (200)	DIH (200)	DIH (250)	DIH (250)
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
14	-	-	-	-	-	-
15	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
16	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
17	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
18	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
19	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
20	17,7%	17,8%	18,8%	18,8%	19,9%	19,9%
21	9,6%	9,6%	10,9%	10,9%	12,4%	12,4%
22	8,8%	8,8%	9,8%	9,8%	11,0%	11,0%
23	8,1%	8,1%	8,9%	8,9%	9,9%	9,9%
24	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
25	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
26	3,5%	3,5%	3,3%	3,2%	2,9%	2,9%

DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR DOENÇA OU ACIDENTE (DIH)

Idade atingida pelo Segurado	DIH (150)	DIH (150)	DIH (200)	DIH (200)	DIH (250)	DIH (250)
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
27	3,2%	3,1%	3,4%	3,3%	3,6%	3,6%
28	3,1%	3,1%	3,3%	3,3%	3,4%	3,4%
29	3,0%	3,0%	3,1%	3,1%	3,3%	3,3%
30	2,3%	2,3%	2,9%	2,9%	3,3%	3,3%
31	3,4%	3,4%	3,9%	3,9%	4,3%	4,4%
32	3,3%	3,3%	3,8%	3,7%	4,2%	4,1%
33	3,2%	3,2%	3,6%	3,6%	4,0%	4,0%
34	3,1%	3,1%	3,5%	3,5%	3,8%	3,9%
35	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
36	2,7%	2,7%	2,3%	2,3%	2,0%	2,0%
37	2,4%	2,4%	2,6%	2,6%	2,7%	2,7%
38	2,4%	2,4%	2,5%	2,5%	2,6%	2,6%
39	2,3%	2,3%	2,4%	2,5%	2,6%	2,6%
40	9,5%	9,5%	9,2%	9,2%	8,9%	8,9%
41	7,1%	7,1%	7,0%	7,0%	7,0%	7,0%
42	6,6%	6,6%	6,6%	6,6%	6,5%	6,5%
43	6,2%	6,2%	6,2%	6,2%	6,1%	6,1%
44	1,8%	1,8%	1,8%	1,8%	1,9%	1,9%
45	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
46	3,2%	3,2%	3,2%	3,2%	3,2%	3,2%
47	3,1%	3,1%	3,1%	3,1%	3,1%	3,1%
48	3,0%	3,0%	3,0%	3,0%	3,0%	3,0%
49	2,9%	2,9%	2,9%	2,9%	2,9%	2,9%
50	3,0%	3,1%	2,9%	2,9%	2,8%	2,8%
51	3,7%	3,7%	3,7%	3,7%	3,6%	3,6%

DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR DOENÇA OU ACIDENTE (DIH)

Idade atingida pelo Segurado	DIH (150)	DIH (150)	DIH (200)	DIH (200)	DIH (250)	DIH (250)
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
52	3,6%	3,6%	3,5%	3,5%	3,5%	3,5%
53	3,5%	3,5%	3,4%	3,4%	3,4%	3,4%
54	3,4%	3,4%	3,3%	3,3%	3,3%	3,3%
55	2,4%	2,4%	2,4%	2,4%	2,5%	2,5%
56	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
57	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%
58	2,4%	2,5%	2,4%	2,4%	2,4%	2,4%
59	2,4%	2,4%	2,4%	2,4%	2,4%	2,4%
60	8,9%	8,9%	8,2%	8,2%	7,4%	7,4%
61	6,7%	6,7%	6,2%	6,1%	5,6%	5,6%
62	6,3%	6,3%	5,8%	5,8%	5,3%	5,3%
63	5,9%	5,9%	5,5%	5,5%	5,0%	5,0%
64	5,6%	5,6%	5,2%	5,2%	4,8%	4,8%
65	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,5%
66	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
67	2,6%	2,6%	2,9%	2,9%	2,8%	2,8%
68	3,0%	3,0%	2,9%	2,8%	2,7%	2,7%
69	2,9%	2,9%	2,8%	2,8%	2,7%	2,7%
70	2,8%	2,8%	2,7%	2,7%	2,6%	2,6%

Idade atingida pelo Segurado	DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR DOENÇA OU ACIDENTE EXCLUSIVAMENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (DIH/UTI)					
	DIH/UTI (150)	DIH/UTI (150)	DIH/UTI (200)	DIH/UTI (200)	DIH/UTI (250)	DIH/UTI (250)
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
14	-	-	-	-	-	-
15	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
16	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
17	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
18	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
19	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
20	18,2%	20,0%	17,8%	19,6%	18,1%	19,0%
21	10,6%	12,1%	10,4%	13,4%	10,8%	13,0%
22	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
23	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
24	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
25	9,6%	10,8%	9,4%	10,5%	8,1%	11,5%
26	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
27	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
28	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
29	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
30	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
31	0,0%	0,0%	0,8%	1,2%	0,0%	0,0%
32	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
33	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
34	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%	0,0%
35	0,0%	14,6%	0,0%	12,8%	0,8%	14,9%
36	0,0%	7,4%	0,0%	7,2%	0,0%	7,0%

37	0,0%	6,9%	0,0%	5,8%	0,0%	6,5%
38	0,0%	0,0%	0,0%	3,6%	0,7%	0,0%
39	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
40	19,8%	3,7%	20,2%	0,0%	19,3%	0,0%
41	12,6%	0,9%	12,9%	1,8%	12,4%	5,3%
42	10,6%	0,9%	11,4%	0,9%	11,0%	1,7%
DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR DOENÇA OU ACIDENTE EXCLUSIVAMENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (DIH/UTI)						
Idade atingida pelo Segurado	DIH/UTI (150)	DIH/UTI (150)	DIH/UTI (200)	DIH/UTI (200)	DIH/UTI (250)	DIH/UTI (250)
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
43	0,0%	1,8%	0,0%	1,7%	0,0%	0,8%
44	0,0%	0,9%	0,0%	0,8%	0,0%	1,6%
45	9,0%	7,7%	7,7%	7,5%	9,0%	7,2%
46	3,9%	4,8%	3,3%	3,9%	3,2%	3,7%
47	3,3%	3,8%	3,2%	3,7%	3,5%	3,6%
48	3,6%	3,6%	2,7%	4,3%	3,0%	4,2%
49	3,1%	4,2%	3,0%	3,4%	3,3%	3,3%
50	14,5%	12,8%	15,2%	13,3%	14,5%	13,5%
51	17,5%	16,2%	18,7%	17,1%	16,8%	16,5%
52	14,9%	14,4%	15,7%	14,6%	14,4%	14,1%
53	12,7%	12,2%	13,6%	13,2%	12,6%	12,4%
54	3,2%	3,6%	1,4%	2,3%	4,4%	3,8%
55	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
56	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
57	4,7%	4,7%	4,2%	4,2%	4,9%	4,8%
58	4,3%	4,4%	4,0%	4,0%	4,5%	4,2%
59	4,1%	4,3%	3,8%	3,8%	4,5%	4,4%
60	11,5%	11,9%	12,3%	12,8%	10,7%	11,9%
61	15,0%	16,4%	14,7%	17,0%	14,4%	16,4%
62	12,8%	13,8%	12,9%	14,5%	12,6%	14,3%

63	10,8%	11,2%	11,5%	11,8%	11,3%	10,8%
64	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
65	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
66	4,7%	4,7%	4,8%	5,0%	4,8%	4,5%
67	4,3%	4,7%	4,7%	4,7%	4,7%	4,5%
68	4,2%	4,3%	4,5%	4,7%	4,4%	4,1%
69	4,1%	4,1%	4,2%	4,3%	4,3%	4,1%
70	3,8%	4,0%	4,1%	4,1%	4,0%	3,8%

14.4. As taxas das coberturas de Indenização Especial por Acidente (IEA) e de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) não são reajustadas pela alteração da idade.

14.5. Independentemente do reajuste pela alteração da faixa etária, o Capital Segurado e o prêmio do seguro serão atualizados monetariamente, conforme estabelecido na Cláusula 12 – Atualização do Capital Segurado e do Prêmio, destas Condições Gerais.

15. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

15.1. O prêmio do seguro, valor a ser pago pelo Segurado para a garantia do risco coberto, será de acordo com o período contratado e tipo do seguro informado na apólice, admitindo-se os tipos abaixo, **devendo ser obrigatoriamente observada a data limite (data do vencimento) prevista no referido documento de cobrança do prêmio:**

a) Prêmio ou Prêmio Único: Valor a ser pago para a garantia do risco, calculado para a vigência integral da apólice, podendo ser pago à vista ou parcelado (prêmio fracionado).

b) Prêmio Mensal: Valor a ser pago para a garantia do risco, calculado conforme opção especificada na proposta ou bilhete e pago mensalmente.

15.2. O prazo limite para o pagamento do prêmio é o dia de vencimento estipulado na Apólice, ou nos casos em que haja mais de uma data prevista, a última data.

15.3. Nos contratos de seguro cujos prêmios sejam pagos em uma única parcela, qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista para este fim.

15.4. Fica, ainda, entendido e concordado que, se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio sem que ele se ache efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.

15.5. O não-pagamento do prêmio do seguro dentro do prazo limite estipulado e após aviso prévio da Seguradora diretamente ao Segurado, corretor de seguros ou seu representante legal, por meio físico, remoto ou outras formas previstas na regulamentação em vigor, implicará:

No caso de “prêmio único” com uma só parcela ou fracionado com a primeira parcela não paga, o cancelamento do seguro desde o início de vigência.

No caso de “prêmio único” com fracionamento do prêmio e configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada a fração prevista na Tabela de Prazo Curto a seguir.

15.6. Neste caso a Seguradora informará ao Segurado ou ao seu representante legal, expressamente:

a) o novo prazo de vigência ajustado.

b) a nova data de vencimento para a parcela em mora, a fim de regularizar o pagamento do prêmio sem que ocorra o cancelamento da apólice/certificado, caso ainda haja cobertura prevista na Tabela de Prazo Curto.

Relação % entre o Prêmio Pago e o Prêmio Total	Fração a Ser Aplicada Sobre a Vigência	Relação % entre o Prêmio Pago e o Prêmio Total	Fração a Ser Aplicada Sobre a Vigência
13	15/365	73	195/365
20	30/365	75	210/365
27	45/365	78	225/365
30	60/365	80	240/365
37	75/365	83	255/365
40	90/365	85	270/365
46	105/365	88	285/365
50	120/365	90	300/365
56	135/365	93	315/365
60	150/365	95	330/365
66	165/365	98	345/365
70	180/365	100	365/365

15.7. Para percentuais não previstos na Tabela de Prazo Curto deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

15.8. O Segurado terá restabelecido o direito às coberturas contratadas pelo período inicialmente acordado, desde que retome o pagamento do prêmio devido dentro do prazo estabelecido pela Seguradora, ficando sujeito ao pagamento da multa moratória correspondente a 2% (dois por cento) sobre o valor devido, atualizado monetariamente com base na variação do IPCA, e, ainda dos juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, sendo este último encargo aplicado à base "pro-rata temporis", podendo ser cobrado ainda um valor adicional a título de despesas operacionais, conforme constante da especificação da apólice.

15.9. Findo o novo prazo sem que tenha sido efetuado o pagamento do prêmio, opera-se, de pleno direito, o cancelamento da Apólice.

15.10. No caso do fracionamento do prêmio único, quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vincendas do prêmio serão deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento, se houver.

15.11. Quando tiver previsto o pagamento do prêmio por meio de consignação em folha, a ausência do repasse à Seguradora dos prêmios recolhidos por consignante que não corresponda à figura de estipulante não poderá causar qualquer prejuízo aos segurados ou respectivos beneficiários no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos.

Este seguro está estruturado sob Regime Financeiro de Repartição Simples, que não contempla o resgate ou a devolução de prêmio (s) pago (s) pelo (s) Segurado (s).

Nota: Não serão considerados indenizáveis quaisquer sinistros ocorridos durante o período de suspensão da cobertura da apólice.

16. CANCELAMENTO DO SEGURO

16.1. Este Contrato de Seguro, além das demais situações previstas nas Condições Gerais, excetuadas as hipóteses previstas em lei, poderá ser rescindido total ou parcialmente, a qualquer momento, a pedido do Segurado ou a critério da Seguradora, mediante concordância recíproca das partes e desde que tal intenção seja comunicada à parte contrária, observados os seguintes critérios:

a) Por iniciativa do Segurado:

Na hipótese de rescisão por iniciativa do Segurado, a Seguradora reterá, além do prêmio recebido proporcional ao período coberto calculado de acordo com a **Tabela de Prazo Curto** constante destas Condições Gerais, também o IOF (Imposto sobre Operações Financeiras). Para percentuais não previstos na referida Tabela de Prazo Curto, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

b) Por iniciativa da Seguradora:

Em caso de mora e inadimplemento do Segurado de suas obrigações contratuais, agravamento do risco ao bem segurado e/ou inobservância de quaisquer cláusulas e condições previstas no Contrato de Seguro e sua respectiva Apólice, nos quais não tenha ocorrido má-fé, culpa e/ou dolo do Segurado: a Seguradora reterá o prêmio recebido proporcional ao período vigente das coberturas contratadas, calculado na base *pro-rata temporis* pelo tempo decorrido desde o início de vigência da Apólice, acrescido do IOF devido.

c) Automaticamente, com a morte ou invalidez total e permanente por acidente do Segurado Principal;

d) Com o recebimento do Capital Segurado relativo à cobertura de Invalidez Funcional Total e Permanente por Doença;

e) Quando o Segurado deixar de pagar o prêmio conforme o disposto na Cláusula PAGAMENTO DO PRÊMIO.

f) Com o fim do novo prazo de vigência da cobertura proporcional, quando houver, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio.

16.2. O pagamento, pelo Segurado, de qualquer valor à Seguradora após a data do cancelamento, não implica na reabilitação do seguro, nem gera qualquer efeito, ficando a importância paga à sua disposição.

17. SUSPENSÃO DE COBERTURA

17.1. Havendo, em meio a vigência da apólice, a inclusão ou exclusão do segurado, de seus beneficiários de indenização ou locais de origem, destino ou transbordo, ou ainda o objeto segurado nas listas de embargos e sanções, deverá o segurado informar tempestivamente à esta seguradora a data de inclusão e/ou exclusão sob pena de perda de direito à cobertura de seguro e, por consequência, a quaisquer indenizações ou restituições previstas nesse contrato de seguro.

17.2. Mediante a comunicação do Segurado, as coberturas desse seguro estarão suspensas para o segurado e para seus beneficiários no período em que os mesmos estiverem incluídos em listas de sanções e embargos desde às 24 horas do dia da inclusão até às 24 horas do dia da exclusão ou eventual solução judicial.

17.3. Na hipótese do segurado ou seus beneficiários de indenização serem incluídos em listas de embargos e sanções nacionais ou internacionais, em meio a liquidação de um sinistro reclamado, o pagamento de indenizações ou reembolsos de despesas ficará suspenso, até que ocorra a superação do referido embargo ou até que ocorra decisão da Corte Suprema brasileira referente ao procedimento que deverá ser adotado para

esse fim, mediante consulta a ser efetuada por esta Seguradora.

17.4. Desta forma, deve o Segurado, nas situações nas quais vier a ser foi incluído em listas de embargos e sanções nacionais ou internacionais, informar tempestivamente a Seguradora as datas de ingresso e exclusão das referidas listas.

18. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

18.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o Segurado e/ou seu (s) Beneficiário (s) deverá (ao) informá-lo à Seguradora logo que o saibam, e comprovar satisfatoriamente a sua ocorrência mediante apresentação dos documentos básicos listados nas Condições Especiais da cobertura sinistrada, bem como esclarecer todas as circunstâncias a ele relacionadas.

18.2. A Seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias contado do cumprimento, por parte do Segurado, de todas as exigências, para conclusão de regulação e liquidação do sinistro, sendo que, em caso de negativa, informará os motivos que a justifiquem. **A referida contagem será suspensa a partir do momento em que for solicitada documentação complementar, por dúvida fundada e justificada, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem atendidas as exigências.**

18.3. Não sendo observado o prazo previsto acima, os valores devidos serão acrescidos de juros moratórios, multa e atualização monetária, conforme definido no item 13 - ATUALIZAÇÃO DE VALORES.

18.4. O pagamento será feito em parcela única por meio de crédito em conta, ordem de pagamento ou cheque nominativo, pagável no domicílio ou praça indicada pelo (s) Beneficiário (s) ou segurado no aviso de sinistro. A indenização também poderá ser realizada em forma de reembolso ou prestação de serviços, quando especificada na cobertura contratada ou combinado entre as partes.

18.5. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos necessários correrão por conta do interessado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

18.6. A responsabilidade pelo pagamento das indenizações oriundas deste contrato é de exclusiva competência da Seguradora.

18.7. Caso o processo de regulação de sinistros conclua que a indenização não é devida, o Segurado será comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento, dentro do prazo estipulado para liquidação de sinistros previsto nestas condições.

18.8. No caso de reembolso de despesas efetuadas no exterior, serão aceitos para liquidação de sinistro os documentos no idioma do país de origem da despesa. O reembolso de despesas efetuadas no exterior deve ser realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de capital segurado estabelecido, e observada a regulamentação específica sobre atualização de valores.

19. JUNTA MÉDICA

19.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como sobre a avaliação da incapacidade, ou, ainda, sobre matéria médica não prevista expressamente nas Condições Gerais, será proposta formalmente ao Segurado, a constituição de junta médica, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação.

19.2. A referida 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.

19.3. 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.

20. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

20.1. Conforme estabelecido nos artigos 765 e 766 do Código Civil Brasileiro, e além dos casos previstos em Lei, o Segurado perderá o direito às garantias e coberturas previstas neste Contrato de Seguro e respectiva Apólice, ficando a Seguradora isenta de qualquer obrigação deles decorrente, sujeitando-se o Segurado, ainda, às sanções previstas na legislação e no Contrato de Seguro, se ele e/ou seu representante legal ou Corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, ficando ainda obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

20.2. Sendo apuradas declarações inexatas ou omissões de circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, o Segurado perderá o direito à indenização, além de estar obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

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

I Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a) cancelar o seguro, podendo reter do prêmio originalmente pactuado a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

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

- a) após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo reter do prêmio originalmente pactuado a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido, acrescido da diferença cabível; ou
- b) permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível, deduzi-la do valor a ser indenizado e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

III Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado: após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo deduzir do valor a ser indenizado a diferença de prêmio cabível.

20.4. O Segurado também perderá o direito ao pagamento do Capital Segurado com base no presente seguro caso haja, por parte dele, seus representantes e/ou seu (s) Beneficiário (s):

- a) Inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;
- b) Prática de infrações ou fraudes, com o propósito de obter vantagem ilícita com o seguro;
- c) Não-fornecimento da documentação solicitada; e
- d) Agravamento intencional do risco objeto do contrato, conforme previsto no art. 768 do Código Civil Brasileiro.

20.5. Caso ocorra incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, o Segurado deverá comunicar o fato à Seguradora, logo que saiba, sob pena de perder o direito à indenização se ficar comprovado, pela Seguradora, que silenciou de má fé.

20.6. A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do

risco pelo segurado, poderá, mediante comunicação formal:

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

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

20.8. Doenças adquiridas após a contratação do seguro, não se enquadram na situação prevista nesta cláusula de agravação do risco e não precisam ser comunicadas à Seguradora.

20.9. Verificada a inobservância do segurado quanto a obrigação de comunicar à esta Seguradora sobre a inclusão ou exclusão, sua ou de seus beneficiários de indenização e/ou locais de sinistro, em listas de embargos e sanções nacionais ou internacionais, ficará caracterizada a PERDA DE DIREITOS a quaisquer indenizações ou restituições previstas nesse contrato de seguro.

21. ALTERAÇÃO NO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA

21.1. O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, através de endosso, mediante acordo entre a Seguradora e o Segurado.

21.2. Efetivado o endosso pela Seguradora, as novas condições prevalecerão sobre as anteriores.

22. PRESCRIÇÃO

Qualquer direito do Segurado ou do (s) Beneficiário (s) com fundamento no presente seguro prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

23. FORO

O foro competente para as questões judiciais do presente contrato é o da comarca de domicílio do Segurado, ou de seu beneficiário, se for o caso.

24. DISPOSIÇÕES FINAIS

Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de seu vencimento, independentemente do tempo de relação contratual.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA BÁSICA DE MORTE

1. CONCEITO

A Cobertura Básica de Morte visa garantir ao (s) Beneficiário (s) o pagamento do valor do Capital Segurado contratado na ocorrência de morte do Segurado por causas naturais ou acidentais, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais Cláusulas das Condições Contratuais.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Não estão cobertos os riscos excluídos pela Cláusula 6-RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e constará da Apólice.

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

4. REINTEGRAÇÃO

Quando a soma das indenizações pagas em razão dos sinistros ocorridos atingir ou ultrapassar o limite do Capital Segurado, **a cobertura será automaticamente cancelada, não havendo reintegração do capital segurado.**

5. CARÊNCIA

5.1. O período de carência será estabelecido na apólice ou certificado do seguro, respeitado o limite máximo de 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do seguro. O período de carência não pode ultrapassar 2 (dois) anos.

5.2. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto para a hipótese de suicídio e/ou sua tentativa ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Contrato de Seguro.

5.3. O período de carência será contado a partir da data do início de vigência do seguro e considerará dias consecutivos e ininterruptos.

5.4. Nos casos de aumento do Capital Segurado será restabelecido o prazo de carência estipulado na Apólice de Seguro. Neste caso, esse período se aplicará somente à parcela do Capital relativa ao aumento.

5.5. A Seguradora não responderá por sinistros de qualquer natureza ocorridos durante o prazo de carência.

5.6. Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência.

6. FRANQUIA

Não há franquia para esta cobertura.

7. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula 18-PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir.

I – Em caso de morte natural (por doença):

Documentos
Formulário Aviso de Sinistro, assinado pelo Beneficiário;
Cópia da certidão de óbito do Segurado;
Cópia do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;

Documentos

Declaração médica indicando a causa da morte, com firma reconhecida;
Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença do Segurado;
Cópia da CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social);
Radiografias e exames médicos do Segurado (quando houver);
Declaração do hospital onde a vítima foi atendida (quando houver);
Cópia do RG, CPF e comprovante de residência do (s) Beneficiário (s), quando maior (es) de 18 (dezoito) anos, ou certidão de nascimento, quando menor (es) de 18 anos. No caso de Beneficiários incapazes:
- Menores sujeitos ao poder familiar: apresentação dos documentos de identificação do pai e da mãe (RG e CPF)
- Menores sujeitos à tutela: apresentação de termo de tutela e documento de identificação do tutor (RG e CPF)
- Maiores de idade: apresentação de termo de curatela e documento de identificação do curador (RG e CPF).
Em caso de beneficiário companheiro(a), cópia do RG, CPF, comprovante de residência, e documentos comprobatórios da qualidade de companheiro(a) do Segurado no momento do sinistro.

II – Em caso de morte acidental: além do indicado no inciso “I” anterior, deverão ser apresentados ainda os seguintes documentos:

Cópia da CNH, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo causador de sua morte;
Cópia do boletim de ocorrência ou certidão de ocorrência policial;
Laudo de dosagem alcoólica e/ou toxicológico, se houver;
Laudo de exame cadavérico (IML);
Cópia do auto de reconhecimento de cadáver, em caso de morte por carbonização

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR ACIDENTE (IEA)**1. CONCEITO**

1.1. A Cobertura de Indenização Especial por Acidente (IEA), quando contratada, garante ao (s) Beneficiário (s) o pagamento do valor do Capital Segurado contratado na ocorrência de morte do Segurado **por acidente pessoal coberto pelo seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais Cláusulas das Condições Gerais.**

1.2. **As indenizações por Morte decorrente de acidente e Indenização Especial por Acidente (IEA) se acumulam, ou seja, no caso de Morte decorrente de acidente, a Seguradora também indenizará a cobertura “Indenização Especial por Acidente (IEA)” quando contratada.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados na Cláusula 6-RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta cobertura os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta, de e/ou relacionados a:

a) **As doenças (inclusive as profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição, tais como DORT - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, LER - Lesões por Esforços Repetitivos, Tenossinovite etc.), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente;**

b) **As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não-decorrentes de acidente coberto;**

- c) Qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;
- d) O parto ou aborto e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;
- e) O choque anafilático e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto; e
- f) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como LER, DORT, LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas como invalidez acidentária, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e constará da Apólice.
- 3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

4. REINTEGRAÇÃO

Quando a soma das indenizações pagas em razão dos sinistros ocorridos atingir ou ultrapassar o limite do Capital Segurado, a cobertura será automaticamente cancelada, não havendo reintegração do capital segurado.

5. CARÊNCIA E FRANQUIA

Não há carência ou franquia para esta cobertura.

6. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula 18-PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, deverão ser apresentados os mesmos documentos previstos para a Cobertura Básica de Morte.

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

1. CONCEITO

- 1.1. A Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), quando contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma indenização quando ocorrer a sua invalidez permanente total ou parcial por acidente, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais Cláusulas das Condições Gerais.**
- 1.2. Como invalidez permanente por acidente entende-se a perda, redução ou impotência funcional definitivo total ou parcial de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada exclusivamente por acidente pessoal coberto.
- 1.3. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, e verificada a existência de invalidez permanente avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora deve pagar ao próprio Segurado uma indenização, estipulada de acordo com os percentuais estabelecidos na **Tabela Para Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente** destas Condições Especiais.
- 1.4. Na perda parcial, ficando reduzida (s) a (s) função (ões) do (s) membro (s) ou órgão lesado (s), a indenização será calculada pela aplicação do grau de redução funcional apresentado sobre a percentagem prevista na tabela para sua

perda total. O percentual final apurado será aplicado ao Capital Segurado correspondente à cobertura de invalidez.

1.5. Na falta de indicação de percentagem de redução e sendo informado apenas o grau de redução (máximo, médio e mínimo), a indenização será calculada na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

1.6. Nos casos não especificados na tabela a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

1.7. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento); da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder a indenização prevista para sua perda total.

1.8. A perda ou maior redução de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito à indenização, salvo quando previamente declarado na Proposta de Contratação ou em adendo à mesma, caso em que se deduzirá do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente.

1.9. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito a indenização por invalidez permanente.

1.10. A invalidez permanente deve ser comprovada com a apresentação à Seguradora de declaração médica para 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 se recuse a fazê-lo.**

1.11. 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.

1.12. As indenizações por Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente não se acumulam. Se, depois de pagar uma indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, verificar-se a morte do Segurado ou sua Invalidez Total e Permanente em consequência do mesmo acidente, será deduzido do valor do Capital Segurado a ser pago o valor já indenizado.

1.13. Tabela para Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente

GRAU DE INVALIDEZ: PERDA TOTAL	
Discriminação	% do Capital Segurado
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental incurável	100
Nefrectomia bilateral	100

GRAU DE INVALIDEZ: PARCIAL DIVERSAS

Discriminação	% do Capital Segurado
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total 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

GRAU DE INVALIDEZ: PARCIAL MEMBROS SUPERIORES

Discriminação	% do Capital Segurado
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	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	9
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as de polegar, indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	-

GRAU DE INVALIDEZ: PARCIAL MEMBROS INFERIORES	
Discriminação	% do Capital Segurado
Perda total do uso de um membro inferior	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbios-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, isto é, perda de todos os dedos de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1ºdedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	-
Encurtamento de um dos membros inferiores	
- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- de 4 (quatro) centímetros	10
- de 3 (três) centímetros	6
- menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	-

GRAU DE INVALIDEZ: DIVERSAS	
Discriminação	% do Capital Segurado
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	7
Perda do olfato com alterações gustativas	10

GRAU DE INVALIDEZ: DIVERSAS	
Discriminação	% do Capital Segurado
Aparelho Visual	
Diplopia	15
Lesões das vias lacrimais	
- Unilateral	7
- Unilateral com fístulas	15
- Bilateral	14
- Bilateral com fístulas	25
Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris	
- Ectrópio unilateral	3
- Ectrópio bilateral	6
- Entrópio unilateral	7
- Entrópio bilateral	14
- Má oclusão palpebral unilateral	3
- Má oclusão palpebral bilateral	6
- Ptose palpebral unilateral	5
- Ptose palpebral bilateral	10
Aparelho da fonação	
- Perda da palavra (mudez incurável)	50
- Perda de substância (palato mole e duro)	15
- Amputação total da língua	50
- Parcial (menos de 50%)	15
- Parcial (mais de 50%)	30
Sistema Auditivo	
- Perda total de uma orelha	8
- Perda total das duas orelhas	16

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados na Cláusula 6-RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta cobertura os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta, de e/ou relacionados a:

a) As doenças (inclusive as profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição, tais como DORT - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, LER - Lesões por Esforços Repetitivos, Tenossinovite etc.),

quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente;

b) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não-decorrentes de acidente coberto;

c) Qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;

d) O parto ou aborto e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;

e) O choque anafilático e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto; e

f) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como LER, DORT, LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas como invalidez acidentária, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e constará da Apólice.

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

4. REINTEGRAÇÃO

Quando a soma das indenizações pagas em razão dos sinistros ocorridos atingir ou ultrapassar o limite do Capital Segurado, a cobertura será automaticamente cancelada, não havendo reintegração do capital segurado.

5. CARÊNCIA E FRANQUIA

Não há carência ou franquia para esta cobertura.

6. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula 17-PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir.

Documentos
Formulário Aviso de Sinistro, assinado pelo próprio Segurado, seu cônjuge ou seu representante;
Cópia do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;
Documento que comprove a ocorrência do acidente - boletim de ocorrência (BO) ou comunicação de acidente do trabalho (CAT), conforme o caso;
Laudo de exame de corpo de delito (IML), conforme o caso;
Cópia da CNH, nos casos de acidente de trânsito com veículo conduzido pelo Segurado;
Relatório médico assinado pelo médico assistente informando o grau de invalidez; e
Documentação médica ou exames realizados

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE MAJORADA (IPA MAJORADA)

1. CONCEITO

1.1. É a garantia da elevação do percentual da indenização para **100% (cem por cento)**, quando caracterizada a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), em virtude de lesão física, causada por acidente pessoal coberto para os membros ou órgãos descritos abaixo, **observadas as demais Condições Gerais e os riscos excluídos:**

- a) Perda total do uso de um dos dedos indicadores: de 15% para 100%
- b) Perda total do uso de um dos polegares: de 18% para 100%
- c) Perda total da visão de um olho: de 30% para 100%
- d) Perda total do uso de uma das mãos: de 60% para 100%

1.2. O segurado poderá receber a indenização pela majoração de um dos membros listados, uma única vez durante a vigência da apólice.

Uma vez recebida indenização majorada de um destes membros, a cobertura será substituída automaticamente pela cobertura Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)

1.3. Para demais membros ou órgãos, considera-se para fins de indenização, os percentuais descritos na **Tabela para Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente** da cobertura Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

1.4. **As coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada (IPA Majorada) não se acumulam, podendo ser contratada apenas uma delas.**

2. CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e constará da Apólice.

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

3. REINTEGRAÇÃO

Quando a soma das indenizações pagas em razão dos sinistros ocorridos atingir ou ultrapassar o limite do Capital Segurado, **a cobertura será automaticamente cancelada, não havendo reintegração do Capital Segurado.**

4. CARÊNCIA E FRANQUIA

Não há carência ou franquia para esta cobertura.

5. TÉRMINO DE COBERTURA

A cobertura **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada (IPA Majorada)** será automaticamente substituída pela Cobertura **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)**, descritas nestas condições, quando o Segurado atingir 71 (setenta e um) anos, tendo em vista a idade-limite para permanência da cobertura ser de 70 (setenta) anos, 11 (meses) e 29 (vinte e nove) dias, conforme expressamente constante na Proposta de Contratação, objeto de contrato entre as partes.

6. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro e da cobertura Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) que não tenham sido alterados por esta cobertura.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD)**1. CONCEITO**

1.1. A Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), quando contratada, garante ao Segurado o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a Cobertura de Morte em caso de sua invalidez funcional total e permanente por doença, se devidamente coberta pelo seguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais Cláusulas das Condições Gerais.**

1.1.1. Para fins desta garantia, entende-se por invalidez funcional total e permanente por doença aquela que cause a perda da existência independente do Segurado, caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado. Este quadro clínico deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados na Cláusula 6 - Relação de Documentos para Liquidação de Sinistros destas Condições Especiais.

1.1.2. Riscos Cobertos: consideram-se como riscos cobertos a ocorrência comprovada, segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada, de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, 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 (consumção), 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), **em decorrência única e exclusivamente 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) Deficiência visual decorrente de doença, conforme segue:
 - Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 (zero vírgula zero cinco) no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 (zero vírgula três) e 0,05 (zero vírgula zero cinco) 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° (sessenta graus); ou
 - 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:

- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
- Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés;
- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

1.1.3. Demais Riscos Cobertos: outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos, desde que avaliados através dos Instrumentos de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF previstos nesta Cláusula e atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos possíveis.

1.1.3.1. O IAIF é composto por dois documentos: o primeiro (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), sendo que:

a) 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;

b) Para a classificação no 2º ou no 3º Graus, basta que ocorra uma das situações ali descritas;

c) Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

1.1.3.2. O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas, sendo que os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

1.1.4. Ocorrendo a invalidez funcional total e permanente por doença, o Segurado poderá requerer o pagamento do Capital contratado. Por ser essa garantia uma antecipação da cobertura de Morte, o seu requerimento, desde que fique efetivamente comprovada a invalidez funcional total e permanente por doença devidamente coberta, **extingue imediata e automaticamente a garantia de Morte, bem como o presente Contrato de Seguro.**

1.1.4.1. Na ocorrência da hipótese prevista acima, os prêmios pagos após a data do requerimento serão devolvidos, atualizados monetariamente pelo índice estabelecido no contrato, juntamente com o pagamento da indenização.

1.1.5. Se não ficar comprovada a invalidez funcional total e permanente por doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais Cláusulas destas Condições Gerais e, se houver, das condições Especiais e do Contrato, sem qualquer devolução de prêmio.

1.1.6. Caso não seja requerido, o Capital Contratado para esta cobertura adicional será regularmente pago aos Beneficiários em caso de morte devidamente coberta do Segurado.

1.1.7. **A indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença não se acumula** com nenhuma outra cobertura, uma vez que garante ao Segurado o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a Cobertura de Morte e extingue imediata e automaticamente a cobertura de Morte e o seguro individual.

1.1.8. A Invalidez Funcional Permanente Total e Permanente por doença deverá ser comprovada com apresentação, à Seguradora, de declaração médica para essa finalidade acompanhada de relatório médico informando que o Segurado está totalmente inválido por doença, segundo os critérios previstos desta Cláusula, indicando seu início, causas, circunstâncias, acompanhado de resultado de exames complementares e laudo pericial que comprove a condição clínica do Segurado.

1.1.8.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a invalidez funcional permanente e total por doença.

1.1.8.2. A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas baseadas 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.

1.1.9. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez funcional total e permanente por doença e/ou avaliação do nível da incapacidade, **sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado se recuse.**

1.1.10. Instrumentos de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF)

I - Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTUAÇÃO
Relações do Segurado com o cotidiano	1º grau: O Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; caminha 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.	0
	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 relativa, 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	PONTUAÇÃO
Condições clínicas e estruturais do Segurado	1º grau: O Segurado apresenta-se saudável; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	00
	2º grau: O Segurado apresenta disfunção (ões) e/ou insuficiência (s) comprovadas 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	20

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTUAÇÃO
	com interação de auxílio humano e/ou técnico.	
Conectividade do Segurado com a vida	1º grau: O Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se, dirigir-se ao banheiro, lavar o rosto, escovar seus dentes, pentear-se, barbear-se, banhar-se, enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	00
Conectividade do Segurado com a vida	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 frutas, 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

II- 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 (quarenta).	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
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e/ou de suporte à sobrevivência e/ou refratariedade terapêutica.	08

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados na Cláusula 6-RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão expressamente excluídos da cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente:

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) A invalidez laborativa permanente total por doença, assim entendida aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com recursos disponíveis no momento de sua constatação, para o exercício da atividade laborativa exercida pelo Segurado;
- c) Os quadros clínicos decorrentes de doenças ocupacionais, incluídas as profissionais e as do trabalho, de qualquer origem causal (etiologia);
- d) As doenças em geral, cuja etiologia possa guardar alguma relação de causa e efeito direta ou indireta em qualquer expressão, com a atividade laborativa exercida pelo Segurado, em qualquer tempo progressivo;
- e) As doenças agravadas por traumatismos;
- f) 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;
- g) Os quadros clínicos incapacitantes com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da existência independente do Segurado;
- h) Toda e qualquer outra condição médica que não se enquadre nos critérios definidos nestas Condições Especiais.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e constará da Apólice.
- 3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data em que a invalidez ficar caracterizada através de declaração médica.

4. REINTEGRAÇÃO

Quando a soma das indenizações pagas em razão dos sinistros ocorridos atingir ou ultrapassar o limite do Capital Segurado, a cobertura será automaticamente cancelada, não havendo reintegração do capital segurado.

5. CARÊNCIA

- 5.1. O período de carência será estipulada na apólice ou certificado do seguro, respeitado o limite máximo de 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do seguro. **O período de carência não pode ultrapassar 2 (dois) anos.**
- 5.2. **Não haverá carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto para a hipótese de suicídio e/ou sua tentativa ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Contrato de Seguro.**
- 5.3. O período de carência será contado a partir da data do início de vigência do seguro e considerará dias consecutivos e ininterruptos.
- 5.4. Nos casos de aumento do Capital Segurado será restabelecido o prazo de carência estipulado na Apólice de Seguro. Neste caso, esse período se aplicará somente à parcela do Capital relativa ao aumento.
- 5.5. **A Seguradora não responderá por sinistros de qualquer natureza ocorridos durante o prazo de carência.**
- 5.6. Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência.

6. FRANQUIA

Não há franquias para esta cobertura.

7. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula 18 - PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir.

Documentos
Formulário Aviso de Sinistro, assinado pelo próprio Segurado, seu cônjuge ou seu representante;
Cópia do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;
Relatório do médico assistente indicando data do início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente 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;
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 na alínea anterior; e
Informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre como quadro clínico incapacitante, conforme definido nos subitens 1.1.1 a 1.1.3 destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)

1. CONCEITO

1.1. A contratação desta cobertura está condicionada a contratação da cobertura básica e quando contratada, garante, até o respectivo valor do Capital Segurado, o reembolso das despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, desde que iniciado nos primeiros 30 (trinta) dias contados da data do acidente pessoal coberto, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas desta Cláusula Adicional, das Condições Gerais e do Contrato.**

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

1.3. As indenizações por Despesas Médico Hospitalares e Odontológicas (DMHO) são cumulativas com qualquer outra cobertura do presente seguro, isto é, se em consequência de acidente coberto o Segurado vier a falecer ou ficar definitivamente inválido, e antes disso, em virtude do mesmo ou de outro acidente tiver recebido indenização por conta da cobertura de DMHO, a Seguradora não abaterá da indenização devida por Morte ou Invalidez a indenização paga por DMHO.

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

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

1.6. A comprovação das despesas deverá ser feita mediante apresentação dos comprovantes originais e dos relatórios médicos.

1.7. A Seguradora se reserva o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da necessidade dos procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos, **sob pena de perda do direito à indenização, caso o Segurado a tanto se negue.**

1.8. O reembolso das Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas (DMHO) poderá ser feito a terceiros quando:

a) As despesas forem devidamente comprovadas e os comprovantes contiverem a assinatura do responsável pelo menor; ou

b) O segurado sofrer algum tipo de acidente ou doença que o impeça de realizar por meios próprios o pagamento das despesas.

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos constantes da cláusula 6-RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais e RISCOS EXCLUÍDOS da cobertura INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA) estão também excluídos da cobertura de Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas os eventos ocorridos em consequência de:

a) Qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;

b) Parto ou aborto e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;

c) Choque anafilático e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto.

2.2. Estão, ainda, excluídas da cobertura de Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas as despesas decorrentes de:

a) Estados de convalescença (após a alta médica), bem como quaisquer despesas de acompanhantes;

b) Aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais em consequência de acidente coberto.

2.3. A Seguradora se reserva o direito de não reembolsar quaisquer despesas, caso seja comprovado que o tratamento teve início depois de decorridos 30 (trinta) dias da data de ocorrência do sinistro.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e constará da Apólice.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data das efetivas despesas do Segurado a partir da data do acidente.

4. REINTEGRAÇÃO

O Capital Segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após a ocorrência de cada evento, sem a cobrança de prêmio adicional.

5. FRANQUIA

5.1. Estabelecida para esta cobertura a aplicação de franquia, a mesma será definida em reais (R\$) e será aplicada sobre o valor total dos prejuízos indenizáveis.

5.2. O Segurado ficará responsável pelo respectivo valor previsto de franquia estipulado na apólice ou certificado do

seguro.

6. CARÊNCIA

Não há carência para esta cobertura.

7. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula 17-PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir.

Documentos
Formulário Aviso de Sinistro, assinado pelo próprio Segurado, seu cônjuge ou seu representante;
Cópia do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;
Documentação médica ou exames realizados

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (DIT)

1. CONCEITO

1.1. A Cobertura de Diária por Incapacidade Temporária (DIT), quando contratada, garante ao Segurado o pagamento de um valor diário, até o limite contratado, se em caso de acidente pessoal ou doença, o mesmo venha a ficar afastado totalmente de qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação, de forma contínua e temporária, por um período superior a franquia de 7 (sete) dias ou 10 (dez) dias, conforme definido na proposta de contratação, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais Cláusulas das Condições Contratuais.**

1.1.1. O afastamento deverá ser determinado pelo médico assistente e comprovado por exames complementares.

1.1.2. As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o período de Franquia e respeitado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

1.1.3. O valor da Diária por Incapacidade Temporária contratada deverá ser compatível com a renda mensal do Segurado, que deverá ser declarada no momento da contratação desta cobertura e comprovada no momento da reclamação do sinistro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados na Cláusula 6-RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta cobertura os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta, de e/ou relacionados a:

a) As doenças decorrentes micro traumas de repetição, tais como DORT - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, LER - Lesões por Esforços Repetitivos, LTC – Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo, Tendinopatias, Sinovite, Epicondilite ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente;

b) Qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto se decorrente de acidente pessoal coberto;

c) Gravidez e suas intercorrências, bem como parto ou aborto e suas consequências, exceto se decorrentes de acidente pessoal coberto;

d) Tratamento clínico ou cirúrgico com finalidade estética e/ou obesidade, suas consequências, e os períodos de convalescença a eles relacionados, exceto as restauradoras em razão de acidente pessoal coberto ou por

reconstrução mamária consequente de mastectomia por neoplasia maligna ocorrida durante a vigência deste seguro;

- e) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, métodos contraceptivos, inseminação artificial e mudança de sexo, incluída a correção de varicocele, histerectomia/mastectomia, entre outros;
- f) Tratamento para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso ou convalescença;
- g) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e tratamentos medicamentosos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia do Ministério da Saúde;
- h) Doenças mentais ou psiquiátricas;
- i) Cirurgias ortognáticas, tratamentos dentários, ortodônticos e intervenções reparadoras, exceto se decorrente de acidente pessoal coberto;
- j) Cirurgia para correção de miopia;
- k) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;
- l) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não), incluindo as lesões meniscais e ligamentares de joelho e lesões de ombro de características degenerativa, síndrome do impacto, lesões de supra espinhais, luxações redicivantes de qualquer articulação, exceto após tratamento cirúrgico;
- m) As doenças de características reconhecidamente progressivas pela medicina, como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, doenças reumatológicas e ósseas;
- n) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias, cervicalgias e cervicobraquialgias, sacralgias e outros quadros degenerativos;
- o) Afastamentos que antecedem a cirurgia agendada e/ou programada, salvo se comprovado o afastamento médico.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e constará da Apólice, e corresponde ao valor de cada diária por incapacidade temporária e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

3.1.1. O valor contratado para a diária por incapacidade temporária não poderá ser superior a 1/30 (um trinta avos) da renda mensal do Segurado.

Na ocasião do sinistro a indenização será realizada pelo valor da diária contratada, mediante a comprovação da renda.

Caso seja comprovada a Má-Fé do Segurado no que tange às informações prestadas na Proposta de Contratação, o Segurado perderá o direito à indenização, com base no artigo 766 do Código Civil.

3.2. Para a determinação da indenização, o valor de cada diária de afastamento deverá ser multiplicado pelo período de afastamento em dias, descontada a Franquia e respeitado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado o primeiro dia do afastamento do Segurado das atividades laborativas por ele exercidas.

4. REINTEGRAÇÃO

O Capital Segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após a ocorrência de cada evento, sem a cobrança de prêmio adicional.

5. LIMITE MÁXIMO DE DIÁRIAS INDENIZÁVEIS

O Limite Máximo de Diárias Indenizáveis é de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, independentemente de renovação da Apólice.

6. CARÊNCIA

6.1. O período de carência será estipulado na apólice ou certificado do seguro, respeitado o limite máximo de 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do seguro. **O período de carência não pode ultrapassar 2 (dois) anos.**

6.2. **Não haverá carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto para a hipótese de tentativa de suicídio ocorrida nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Contrato de Seguro.**

6.3. O período de carência será contado a partir da data do início de vigência do seguro e considerará dias consecutivos e ininterruptos.

6.4. Nos casos de aumento do Capital Segurado será restabelecido o prazo de carência estipulado na Apólice de Seguro. Neste caso, esse período se aplicará somente à parcela do Capital relativa ao aumento.

6.5. A Seguradora não responderá por sinistros de qualquer natureza ocorridos durante o prazo de carência.

6.6. Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência.

7. FRANQUIA

7.1. O período da franquia em dias será estipulado na apólice ou certificado do seguro, e corresponde dias ininterruptos por evento, contado a partir da data do afastamento das atividades laborativas do Segurado por determinação médica.

7.2. Durante o período de Franquia o Segurado não terá direito ao recebimento de diárias.

8. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula 18-PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir.

Documentos
Formulário Aviso de Sinistro, assinado pelo próprio Segurado ou seu representante;
Cópia do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;
Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social
Relatório do médico assistente;
Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença
Cópia de todos os laudos e exames médicos desde o diagnóstico até a presente data.
Radiografias e exames médicos (quando houver)
Declaração do hospital onde a vítima foi atendida (quando houver)
Laudo de exame de corpo de delito (IML)
Documentação médica ou exames realizados pelo Segurado
Documento que comprove a ocorrência do acidente: Boletim de Ocorrência (BO) ou Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)
Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial
Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
Cópia da comprovação dos rendimentos da atividade profissional nos 3 (três) meses que antecedem ao afastamento

Documentos

Cópia do comprovante de recebimento do benefício Previdenciário (INSS)

Cópia dos atestados médicos com período de afastamento

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR DOENÇA OU ACIDENTE (DIH)**1. CONCEITO**

1.1. A Cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (DIH), quando contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma indenização proporcional ao período de internação hospitalar e até o limite contratado, em caso acidente pessoal ou doença, por um período superior a franquia de 4 (quatro) dias, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais Cláusulas das Condições Gerais.**

1.2. **As indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o período de Franquia e respeitado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.**

1.3. **As indenizações através da cobertura de Diária de internação hospitalar por doença ou acidente (DIH) não se acumulam.** No caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento por incapacidade por DIH, a indenização a ser paga será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações. Caso o Segurado esteja recebendo diárias e sua incapacidade temporária evolua para uma Invalidez Funcional Permanente por Doença (IFPD) devidamente comprovada, **o pagamento das diárias será imediatamente cancelado.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos mencionados na Cláusula 6-RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta cobertura os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta, de e/ou relacionados a:

- a) Tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia;
- b) Tratamentos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças com ela relacionadas;
- c) Diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;
- d) Tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos;
- e) Qualquer procedimento relacionado a gravidez, parto ou aborto, exceto em caso de Acidente Pessoal;
- f) Exame ou check-up preventivo;
- g) Qualquer procedimento estético, tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento;
- h) Cirurgias plásticas em geral, exceto as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de Acidente Pessoal ocorrido na vigência do seguro;
- i) Tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de Acidente Pessoal;
- j) Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida;
- k) Tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados à tentativa de suicídio ocorridos ou atos ilícitos dolosos devidamente comprovados;

- l) Tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;
- m) Tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;
- n) Tratamento e/ou cirurgia de hérnias de qualquer natureza, exceto em caso de Acidente Pessoal.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e constará da Apólice, e corresponde ao valor de cada diária por internação hospital por doença ou acidente e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.
- 3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da internação.

4. REINTEGRAÇÃO

Quando a soma das indenizações pagas em razão dos sinistros ocorridos atingir ou ultrapassar o limite do Capital Segurado, a cobertura será automaticamente cancelada, não havendo reintegração do Capital Segurado.

5. LIMITE MÁXIMO DE DIÁRIAS INDENIZÁVEIS

O Limite Máximo de Diárias Indenizáveis é de 150, 200 ou 250 diárias por evento, em conformidade com o plano contratado, independentemente de renovação da Apólice.

6. CARÊNCIA

- 6.1. O período de carência será estipulado na apólice ou certificado do seguro, respeitado o limite máximo de 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do seguro. **O período de carência não pode ultrapassar 2 (dois) anos. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidente pessoal,**
- 6.2. O período de carência será contado a partir da data do início de vigência do seguro e considerará dias consecutivos e ininterruptos.
- 6.3. Nos casos de aumento do Capital Segurado será restabelecido o prazo de carência estipulado na Apólice de Seguro. Neste caso, esse período se aplicará somente à parcela do Capital relativa ao aumento.
- 6.4. A Seguradora não responderá por sinistros de qualquer natureza ocorridos durante o prazo de carência.
- 6.5. Em caso de renovação da apólice, não será iniciado novo prazo de carência.

7. FRANQUIA

- 7.1. O período da franquia em dias será estipulado na apólice ou certificado do seguro, e corresponde dias ininterruptos por evento, contado a partir da data da internação.
- 7.2. Durante o período de Franquia o Segurado não terá direito ao recebimento de diárias.

8. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula 17-PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir.

Documentos
Formulário Aviso de Sinistro, assinado pelo próprio Segurado, seu cônjuge ou seu representante
Cópia do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado

Documentos

Declaração de Internação ou Prontuário Médico Completo

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR DOENÇA OU ACIDENTE – EXCLUSIVAMENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (DIH/UTI)**1. CONCEITO**

1.1. A Cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença exclusivamente em unidade de terapia intensiva (DIH/UTI), quando contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma indenização proporcional ao período de internação hospitalar e até o limite contratado, em caso de doença ou acidente pessoal, por um período superior a franquia de 4 (quatro) dias, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais Cláusulas das Condições Gerais.**

1.2. As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o período de Franquia e respeitado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

1.3. As indenizações através da cobertura de diária de internação hospitalar por doença ou acidente – **Exclusivamente em unidade de terapia intensiva (DIH/UTI) não se acumulam.** No caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento por incapacidade por DIH/UTI, a indenização a ser paga será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações. Caso o Segurado esteja recebendo diárias e sua incapacidade temporária evolua para uma Invalidez Funcional Permanente por Doença (IFPD) devidamente comprovada, o pagamento das diárias será imediatamente cancelado.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados na Cláusula 6-RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta cobertura os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta, de e/ou relacionados a:

- a) Tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia;
- b) Tratamentos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças com ela relacionadas;
- c) Diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;
- d) Tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos;
- e) Qualquer procedimento relacionado a gravidez, parto ou aborto, exceto em caso de Acidente Pessoal;
- f) Exame ou check-up preventivo;
- g) Qualquer procedimento estético, tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento;
- h) Cirurgias plásticas em geral, exceto as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de Acidente Pessoal ocorrido na vigência do seguro;
- i) Tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de Acidente Pessoal;
- j) Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida;
- k) Tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados à tentativa de suicídio ocorridos ou atos ilícitos dolosos devidamente comprovados;
- l) Tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia,

terapia ocupacional e psicologia;

m) Tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;

n) Tratamento e/ou cirurgia de hérnias de qualquer natureza, exceto em caso de Acidente Pessoal.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e constará da Apólice, e corresponde ao valor de cada diária por internação hospital por doença ou acidente e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

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

4. REINTEGRAÇÃO

Quando a soma das indenizações pagas em razão dos sinistros ocorridos atingir ou ultrapassar o limite do Capital Segurado, a cobertura será automaticamente cancelada, não havendo reintegração do Capital Segurado.

5. LIMITE MÁXIMO DE DIÁRIAS INDENIZÁVEIS

O Limite Máximo de Diárias Indenizáveis é de 150, 200 ou 250 diárias por evento, em conformidade com o plano contratado, independentemente de renovação da Apólice.

6. CARÊNCIA

6.1. O período de carência será estipulado na apólice ou certificado do seguro, respeitado o limite máximo de 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do seguro. **O período de carência não pode ultrapassar 2 (dois) anos. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidente pessoal**

6.2. O período de carência será contado a partir da data do início de vigência do seguro e considerará dias consecutivos e ininterruptos.

6.3. Nos casos de aumento do Capital Segurado será restabelecido o prazo de carência estipulado na Apólice de Seguro. Neste caso, esse período se aplicará somente à parcela do Capital relativa ao aumento.

6.4. A Seguradora não responderá por sinistros de qualquer natureza ocorridos durante o prazo de carência.

6.5. Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência.

7. FRANQUIA

7.1. Período da franquia em dias será estipulado na apólice ou certificado do seguro, e corresponde dias ininterruptos por evento, contado a partir da data da internação.

7.2. Durante o período de Franquia o Segurado não terá direito ao recebimento de diárias.

8. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula 17-PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir.

Documentos
Formulário Aviso de Sinistro, assinado pelo próprio Segurado, seu cônjuge ou seu representante
Cópia do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado
Declaração de Internação ou Prontuário Médico Completo

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA PARA LER E DORT**1. CONCEITO**

1.1. A Cobertura Especial para LER e DORT, quando contratada, garante ao Segurado o pagamento de Diárias por Incapacidade Temporária ao próprio Segurado que, **exclusivamente por motivo de doenças decorrentes de micro traumas de repetição, tais como DORT - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, LER - Lesões por Esforços Repetitivos, LTC – Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo, Tendinopatias, Sinovite, Epicondilite ou similares que sejam aceitas pela classe médico-científica**, venha a ficar afastado totalmente de qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação, de forma contínua e temporária, por um período superior a franquia de 7 (sete) ou 10 (dez) dias, conforme definido na proposta de contratação, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais Cláusulas das Condições Contratuais.**

1.2. A contratação desta cobertura está condicionada a contratação da cobertura de Diária por Incapacidade Temporária (DIT).

1.3. O afastamento deverá ser determinado pelo médico assistente e comprovado por exames complementares.

1.4. As indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o período de Franquia e respeitado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

1.5. As indenizações através da cobertura de LER e DORT não se acumulam. No caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento por incapacidade por doença, a indenização a ser paga será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações. Caso o Segurado esteja recebendo diárias e sua incapacidade temporária evolua para uma Invalidez Funcional Permanente por Doença (IFPD) devidamente comprovada, **o pagamento das diárias será imediatamente cancelado.**

1.6. O valor da Diária por Incapacidade Temporária contratada deverá ser compatível com a renda mensal do Segurado, que deverá ser declarada no momento da contratação desta cobertura.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados na Cláusula 6-RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta cobertura os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta, de e/ou relacionados a:

- a) Gravidez e suas intercorrências, bem como parto ou aborto e suas consequências, exceto se decorrentes de acidente pessoal coberto;
- b) Tratamento clínico ou cirúrgico com finalidade estética e/ou obesidade, suas consequências, e os períodos de convalescença a eles relacionados, exceto as restauradoras em razão de acidente pessoal coberto ou por reconstrução mamária consequente de mastectomia por neoplasia maligna ocorrida durante a vigência deste seguro;
- c) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, métodos contraceptivos, inseminação artificial e mudança de sexo, incluída a correção de varicocele, histerectomia/mastectomia, entre outros;
- d) Tratamento para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso ou convalescença;
- e) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e tratamentos medicamentosos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia do Ministério da Saúde;
- f) Doenças mentais ou psiquiátricas;

- g) Cirurgias ortognáticas, tratamentos dentários, ortodônticos e intervenções reparadoras, exceto se decorrente de acidente pessoal coberto;
- h) Cirurgia para correção de miopia;
- i) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;
- j) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não), incluindo as lesões meniscais e ligamentares de joelho e lesões de ombro de características degenerativa, síndrome do impacto, lesões de supra espinhais, luxações redicivantes de qualquer articulação, exceto após tratamento cirúrgico;
- k) As doenças de características reconhecidamente progressivas pela medicina, como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, doenças reumatológicas e ósseas;
- l) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias, cervicalgias e cervicobraquialgias, sacralgias e outros quadros degenerativos;
- m) Afastamentos que antecedem a cirurgia agendada e/ou programada, salvo se comprovado o afastamento médico.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e constará da Apólice, e corresponde ao valor de cada diária por incapacidade temporária e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.
- 3.2. O valor contratado para a diária por incapacidade temporária não poderá ser superior a 1/30 (um trinta avos) da renda mensal do Segurado.
- 3.3. Na ocasião do sinistro a indenização será realizada pelo valor da diária contratada, mediante a comprovação da renda. **Caso seja comprovada a Má-Fé do Segurado no que tange às informações prestadas na Proposta de Contratação, o Segurado perderá o direito à indenização, com base no artigo 766 do Código Civil.**
- 3.4. Para a determinação da indenização, o valor de cada diária de afastamento deverá ser multiplicado pelo período de afastamento em dias, descontada a Franquia.
- 3.5. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado o primeiro dia do afastamento do Segurado das atividades laborativas por ele exercidas.

4. REINTEGRAÇÃO

Quando a soma das indenizações pagas em razão dos sinistros ocorridos atingir ou ultrapassar o limite do Capital Segurado, a cobertura será automaticamente cancelada, não havendo reintegração do Capital Segurado.

5. LIMITE DE DIÁRIAS INDENIZÁVEIS

O Limite Máximo de Diárias Indenizáveis é de 60 (sessenta) diárias somando todos os eventos decorrentes do LER e DORT durante a vigência da apólice, independentemente de renovação da Apólice.

6. CARÊNCIA

- 6.1. O período de carência será estipulado na apólice ou certificado do seguro, respeitado o limite máximo de 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do seguro. O período de carência não pode ultrapassar 2 (dois) anos.
- 6.2. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto para a hipótese de suicídio e/ou sua tentativa ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Contrato de Seguro.

6.3. período de carência será contado a partir da data do início de vigência do seguro e considerará dias consecutivos e ininterruptos.

6.4. Nos casos de aumento do Capital Segurado será restabelecido o prazo de carência estipulado na apólice de seguro. Neste caso, esse período se aplicará somente à parcela do Capital relativa ao aumento.

6.5. A Seguradora não responderá por sinistros de qualquer natureza ocorridos durante o prazo de carência.

6.6. Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência.

7. FRANQUIA

7.1. O período da franquia em dias será estipulado na apólice ou certificado do seguro, e corresponde dias ininterruptos por evento, contado a partir da data **do afastamento das atividades laborativas do Segurado por determinação médica.**

7.2. Durante o período de Franquia o Segurado não terá direito ao recebimento de diárias.

8. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula 17-PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir.

Documentos
Formulário Aviso de Sinistro, assinado pelo próprio Segurado ou seu representante;
Cópia do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;
Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social
Radiografias e exames médicos (quando houver)
Declaração do hospital onde a vítima foi atendida (quando houver)
Documento que comprove a ocorrência do acidente: Boletim de Ocorrência (BO) ou Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)
Relatório do médico assistente;
Documentação médica ou exames realizados pelo Segurado
Cópia de todos os laudos e exames médicos desde o diagnóstico até a presente data.
Cópia da comprovação dos rendimentos da atividade da atividade profissional nos 3 (três) meses que antecedem ao afastamento.
Cópia do comprovante de recebimento do benefício Previdenciário (INSS)
Cópia dos atestados médicos com período de afastamento

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA PARA HÉRNIA

1. CONCEITO

1.1. A Cobertura Especial para Hérnia, quando contratada, garante ao Segurado o pagamento de um valor diário até o limite contratado, **em decorrência exclusivamente de hérnia e suas consequências por motivo de doença**, caso o Segurado venha a ficar afastado totalmente de qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação, de forma contínua e temporária, por um período superior a franquia de 7 (sete) ou 10 (dez) dias, conforme definido na proposta de contratação, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais Cláusulas das Condições**

Contratuais.

1.2. A contratação desta cobertura está condicionada a contratação da cobertura de Diária por Incapacidade Temporária (DIT).

1.3. A hérnia decorrente de acidente pessoal é garantida pela cobertura de Diária por Incapacidade Temporária (DIT).

1.4. O afastamento deverá ser determinado pelo médico assistente e comprovado por exames complementares.

1.5. As indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o período de Franquia e respeitado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

1.6. As indenizações através da cobertura Hérnia não se acumulam. No caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento por incapacidade por doença, a indenização a ser paga será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações. Caso o Segurado esteja recebendo diárias e sua incapacidade temporária evolua para uma Invalidez Funcional Permanente por Doença (IFPD) devidamente comprovada, o pagamento das diárias será imediatamente cancelado.

1.7. O valor da Diária por Incapacidade Temporária contratada deverá ser compatível com a renda mensal do Segurado, que deverá ser declarada no momento da contratação desta cobertura e comprovada no momento da reclamação do sinistro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados na Cláusula 6-RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta cobertura os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta, de e/ou relacionados a:

- a) Gravidez e suas intercorrências, bem como parto ou aborto e suas consequências, exceto se decorrentes de acidente pessoal coberto;
- b) Tratamento clínico ou cirúrgico com finalidade estética e/ou obesidade, suas consequências, e os períodos de convalescença a eles relacionados, exceto as restauradoras em razão de acidente pessoal coberto ou por reconstrução mamária consequente de mastectomia por neoplasia maligna ocorrida durante a vigência deste seguro;
- c) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, métodos contraceptivos, inseminação artificial e mudança de sexo, incluída a correção de varicocele, histerectomia/mastectomia, entre outros;
- d) Tratamento para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso ou convalescença;
- e) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e tratamentos medicamentosos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia do Ministério da Saúde;
- f) Doenças mentais ou psiquiátricas;
- g) Cirurgias ortognáticas, tratamentos dentários, ortodônticos e intervenções reparadoras, exceto se decorrente de acidente pessoal coberto;
- h) Cirurgia para correção de miopia;
- i) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;
- j) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não), incluindo as lesões meniscais e ligamentares de joelho e lesões de ombro de características degenerativa, síndrome do impacto, lesões de supra espinhais, luxações redicivantes de qualquer articulação, exceto após tratamento cirúrgico;
- k) As doenças de características reconhecidamente progressivas pela medicina, como fibromialgia, artrite

reumatoide, osteoartrose, doenças reumatológicas e ósseas;

l) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias, cervicalgias e cervicobraquialgias, sacralgias e outros quadros degenerativos;

m) Afastamentos que antecedem a cirurgia agendada e/ou programada, salvo se comprovado o afastamento médico.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e constará da Apólice, e corresponde ao valor de cada diária por incapacidade temporária e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

3.2. O valor contratado para a diária por incapacidade temporária não poderá ser superior a 1/30 (um trinta avos) da renda mensal do Segurado.

3.3. Na ocasião do sinistro a indenização será realizada pelo valor da diária contratada, mediante a comprovação da renda. **Caso seja comprovada a Má-Fé do Segurado no que tange às informações prestadas na Proposta de Contratação, o Segurado perderá o direito à indenização, com base no artigo 766 do Código Civil.**

3.4. Para a determinação da indenização, o valor de cada diária de afastamento deverá ser multiplicado pelo período de afastamento em dias, descontada a Franquia.

3.5. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado o primeiro dia do afastamento do Segurado das atividades laborativas por ele exercidas.

4. REINTEGRAÇÃO

Quando a soma das indenizações pagas em razão dos sinistros ocorridos atingir ou ultrapassar o limite do Capital Segurado, a cobertura será automaticamente cancelada, não havendo reintegração do Capital Segurado.

5. LIMITE DE DIÁRIAS INDENIZÁVEIS

O Limite Máximo de Diárias Indenizáveis é de 60 (sessenta) diárias somando todos os eventos decorrentes de Hérnia durante a vigência da apólice, independentemente de renovação da Apólice.

6. CARÊNCIA

6.1. O período de carência será estipulado na apólice ou certificado do seguro, respeitado o limite máximo de 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do seguro. O período de carência não pode ultrapassar 2 (dois) anos.

6.2. **Não haverá carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto para a hipótese de suicídio e/ou sua tentativa ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Contrato de Seguro.**

6.3. O período de carência será contado a partir da data do início de vigência do seguro e considerará dias consecutivos e ininterruptos.

6.4. Nos casos de aumento do Capital Segurado será restabelecido o prazo de carência estipulado na apólice de seguro. Neste caso, esse período se aplicará somente à parcela do Capital relativa ao aumento.

6.5. A Seguradora não responderá por sinistros de qualquer natureza ocorridos durante o prazo de carência.

6.6. Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência.

7. FRANQUIA

7.1. O período da franquia em dias será estipulado na apólice ou certificado do seguro, e corresponde dias ininterruptos

por evento, contado a partir da data do afastamento das atividades laborativas do Segurado por determinação médica.

7.2. Durante o período de Franquia o Segurado não terá direito ao recebimento de diárias.

8. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula 17-PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir.

Documentos
Formulário Aviso de Sinistro, assinado pelo próprio Segurado ou seu representante;
Cópia do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;
Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social
Radiografias e exames médicos (quando houver)
Declaração do hospital onde a vítima foi atendida (quando houver)
Documento que comprove a ocorrência do acidente: Boletim de Ocorrência (BO) ou Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)
Relatório do médico assistente;
Documentação médica ou exames realizados pelo Segurado
Cópia de todos os laudos e exames médicos desde o diagnóstico até a presente data.
Cópia da comprovação dos rendimentos da atividade da atividade profissional nos 3 (três) meses que antecedem ao afastamento.
Cópia do comprovante de recebimento do benefício Previdenciário (INSS)
Cópia dos atestados médicos com período de afastamento

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – CÂNCER (NEOPLASIA MALIGNA OU TUMOR MALIGNO)

1. CONCEITO

1.1. A Cobertura de Doenças Graves - Câncer (Neoplasia Maligna ou Tumor Maligno), quando contratada, garante o pagamento do respectivo Capital Segurado caso o Segurado venha a apresentar, durante a vigência do seguro, diagnóstico definitivo de câncer, conforme definição a seguir, **desde que respeitados os riscos excluídos, os períodos de carência e sobrevivência, e também os termos das demais disposições das Condições Contratuais.**

1.2. Para os fins desta cobertura, câncer é a doença que se manifesta pelo crescimento de tecido diferente dos normais, caracterizado pela multiplicação descontrolada e progressiva de células que têm a propriedade de invasão de tecidos ou órgãos vizinhos e potencial de disseminação para lugares distantes (formação de metástases). O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado e comprovado por exame histológico conclusivo, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades médicas científicas especializadas.

1.3. Estão cobertos todos os tipos de câncer, incluídas as leucemias, com exceção dos especificados na Cláusula 2 - Riscos Excluídos destas Condições Especiais.

1.4. As indenizações por Doenças Graves se acumulam com a cobertura Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD). Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) ocorrer a caracterização de doença grave coberta pelo seguro, a Seguradora pagará a indenização devida para a cobertura de Doenças Graves.

1.5. Somente haverá cobertura para a primeira doença grave coberta, não havendo em hipótese nenhuma acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.

1.6. O pagamento de qualquer indenização decorrente do diagnóstico de uma Doença Grave coberta implica no cancelamento imediato de todas as coberturas de Doenças Graves, não havendo reintegração dos Capitais Segurados ou renovação das coberturas.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados na Cláusula 6-RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta cobertura os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta, de e/ou relacionados a:

- a) Todos os tipos de câncer não-invasivos (*in situ*), lesões ou tumores pré-malignas, qualquer grau/estágio de neoplasia intra-epitelial cervical (NIC), ou displasia do colo uterino;
- b) Qualquer tipo de câncer de pele (ex: carcinoma basocelular, carcinoma de células escamosas) que não seja melanoma maligno invasivo acima do estágio IA (T1a, N0, M0);
- c) Câncer de próstata no estágio I (T1a, T1b ou T1c);
- d) Sarcoma de Kaposi e outros tumores malignos relacionados à presença do vírus da imunodeficiência humana (HIV-AIDS).

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e constará da Apólice.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico definitivo da doença grave.

4. CARÊNCIA

4.1. O período de Carência é de 120 (cento e vinte) dias contados a partir do início de vigência do seguro e considerará dias consecutivos e ininterruptos

4.2. O Segurado não terá direito a nenhuma indenização, mesmo depois de cumprido o período de carência, caso o diagnóstico de câncer, ainda que não definitivo, seja feito durante este período.

4.3. Os prêmios devem ser pagos normalmente durante o período de carência.

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

4.5. Nos casos de aumento do Capital Segurado será restabelecido o prazo de carência estipulado na Apólice de Seguro. Neste caso, esse período se aplicará somente à parcela do Capital relativa ao aumento.

4.6. Em caso de renovação da apólice, não será iniciado novo prazo de carência.

5. FRANQUIA

Somente terão direito ao Capital Segurado os Segurados que permanecerem vivos após 30 (trinta) dias contados a partir da data do diagnóstico definitivo, e desde que a doença tenha ocorrido e sido diagnosticada no período de vigência da apólice, depois de cumprido o período de carência do seguro.

6. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula 18-PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir.

Documentos
Cópia do RG, CPF e comprovante de residência
Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença
Radiografias e exames médicos (quando houver)
Declaração do hospital onde a vítima foi atendida (quando houver)
Aviso de Sinistro, assinado pelo próprio Segurado, seu cônjuge ou outro dependente do mesmo e pelo médico-assistente
Relatório médico assinado pelo médico-assistente informando o grau de invalidez
Documentação médica ou exames realizados pelo Segurado
Cópia do comprovante de recebimento de Auxílio Doença
Relatório do médico-assistente do Segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente 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 autônomas do Segurado;
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
Cópia de todos os laudos e exames médicos desde o diagnóstico até a presente data.
Relatório médico assinado pelo médico assistente
Documentos médicos originais que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível;

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO**1. CONCEITO**

1.1. A Cobertura de Doenças Graves - Infarto Agudo do Miocárdio, quando contratada, garante o pagamento do respectivo Capital Segurado caso o Segurado venha a apresentar, durante a vigência do seguro, diagnóstico definitivo de infarto agudo do miocárdio, conforme definição a seguir, **desde que respeitados os riscos excluídos, os períodos de carência e sobrevivência, e também os termos das demais disposições das Condições Contratuais.**

1.2. Para os fins desta cobertura, infarto agudo do miocárdio é a necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco em consequência de um fluxo sanguíneo inadequado para a área comprometida. O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado, deve ser aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas e se basear na ocorrência concomitante dos seguintes critérios:

- a) Histórico de dores torácicas típicas;
- b) Alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma (ECG); e
- c) Elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica.

1.3. Estão cobertos todos os infartos agudos do miocárdio, conforme definição, **com exceção dos especificados na Cláusula 2 - Riscos Excluídos destas Condições Especiais.**

1.4. **Somente haverá cobertura para a primeira doença grave coberta, não havendo em hipótese nenhuma acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.**

1.5. **As indenizações por Doenças Graves se acumulam com a cobertura Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD).** Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) ocorrer a caracterização de doença grave coberta pelo seguro, a Seguradora pagará a indenização devida para a cobertura de Doenças Graves.

1.6. **O pagamento de qualquer indenização decorrente do diagnóstico de uma Doença Grave coberta implica no cancelamento imediato de todas as coberturas de Doenças Graves, não havendo reintegração dos Capitais Segurados ou renovação das coberturas.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados na Cláusula 6-RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta cobertura os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta, de e/ou relacionados a:

- a) Quadro de infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST;
- b) Quadro de infarto do miocárdio somente com elevação de troponina "I" ou "T";
- c) Outras síndromes coronarianas agudas, como angina estável ou instável;
- d) Infarto do miocárdio antigo ou silencioso.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e constará da Apólice.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico definitivo da doença grave.

4. CARÊNCIA

4.1. **O período de Carência é de 90 (noventa) dias contados a partir do início de vigência do seguro e considerará dias consecutivos e ininterruptos.**

4.2. **O Segurado não terá direito a nenhuma indenização, mesmo depois de cumprido o período de carência, caso o diagnóstico da doença, ainda que não definitivo, seja feito durante este período.**

4.3. **Os prêmios devem ser pagos normalmente durante o período de carência.**

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

4.5. **Nos casos de aumento do Capital Segurado será restabelecido o prazo de carência estipulado na Apólice de Seguro. Neste caso, esse período se aplicará somente à parcela do Capital relativa ao aumento.**

4.6. **Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência.**

5. FRANQUIA

Somente terão direito ao Capital Segurado os Segurados que permanecerem vivos após 30 (trinta) dias contados a partir da data do diagnóstico definitivo, e desde que a doença tenha ocorrido e sido diagnosticada no período de vigência da apólice, depois de cumprido o período de carência do seguro.

6. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula 18-PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir.

Documentos
Cópia do RG, CPF e comprovante de residência
Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença
Radiografias e exames médicos (quando houver)
Declaração do hospital onde a vítima foi atendida (quando houver)
Aviso de Sinistro, assinado pelo próprio Segurado, seu cônjuge ou outro dependente do mesmo e pelo médico-assistente
Relatório médico assinado pelo médico-assistente informando o grau de invalidez
Documentação médica ou exames realizados pelo Segurado
Cópia do comprovante de recebimento de Auxílio Doença
Relatório do médico-assistente do Segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente 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 autônomas do Segurado;
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
Cópia de todos os laudos e exames médicos desde o diagnóstico até a presente data.
Relatório médico assinado pelo médico assistente
Documentos médicos originais que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível;

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)**1. CONCEITO**

1.1. A Cobertura de Doenças Graves - Acidente Vascular Cerebral (AVC), quando contratada, garante o pagamento do respectivo Capital Segurado caso o Segurado venha a apresentar, durante a vigência do seguro, diagnóstico definitivo de acidente vascular cerebral (AVC), com sequelas neurológicas permanentes, conforme definição a seguir, **desde que respeitados os riscos excluídos, os períodos de carência e sobrevivência, e também os termos das demais disposições das Condições Contratuais.**

1.2. Para os fins desta cobertura, acidente vascular cerebral (AVC) é uma doença caracterizada pela diminuição ou interrupção do fluxo sanguíneo cerebral que resulte em morte do tecido cerebral e consequente sequela neurológica definitiva. O quadro deve ser causado pela ruptura de um vaso cerebral com extravasamento de sangue (hemorragia intracraniana), ou pela obstrução de um vaso cerebral. O diagnóstico deve ser realizado por médico habilitado, aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas e respaldado por quadro clínico típico e exames de imagem, como tomografia axial computadorizada, ressonância nuclear magnética ou estudo de circulação cerebral. As sequelas neurológicas devem ser passíveis de verificação por meio de exames especializados e persistir por, no mínimo, 3 (três) meses a partir da data do diagnóstico.

1.3. Estão cobertos os acidentes vasculares cerebrais que resultem em sequelas neurológicas definitivas, conforme definição, com exceção dos procedimentos especificados nos riscos excluídos e incluindo o AVC provocado por embolização de vaso cerebral originada de fonte extracraniana.

1.4. **As indenizações por Doenças Graves se acumulam com a cobertura Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD).** Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) ocorrer a caracterização de doença grave coberta pelo seguro, a Seguradora pagará a indenização devida para a cobertura de Doenças Graves.

1.5. **Somente haverá cobertura para a primeira doença grave coberta, não havendo em hipótese nenhuma acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.**

1.6. **O pagamento de qualquer indenização decorrente do diagnóstico de uma Doença Grave coberta implica no cancelamento imediato de todas as coberturas de Doenças Graves, não havendo reintegração dos Capitais Segurados ou renovação das coberturas.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados na Cláusula 6-RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta cobertura os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta, de e/ou relacionados a:

- a) AVC isquêmicos transitórios e síndromes correlatas (ex: isquemia cerebral transitória-ICT);
- b) Traumatismos crânio-encefálicos;
- c) Danos cerebrais causados por traumas, como, por exemplo, asfixia;
- d) Infartos cerebrais lacunares, sem déficit neurológico;
- e) Enxaquecas com sintomas neurológicos;
- f) Distúrbios cognitivos que não configurem incapacidade para vida cível (sem necessidade de termo de curatela).

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e constará da Apólice.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico definitivo da doença grave.

4. CARÊNCIA

4.1. **O período de Carência é de 90 (noventa) dias contados a partir do início de vigência do seguro e considerará dias consecutivos e ininterruptos.**

4.2. **O Segurado não terá direito a nenhuma indenização, mesmo depois de cumprido o período de carência, caso o diagnóstico da doença, ainda que não definitivo, seja feito durante este período.**

4.3. **Os prêmios devem ser pagos normalmente durante o período de carência.**

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

4.5. **Nos casos de aumento do Capital Segurado será restabelecido o prazo de carência estipulado na Apólice de Seguro. Neste caso, esse período se aplicará somente à parcela do Capital relativa ao aumento.**

4.6. **Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência.**

5. FRANQUIA

5.1. Somente terão direito ao Capital Segurado os Segurados que permanecerem vivos após 90 (noventa) dias contados a partir da data do diagnóstico de AVC, desde que as sequelas neurológicas sejam consideradas definitivas e a doença tenha ocorrido e sido diagnosticada no período de vigência da apólice, depois de cumprida a carência do seguro.

5.2. A Seguradora se reserva o direito de abreviar este período de sobrevivência até o mínimo de 30 (trinta) dias, caso as sequelas neurológicas sejam consideradas irreversíveis pela sua área médica, antes mesmo dos 90 (noventa) dias previstos a partir da data do diagnóstico.

6. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula 18-PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir.

Documentos
Cópia do RG, CPF e comprovante de residência
Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença
Radiografias e exames médicos (quando houver)
Declaração do hospital onde a vítima foi atendida (quando houver)
Aviso de Sinistro, assinado pelo próprio Segurado, seu cônjuge ou outro dependente do mesmo e pelo médico-assistente
Relatório médico assinado pelo médico-assistente informando o grau de invalidez
Documentação médica ou exames realizados pelo Segurado
Cópia do comprovante de recebimento de Auxílio Doença
Relatório do médico-assistente do Segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente 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 autônomas do Segurado;
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
Cópia de todos os laudos e exames médicos desde o diagnóstico até a presente data.
Relatório médico assinado pelo médico assistente
Documentos médicos originais que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível;

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – INSUFICIÊNCIA RENAL

1. CONCEITO

1.1. A Cobertura de Doenças Graves - Insuficiência Renal, quando contratada, o pagamento do respectivo Capital Segurado caso o Segurado venha a apresentar insuficiência renal avançada, conforme definição a seguir, durante a vigência do seguro, desde que respeitados os riscos excluídos, os períodos de carência e sobrevivência, e também os termos das demais disposições das Condições Contratuais.

1.2. Para os fins desta cobertura, insuficiência renal terminal é a etapa final de diversas doenças renais. É caracterizada pela perda progressiva e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal. O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

1.3. Estão cobertas todas as doenças renais com evolução para insuficiência renal terminal, conforme definição e com exceção do especificado na Cláusula Riscos Excluídos, destas Condições Gerais.

1.4. As indenizações por Doenças Graves se acumulam com a cobertura Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD). Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) ocorrer a caracterização de doença grave coberta pelo seguro, a Seguradora pagará a indenização devida para a cobertura de Doenças Graves.

1.5. Somente haverá cobertura para a primeira doença grave coberta, não havendo em hipótese nenhuma acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.

1.6. O pagamento de qualquer indenização decorrente do diagnóstico de uma Doença Grave coberta implica no cancelamento imediato de todas as coberturas de Doenças Graves, não havendo reintegração dos Capitais Segurados ou renovação das coberturas.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados na Cláusula 6-RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, consideram-se como riscos excluídos os quadros transitórios de insuficiência renal, ainda que seja realizado tratamento dialítico.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e constará da Apólice.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico definitivo da doença grave.

4. CARÊNCIA

4.1. O período de Carência é de 90 (noventa) dias contados a partir do início de vigência do seguro e considerará dias consecutivos e ininterruptos.

4.2. O Segurado não terá direito a nenhuma indenização, mesmo depois de cumprido o período de carência, caso o diagnóstico da doença, ainda que não definitivo, seja feito durante este período.

4.3. Os prêmios devem ser pagos normalmente durante o período de carência.

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

4.5. Nos casos de aumento do Capital Segurado será restabelecido o prazo de carência estipulado na Apólice de Seguro. Neste caso, esse período se aplicará somente à parcela do Capital relativa ao aumento.

4.6. Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência.

5. FRANQUIA

Somente terão direito ao Capital Segurado os Segurados que permanecerem vivos após 30 (trinta) dias contados a partir da data do diagnóstico definitivo, e desde que a doença tenha ocorrido e sido diagnosticada no período de vigência da apólice, depois de cumprido o período de carência do seguro.

6. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula 17-PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir.

Documentos
Cópia do RG, CPF e comprovante de residência
Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença
Radiografias e exames médicos (quando houver)
Declaração do hospital onde a vítima foi atendida (quando houver)
Aviso de Sinistro, assinado pelo próprio Segurado, seu cônjuge ou outro dependente do mesmo e pelo médico-assistente
Relatório médico assinado pelo médico-assistente informando o grau de invalidez
Documentação médica ou exames realizados pelo Segurado
Cópia do comprovante de recebimento de Auxílio Doença
Relatório do médico-assistente do Segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente 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 autônomas do Segurado;
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
Cópia de todos os laudos e exames médicos desde o diagnóstico até a presente data.
Relatório médico assinado pelo médico assistente
Documentos médicos originais que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível;

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – TRANSPLANTE DE CORAÇÃO**1. CONCEITO**

1.1. A Cobertura de Doenças Graves – Transplante de Coração, quando contratada, garante o pagamento do respectivo Capital Segurado caso o Segurado venha a realizar, durante a vigência do seguro, procedimento cirúrgico para transplante de coração, conforme definição a seguir, **desde que respeitados os riscos excluídos, os períodos de carência e sobrevivência, e também os termos das demais disposições das Condições Contratuais.**

1.2. Para os fins desta cobertura, transplante de coração é o procedimento cirúrgico em que o Segurado participa como receptor de um coração. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.

1.3. Estão cobertos os procedimentos cirúrgicos para o transplante de coração, em decorrência da perda irreversível da sua função, oriundo de doador humano, sempre com o Segurado figurando como receptor, com exceção dos procedimentos especificados na Cláusula 2 - Riscos Excluídos destas Condições Especiais.

1.4. **As indenizações por Doenças Graves se acumulam com a cobertura Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD).** Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) ocorrer a caracterização de doença grave coberta pelo seguro, a Seguradora pagará a indenização devida para a cobertura

de Doenças Graves.

1.5. Somente haverá cobertura para a primeira doença grave coberta, não havendo em hipótese nenhuma acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.

1.6. O pagamento de qualquer indenização decorrente do diagnóstico de uma Doença Grave coberta implica no cancelamento imediato de todas as coberturas de Doenças Graves, não havendo reintegração dos Capitais Segurados ou renovação das coberturas.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados na Cláusula 6-RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta cobertura os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta, de e/ou relacionados a:

- a) Colocação de órgãos artificiais, ainda que em caráter temporário, enquanto se aguarda um doador humano;
- b) Transplantes com órgãos de animais (não-humanos);
- c) Transplante de células-tronco (células embrionárias).

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e constará da Apólice.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico definitivo da doença grave.

4. CARÊNCIA

4.1. O período de Carência é de 90 (noventa) dias contados a partir do início de vigência do seguro e considerará dias consecutivos e ininterruptos.

4.2. O Segurado não terá direito a nenhuma indenização, mesmo depois de cumprido o período de carência, caso o diagnóstico da doença, ainda que não definitivo, seja feito durante este período.

4.3. Os prêmios devem ser pagos normalmente durante o período de carência.

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

4.5. Nos casos de aumento do Capital Segurado será restabelecido o prazo de carência estipulado na Apólice de Seguro. Neste caso, esse período se aplicará somente à parcela do Capital relativa ao aumento.

4.6. Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência.

5. FRANQUIA

Somente terão direito ao Capital Segurado os Segurados que permanecerem vivos após 30 (trinta) dias contados a partir da data da cirurgia, e desde que a doença tenha ocorrido e sido diagnosticada no período de vigência da apólice, depois de cumprido o período de carência do seguro.

6. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula 17-PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir.

Documentos
Cópia do RG, CPF e comprovante de residência
Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença

Documentos
Radiografias e exames médicos (quando houver)
Declaração do hospital onde a vítima foi atendida (quando houver)
Aviso de Sinistro, assinado pelo próprio Segurado, seu cônjuge ou outro dependente do mesmo e pelo médico-assistente
Relatório médico assinado pelo médico-assistente informando o grau de invalidez
Documentação médica ou exames realizados pelo Segurado
Cópia do comprovante de recebimento de Auxílio Doença
Relatório do médico-assistente do Segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente 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 autônomas do Segurado;
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
Cópia de todos os laudos e exames médicos desde o diagnóstico até a presente data.
Relatório médico assinado pelo médico assistente
Documentos médicos originais que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível;

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – TRANSPLANTE DE FÍGADO**1. CONCEITO**

1.1. A Cobertura de Doenças Graves – Transplante de Fígado, quando contratada, garante o pagamento do respectivo Capital Segurado caso o Segurado venha a realizar, durante a vigência do seguro, procedimento cirúrgico para transplante de fígado, conforme definição a seguir, **desde que respeitados os riscos excluídos, os períodos de carência e sobrevivência, e também os termos das demais disposições das Condições Contratuais.**

1.2. Para os fins desta cobertura, transplante de fígado é o procedimento cirúrgico em que o Segurado participa como receptor de um fígado. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.

1.3. Estão cobertos os procedimentos cirúrgicos para o transplante de fígado, em decorrência da perda irreversível da sua função, oriundo de doador humano, sempre com o Segurado figurando como receptor, com exceção dos procedimentos especificados na Cláusula 2 - Riscos Excluídos destas Condições Especiais.

1.4. As indenizações por Doenças Graves se acumulam com a cobertura Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD). Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) ocorrer a caracterização de doença grave coberta pelo seguro, a Seguradora pagará a indenização devida para a cobertura de Doenças Graves.

1.5. Somente haverá cobertura para a primeira doença grave coberta, não havendo em hipótese nenhuma acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.

1.6. O pagamento de qualquer indenização decorrente do diagnóstico de uma Doença Grave coberta implica no cancelamento imediato de todas as coberturas de Doenças Graves, não havendo reintegração dos Capitais

Segurados ou renovação das coberturas.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados na Cláusula 6-RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta cobertura os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta, de e/ou relacionados a:

- a) Colocação de órgãos artificiais, ainda que em caráter temporário, enquanto se aguarda um doador humano;
- b) Transplantes com órgãos de animais (não-humanos);
- c) Transplante de células-tronco (células embrionárias).

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e constará da Apólice.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico definitivo da doença grave.

4. CARÊNCIA

4.1. O período de Carência é de 90 (noventa) dias contados a partir do início de vigência do seguro e considerará dias consecutivos e ininterruptos.

4.2. O Segurado não terá direito a nenhuma indenização, mesmo depois de cumprido o período de carência, caso o diagnóstico da doença, ainda que não definitivo, seja feito durante este período.

4.3. Os prêmios devem ser pagos normalmente durante o período de carência.

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

4.5. Nos casos de aumento do Capital Segurado será restabelecido o prazo de carência estipulado na Apólice de Seguro. Neste caso, esse período se aplicará somente à parcela do Capital relativa ao aumento.

4.6. Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência.

5. FRANQUIA

Somente terão direito ao Capital Segurado os Segurados que permanecerem vivos após 30 (trinta) dias contados a partir da data da cirurgia, e desde que a doença tenha ocorrido e sido diagnosticada no período de vigência da apólice, depois de cumprido o período de carência do seguro.

6. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula 18-PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir.

Documentos
Cópia do RG, CPF e comprovante de residência
Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença
Radiografias e exames médicos (quando houver)
Declaração do hospital onde a vítima foi atendida (quando houver)
Aviso de Sinistro, assinado pelo próprio Segurado, seu cônjuge ou outro dependente do mesmo e pelo médico-assistente

Documentos
Relatório médico assinado pelo médico-assistente informando o grau de invalidez
Documentação médica ou exames realizados pelo Segurado
Cópia do comprovante de recebimento de Auxílio Doença
Relatório do médico-assistente do Segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente 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 autônomas do Segurado;
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
Cópia de todos os laudos e exames médicos desde o diagnóstico até a presente data.
Relatório médico assinado pelo médico assistente
Documentos médicos originais que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível;

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – TRANSPLANTE DE MEDULA**1. CONCEITO**

1.1. A Cobertura de Doenças Graves – Transplante de Medula, quando contratada, garante o pagamento do respectivo Capital Segurado caso o Segurado venha a realizar, durante a vigência do seguro, procedimento cirúrgico para transplante de medula óssea, conforme definição a seguir, **desde que respeitados os riscos excluídos, os períodos de carência e sobrevivência, e também os termos das demais disposições das Condições Contratuais.**

1.2. Para os fins desta cobertura, transplante de medula óssea é o procedimento cirúrgico em que o Segurado participa como receptor de células normais de medula óssea de um doador. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.

1.3. Estão cobertos os procedimentos cirúrgicos para o transplante de medula óssea, em decorrência da perda irreversível da sua função, oriunda de doador humano, sempre com o Segurado figurando como receptor, com exceção dos procedimentos especificados na Cláusula 2 - Riscos Excluídos destas Condições Especiais.

1.4. **As indenizações por Doenças Graves se acumulam com a cobertura Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD).** Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) ocorrer a caracterização de doença grave coberta pelo seguro, a Seguradora pagará a indenização devida para a cobertura de Doenças Graves.

1.5. **Somente haverá cobertura para a primeira doença grave coberta, não havendo em hipótese nenhuma acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.**

1.6. **O pagamento de qualquer indenização decorrente do diagnóstico de uma Doença Grave coberta implica no cancelamento imediato de todas as coberturas de Doenças Graves, não havendo reintegração dos Capitais Segurados ou renovação das coberturas.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados na Cláusula 6-RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta cobertura os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta, de e/ou relacionados a:

- Colocação de órgãos artificiais, ainda que em caráter temporário, enquanto se aguarda um doador humano;
- Transplantes com órgãos de animais (não-humanos);
- Autotransplante de medula;
- Transplante de células-tronco (células embrionárias).

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e constará da Apólice.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico definitivo da doença grave.

4. CARÊNCIA

4.1. O período de Carência é de 90 (noventa) dias contados a partir do início de vigência do seguro e considerará dias consecutivos e ininterruptos.

4.2. O Segurado não terá direito a nenhuma indenização, mesmo depois de cumprido o período de carência, caso o diagnóstico da doença, ainda que não definitivo, seja feito durante este período.

4.3. Os prêmios devem ser pagos normalmente durante o período de carência.

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

4.5. Nos casos de aumento do Capital Segurado será restabelecido o prazo de carência estipulado na Apólice de Seguro. Neste caso, esse período se aplicará somente à parcela do Capital relativa ao aumento.

4.6. Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência.

5. FRANQUIA

Somente terão direito ao Capital Segurado os Segurados que permanecerem vivos após 30 (trinta) dias contados a partir da data da cirurgia, e desde que a doença tenha ocorrido e sido diagnosticada no período de vigência da apólice, depois de cumprido o período de carência do seguro.

6. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula 17-PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir.

Documentos
Cópia do RG, CPF e comprovante de residência
Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença
Radiografias e exames médicos (quando houver)
Declaração do hospital onde a vítima foi atendida (quando houver)
Aviso de Sinistro, assinado pelo próprio Segurado, seu cônjuge ou outro dependente do mesmo e pelo médico-assistente
Relatório médico assinado pelo médico-assistente informando o grau de invalidez
Documentação médica ou exames realizados pelo Segurado

Documentos

Cópia do comprovante de recebimento de Auxílio Doença

Relatório do médico-assistente do Segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente 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 autônomas do Segurado

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

Cópia de todos os laudos e exames médicos desde o diagnóstico até a presente data

Relatório médico assinado pelo médico assistente

Documentos médicos originais que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – TRANSPLANTE DE PÂNCREAS**1. CONCEITO**

1.1. A Cobertura de Doenças Graves – Transplante de Pâncreas, quando contratada, garante o pagamento do respectivo Capital Segurado caso o Segurado venha a realizar, durante a vigência do seguro, procedimento cirúrgico para transplante de pâncreas, conforme definição a seguir, **desde que respeitados os riscos excluídos, os períodos de carência e sobrevivência, e também os termos das demais disposições das Condições Contratuais.**

1.2. Para os fins desta cobertura, transplante de pâncreas é o procedimento cirúrgico em que o Segurado participa como receptor de um pâncreas. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.

1.3. Estão cobertos os procedimentos cirúrgicos para o transplante de pâncreas, em decorrência da perda irreversível da sua função, oriundo de doador humano, sempre com o Segurado figurando como receptor, com exceção dos procedimentos especificados na Cláusula 2 - Riscos Excluídos destas Condições Especiais.

1.4. **As indenizações por Doenças Graves se acumulam com a cobertura Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD).** Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) ocorrer a caracterização de doença grave coberta pelo seguro, a Seguradora pagará a indenização devida para a cobertura de Doenças Graves.

1.5. **Somente haverá cobertura para a primeira doença grave coberta, não havendo em hipótese nenhuma acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.**

1.6. **O pagamento de qualquer indenização decorrente do diagnóstico de uma Doença Grave coberta implica no cancelamento imediato de todas as coberturas de Doenças Graves, não havendo reintegração dos Capitais Segurados ou renovação das coberturas.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados na Cláusula 6-RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta cobertura os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta, de e/ou relacionados a:

- a) Colocação de órgãos artificiais, ainda que em caráter temporário, enquanto se aguarda um doador humano;
- b) Transplantes com órgãos de animais (não-humanos);

- c) Transplante de células Beta do pâncreas;
- d) Transplante de células-tronco (células embrionárias).

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e constará da Apólice.
- 3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico definitivo da doença grave.

4. CARÊNCIA

- 4.1. O período de Carência é de 90 (noventa) dias contados a partir do início de vigência do seguro e considerará dias consecutivos e ininterruptos.
- 4.2. O Segurado não terá direito a nenhuma indenização, mesmo depois de cumprido o período de carência, caso o diagnóstico da doença, ainda que não definitivo, seja feito durante este período.
- 4.3. Os prêmios devem ser pagos normalmente durante o período de carência.
- 4.4. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.
- 4.5. Nos casos de aumento do Capital Segurado será restabelecido o prazo de carência estipulado na Apólice de Seguro. Neste caso, esse período se aplicará somente à parcela do Capital relativa ao aumento.
- 4.6. Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência.

5. FRANQUIA

Somente terão direito ao Capital Segurado os Segurados que permanecerem vivos após 30 (trinta) dias contados a partir da data da cirurgia, e desde que a doença tenha ocorrido e sido diagnosticada no período de vigência da apólice, depois de cumprido o período de carência do seguro.

6. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula 17-PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir.

Documentos
Cópia do RG, CPF e comprovante de residência
Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença
Radiografias e exames médicos (quando houver)
Declaração do hospital onde a vítima foi atendida (quando houver)
Aviso de Sinistro, assinado pelo próprio Segurado, seu cônjuge ou outro dependente do mesmo e pelo médico-assistente
Relatório médico assinado pelo médico-assistente informando o grau de invalidez
Documentação médica ou exames realizados pelo Segurado
Cópia do comprovante de recebimento de Auxílio Doença
Relatório do médico-assistente do Segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente 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 autônomas do Segurado;

Documentos

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

Cópia de todos os laudos e exames médicos desde o diagnóstico até a presente data.

Relatório médico assinado pelo médico assistente

Documentos médicos originais que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – TRANSPLANTE DE PULMÃO**1. CONCEITO**

1.1. A Cobertura de Doenças Graves – Transplante de Pulmão, quando contratada, garante o pagamento do respectivo Capital Segurado caso o Segurado venha a realizar, durante a vigência do seguro, procedimento cirúrgico para transplante de pulmão, conforme definição a seguir, **desde que respeitados os riscos excluídos, os períodos de carência e sobrevivência, e também os termos das demais disposições das Condições Contratuais.**

1.2. Para os fins desta cobertura, transplante de pulmão é o procedimento cirúrgico em que o Segurado participa como receptor de um pulmão. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.

1.3. Estão cobertos os procedimentos cirúrgicos para o transplante de pulmão, em decorrência da perda irreversível da sua função, oriundo de doador humano, sempre com o Segurado figurando como receptor, com exceção dos procedimentos especificados na Cláusula 2 - Riscos Excluídos destas Condições Especiais.

1.4. **As indenizações por Doenças Graves se acumulam com a cobertura Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD).** Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) ocorrer a caracterização de doença grave coberta pelo seguro, a Seguradora pagará a indenização devida para a cobertura de Doenças Graves.

1.5. **Somente haverá cobertura para a primeira doença grave coberta, não havendo em hipótese nenhuma acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.**

1.6. **O pagamento de qualquer indenização decorrente do diagnóstico de uma Doença Grave coberta implica no cancelamento imediato de todas as coberturas de Doenças Graves, não havendo reintegração dos Capitais Segurados ou renovação das coberturas.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados na Cláusula 6-RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta cobertura os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta, de e/ou relacionados a:

- a) Colocação de órgãos artificiais, ainda que em caráter temporário, enquanto se aguarda um doador humano;
- b) Transplantes com órgãos de animais (não-humanos);
- c) Transplante de células-tronco (células embrionárias).

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e constará da Apólice.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico definitivo

da doença grave.

4. CARÊNCIA

- 4.1. O período de Carência é de 90 (noventa) dias contados a partir do início de vigência do seguro e considerará dias consecutivos e ininterruptos.
- 4.2. O Segurado não terá direito a nenhuma indenização, mesmo depois de cumprido o período de carência, caso o diagnóstico da doença, ainda que não definitivo, seja feito durante este período.
- 4.3. Os prêmios devem ser pagos normalmente durante o período de carência.
- 4.4. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.
- 4.5. Nos casos de aumento do Capital Segurado será restabelecido o prazo de carência estipulado na Apólice de Seguro. Neste caso, esse período se aplicará somente à parcela do Capital relativa ao aumento.
- 4.6. Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência.

5. FRANQUIA

Somente terão direito ao Capital Segurado os Segurados que permanecerem vivos após 30 (trinta) dias contados a partir da data da cirurgia, e desde que a doença tenha ocorrido e sido diagnosticada no período de vigência da apólice, depois de cumprido o período de carência do seguro.

6. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula 18-PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir.

Documentos
Cópia do RG, CPF e comprovante de residência
Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença
Radiografias e exames médicos (quando houver)
Declaração do hospital onde a vítima foi atendida (quando houver)
Aviso de Sinistro, assinado pelo próprio Segurado, seu cônjuge ou outro dependente do mesmo e pelo médico-assistente
Relatório médico assinado pelo médico-assistente informando o grau de invalidez
Documentação médica ou exames realizados pelo Segurado
Cópia do comprovante de recebimento de Auxílio Doença
Relatório do médico-assistente do Segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente 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 autônomas do Segurado
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
Cópia de todos os laudos e exames médicos desde o diagnóstico até a presente data.
Relatório médico assinado pelo médico assistente

Documentos

Documentos médicos originais que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – TRANSPLANTE DE RIM**1. CONCEITO**

1.1. A Cobertura de Doenças Graves – Transplante de Rim, quando contratada, garante o pagamento do respectivo Capital Segurado caso o Segurado venha a realizar, durante a vigência do seguro, procedimento cirúrgico para transplante de rim, conforme definição a seguir, **desde que respeitados os riscos excluídos, os períodos de carência e sobrevivência, e também os termos das demais disposições das Condições Contratuais.**

1.2. Para os fins desta cobertura, transplante de rim é o procedimento cirúrgico em que o Segurado participa como receptor de um rim. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.

1.3. Estão cobertos os procedimentos cirúrgicos para o transplante de rim, em decorrência da perda irreversível da sua função, oriundo de doador humano, sempre com o Segurado figurando como receptor, com exceção dos procedimentos especificados na Cláusula 2 - Riscos Excluídos destas Condições Especiais.

1.4. **As indenizações por Doenças Graves se acumulam com a cobertura Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD).** Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) ocorrer a caracterização de doença grave coberta pelo seguro, a Seguradora pagará a indenização devida para a cobertura de Doenças Graves.

1.5. **Somente haverá cobertura para a primeira doença grave coberta, não havendo em hipótese nenhuma acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.**

1.6. **O pagamento de qualquer indenização decorrente do diagnóstico de uma Doença Grave coberta implica no cancelamento imediato de todas as coberturas de Doenças Graves, não havendo reintegração dos Capitais Segurados ou renovação das coberturas.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados na Cláusula 6-RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta cobertura os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta, de e/ou relacionados a:

- a) Colocação de órgãos artificiais, ainda que em caráter temporário, enquanto se aguarda um doador humano;
- b) Transplantes com órgãos de animais (não-humanos);
- c) Transplante de células-tronco (células embrionárias).

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e constará da Apólice.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico definitivo da doença grave.

4. CARÊNCIA

- 4.1. O período de Carência é de 90 (noventa) dias contados a partir do início de vigência do seguro e considerará dias consecutos e ininterruptos.
- 4.2. O Segurado não terá direito a nenhuma indenização, mesmo depois de cumprido o período de carência, caso o diagnóstico da doença, ainda que não definitivo, seja feito durante este período.
- 4.3. Os prêmios devem ser pagos normalmente durante o período de carência.
- 4.4. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.
- 4.5. Nos casos de aumento do Capital Segurado será restabelecido o prazo de carência estipulado na Apólice de Seguro. Neste caso, esse período se aplicará somente à parcela do Capital relativa ao aumento.
- 4.6. Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência.

5. FRANQUIA

Somente terão direito ao Capital Segurado os Segurados que permanecerem vivos após 30 (trinta) dias contados a partir da data da cirurgia, e desde que a doença tenha ocorrido e sido diagnosticada no período de vigência da apólice, depois de cumprido o período de carência do seguro.

6. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula 18-PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir.

Documentos
Cópia do RG, CPF e comprovante de residência
Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença
Radiografias e exames médicos (quando houver)
Declaração do hospital onde a vítima foi atendida (quando houver)
Aviso de Sinistro, assinado pelo próprio Segurado, seu cônjuge ou outro dependente do mesmo e pelo médico-assistente
Relatório médico assinado pelo médico-assistente informando o grau de invalidez
Documentação médica ou exames realizados pelo Segurado
Cópia do comprovante de recebimento de Auxílio Doença
Relatório do médico-assistente do Segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente 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 autônomas do Segurado
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
Cópia de todos os laudos e exames médicos desde o diagnóstico até a presente data.
Relatório médico assinado pelo médico assistente
Documentos médicos originais que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – ALZHEIMER

1. CONCEITO

1.1. A Cobertura de Doenças Graves - Alzheimer, quando contratada, garante o pagamento do respectivo Capital Segurado caso o Segurado venha a apresentar, durante a vigência do seguro, diagnóstico definitivo de Doença de Alzheimer (demência pré-senil) antes dos 65 anos, 11 meses e 29 dias de idade, conforme definição a seguir, **desde que respeitados os riscos excluídos, os períodos de carência e sobrevivência, e também os termos das demais disposições das Condições Contratuais.**

1.2. Para os fins desta cobertura, Doença de Alzheimer (demência pré-senil) antes dos 65 anos, 11 meses e 29 dias de idade é a doença diagnosticada por médico neurologista ou psiquiatra e confirmado por achados típicos nos exames clínicos (testes cognitivos) e de imagem (tomografia computadorizada, ressonância magnética, tomografia por emissão de pósitrons), de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades científicas.

1.3. Estão cobertos os diagnósticos em que o Segurado apresente um quadro de demência avançada que demande supervisão e cuidados constantes de terceiros e o invalide definitivamente para vida cível, com necessidade de constituição legal de um curador definitivo.

1.4. O segurado deve estar total e permanentemente incapacitado para realizar, de maneira independente, três ou mais atividades da vida diária, abaixo citadas:

- a) Tomar banho – capacidade de se lavar na banheira ou chuveiro;
- b) Vestir-se / despir-se – capacidade de colocar e tirar a roupa;
- c) Higiene pessoal – capacidade de usar o aparelho sanitário e manter um nível razoável de higiene;
- d) Deambular – capacidade de andar em um ambiente plano;
- e) Continência urinária e fecal – controle sobre esfíncteres da bexiga e intestino;
- f) Alimentar-se - capacidade de comer e beber sem auxílio, mas não de preparar a comida;

1.5. O quadro de demência avançada deve ser comprovado com apresentação de termo de curatela definitiva.

1.6. As incapacidades para as atividades da vida diária devem ser simultâneas e clinicamente documentadas para diagnóstico definitivo da doença.

1.7. As indenizações por Doenças Graves se acumulam com a cobertura Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD). Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) ocorrer a caracterização de doença grave coberta pelo seguro, a Seguradora pagará a indenização devida para a cobertura de Doenças Graves.

1.8. Somente haverá cobertura para a primeira doença grave coberta, não havendo em hipótese nenhuma acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.

1.9. O pagamento de qualquer indenização decorrente do diagnóstico de uma Doença Grave coberta implica no cancelamento imediato de todas as coberturas de Doenças Graves, não havendo reintegração dos Capitais Segurados ou renovação das coberturas.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados na Cláusula 6-RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta cobertura os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta, de e/ou relacionados a:

- a) Quadros de demência que não sejam considerados como decorrentes da Doença de Alzheimer; e
- b) Diagnóstico isolado de Doença de Alzheimer, que não resulte em quadro de sequelas incapacitantes para a

vida cível ou para as atividades da vida diária conforme a definição nestas Condições Especiais.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e constará da Apólice.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico definitivo da doença grave.

4. CARÊNCIA

4.1. O período de Carência é de 90 (noventa) dias contados a partir do início de vigência do seguro e considerará dias consecutivos e ininterruptos.

4.2. O Segurado não terá direito a nenhuma indenização, mesmo depois de cumprido o período de carência, caso o diagnóstico da doença, ainda que não definitivo, seja feito durante este período.

4.3. Os prêmios devem ser pagos normalmente durante o período de carência.

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

4.5. Nos casos de aumento do Capital Segurado será restabelecido o prazo de carência estipulado na Apólice de Seguro. Neste caso, esse período se aplicará somente à parcela do Capital relativa ao aumento.

4.6. Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência.

5. FRANQUIA

Somente terão direito ao Capital Segurado os Segurados que permanecerem vivos após 30 (trinta) dias contados a partir da data do diagnóstico definitivo, e desde que a doença tenha ocorrido e sido diagnosticada no período de vigência da apólice, depois de cumprido o período de carência do seguro.

6. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula 18-PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir.

Documentos
Cópia do RG, CPF e comprovante de residência
Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença
Radiografias e exames médicos (quando houver)
Declaração do hospital onde a vítima foi atendida (quando houver)
Aviso de Sinistro, assinado pelo próprio Segurado, seu cônjuge ou outro dependente do mesmo e pelo médico-assistente
Relatório médico assinado pelo médico-assistente informando o grau de invalidez
Documentação médica ou exames realizados pelo Segurado
Cópia do comprovante de recebimento de Auxílio Doença
Relatório do médico-assistente do Segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente 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 autônomas do Segurado;

Documentos

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

Cópia de todos os laudos e exames médicos desde o diagnóstico até a presente data.

Relatório médico assinado pelo médico assistente

Documentos médicos originais que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – BYPASS CARDÍACO**1. CONCEITO**

1.1. A Cobertura de Doenças Graves – Bypass cardíaco, quando contratada, garante o pagamento do respectivo Capital Segurado caso o Segurado venha a ser submetido a cirurgia cardíaca com abertura do tórax para restauração do fluxo sanguíneo em uma ou mais artérias coronarianas obstruídas ou estenosadas, por meio de implante de ponte (s) vascular(es) (bypass), **desde que respeitados os riscos excluídos, os períodos de carência e sobrevivência, e também os termos das demais disposições das Condições Contratuais.**

1.2. Para os fins desta cobertura, a cirurgia deve ser feita e confirmada por médico cirurgião cardíaco, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames de imagem.

1.3. As indenizações por Doenças Graves se acumulam com a cobertura Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD). Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) ocorrer a caracterização de doença grave coberta pelo seguro, a Seguradora pagará a indenização devida para a cobertura de Doenças Graves.

1.4. Somente haverá cobertura para a primeira doença grave coberta, não havendo em hipótese nenhuma acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.

1.5. O pagamento de qualquer indenização decorrente do diagnóstico de uma Doença Grave coberta implica no cancelamento imediato de todas as coberturas de Doenças Graves, não havendo reintegração dos Capitais Segurados ou renovação das coberturas.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados na Cláusula 6-RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta cobertura os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta, de e/ou relacionados a:

- a) Angioplastia (com ou sem colocação de Stent);
- b) Procedimentos intra-arteriais (procedimentos realizados pelo interior do vaso, sem abertura do tórax); e
- c) Cirurgia por toracotomia mínima.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e constará da Apólice.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico definitivo da doença grave.

4. CARÊNCIA

- 4.1. O período de Carência é de 90 (noventa) dias contados a partir do início de vigência do seguro e considerará dias consecutivos e ininterruptos.
- 4.2. O Segurado não terá direito a nenhuma indenização, mesmo depois de cumprido o período de carência, caso o diagnóstico da doença, ainda que não definitivo, seja feito durante este período.
- 4.3. Os prêmios devem ser pagos normalmente durante o período de carência.
- 4.4. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.
- 4.5. Nos casos de aumento do Capital Segurado será restabelecido o prazo de carência estipulado na Apólice de Seguro. Neste caso, esse período se aplicará somente à parcela do Capital relativa ao aumento.
- 4.6. Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência.

5. FRANQUIA

Somente terão direito ao Capital Segurado os Segurados que permanecerem vivos após 30 (trinta) dias contados a partir da data da cirurgia, e desde que a doença tenha ocorrido e sido diagnosticada no período de vigência da apólice, depois de cumprido o período de carência do seguro.

6. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula 17-PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir.

Documentos
Cópia do RG, CPF e comprovante de residência
Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença
Radiografias e exames médicos (quando houver)
Declaração do hospital onde a vítima foi atendida (quando houver)
Aviso de Sinistro, assinado pelo próprio Segurado, seu cônjuge ou outro dependente do mesmo e pelo médico-assistente
Relatório médico assinado pelo médico-assistente informando o grau de invalidez
Documentação médica ou exames realizados pelo Segurado
Cópia do comprovante de recebimento de Auxílio Doença
Relatório do médico-assistente do Segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente 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 autônomas do Segurado
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
Cópia de todos os laudos e exames médicos desde o diagnóstico até a presente data.
Relatório médico assinado pelo médico assistente
Documentos médicos originais que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES - CEGUEIRA**1. CONCEITO**

1.1. A Cobertura de Doenças Graves - Cegueira, quando contratada, garante o pagamento do respectivo Capital Segurado caso o Segurado venha a apresentar, durante a vigência do seguro, diagnóstico definitivo de perda total da visão, **desde que a doença ou acidente tenha ocorrido no período de vigência da apólice e respeitados os riscos excluídos, os períodos de carência, e também os termos das demais disposições das Condições Contratuais.**

1.2. Considera-se como perda total da visão, 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. Para os fins desta cobertura, a perda da visão deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à Seguradora, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e respaldada por exames.

1.4. 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, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.

1.5. A perda total da visão de um olho não caracteriza o direito à indenização, exceto se o Segurado já tiver a perda total da visão do outro olho antes do evento coberto.

1.6. As indenizações por Doenças Graves se acumulam com a cobertura Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD). Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) ocorrer a caracterização de doença grave coberta pelo seguro, a Seguradora pagará a indenização devida para a cobertura de Doenças Graves.

1.7. Somente haverá cobertura para a primeira doença grave coberta, não havendo em hipótese nenhuma acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.

1.8. O pagamento de qualquer indenização decorrente do diagnóstico de uma Doença Grave coberta implica no cancelamento imediato de todas as coberturas de Doenças Graves, não havendo reintegração dos Capitais Segurados ou renovação das coberturas.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Não estão cobertos os riscos excluídos pela Cláusula 6-RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e constará da Apólice.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico definitivo da doença grave.

4. CARÊNCIA

4.1. O período de Carência é de 90 (noventa) dias contados a partir do início de vigência do seguro e considerará dias consecutivos e ininterruptos.

4.2. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto para a hipótese de suicídio e/ou sua tentativa ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Contrato de Seguro.

- 4.3. O Segurado não terá direito a nenhuma indenização, mesmo depois de cumprido o período de carência, caso o diagnóstico da doença, ainda que não definitivo, seja feito durante este período.
- 4.4. Os prêmios devem ser pagos normalmente durante o período de carência.
- 4.5. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.
- 4.6. Nos casos de aumento do Capital Segurado será restabelecido o prazo de carência estipulado na Apólice de Seguro. Neste caso, esse período se aplicará somente à parcela do Capital relativa ao aumento.
- 4.7. Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência.

5. FRANQUIA

Não há franquia para esta cobertura.

6. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula 17-PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir.

Documentos
Cópia do RG, CPF e comprovante de residência
Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença
Radiografias e exames médicos (quando houver)
Declaração do hospital onde a vítima foi atendida (quando houver)
Aviso de Sinistro, assinado pelo próprio Segurado, seu cônjuge ou outro dependente do mesmo e pelo médico-assistente
Relatório médico assinado pelo médico-assistente informando o grau de invalidez
Documentação médica ou exames realizados pelo Segurado
Cópia do comprovante de recebimento de Auxílio Doença
Relatório do médico-assistente do Segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente 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 autônomas do Segurado
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
Cópia de todos os laudos e exames médicos desde o diagnóstico até a presente data.
Relatório médico assinado pelo médico assistente
Documentos médicos originais que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – CIRURGIA DA AORTA

1. CONCEITO

1.1. A Cobertura de Doenças Graves – Cirurgia da Aorta, quando contratada, garante o pagamento do respectivo Capital Segurado caso o Segurado venha a ser submetido a cirurgia com abertura do tórax ou abdômen para correção de uma doença da artéria aorta que requeira o implante de material sintético para substituição de segmento afetado,

desde que respeitados os riscos excluídos, os períodos de carência e sobrevivência, e também os termos das demais disposições das Condições Contratuais.

1.2. Para os fins desta cobertura, a cirurgia deve ser feita e confirmada por médico cirurgião vascular, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames de imagem.

1.3. As indenizações por Doenças Graves se acumulam com a cobertura Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD). Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) ocorrer a caracterização de doença grave coberta pelo seguro, a Seguradora pagará a indenização devida para a cobertura de Doenças Graves.

1.4. Somente haverá cobertura para a primeira doença grave coberta, não havendo em hipótese nenhuma acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.

1.5. O pagamento de qualquer indenização decorrente do diagnóstico de uma Doença Grave coberta implica no cancelamento imediato de todas as coberturas de Doenças Graves, não havendo reintegração dos Capitais Segurados ou renovação das coberturas.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados na Cláusula 6-RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta cobertura os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta, de e/ou relacionados a:

- a) Procedimentos realizados nas ramificações da aorta (o termo aorta inclui as porções torácica e abdominal da artéria aorta, mas não os seus ramos);
- b) Procedimentos realizados pelo interior do vaso (intra-arteriais) sem abertura do tórax ou abdômen;
- c) Procedimento cirúrgico que não requeira a colocação de um enxerto; e
- d) Cirurgia subsequente a ferimento traumático da artéria aorta.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e constará da Apólice.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico definitivo da doença grave.

4. CARÊNCIA

4.1. O período de Carência é de 90 (noventa) dias contados a partir do início de vigência do seguro e considerará dias consecutivos e ininterruptos.

4.2. O Segurado não terá direito a nenhuma indenização, mesmo depois de cumprido o período de carência, caso o diagnóstico da doença, ainda que não definitivo, seja feito durante este período.

4.3. Os prêmios devem ser pagos normalmente durante o período de carência.

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

4.5. Nos casos de aumento do Capital Segurado será restabelecido o prazo de carência estipulado na Apólice de Seguro. Neste caso, esse período se aplicará somente à parcela do Capital relativa ao aumento.

4.6. Em caso de renovação da apólice, não será iniciado novo prazo de carência.

5. FRANQUIA

Somente terão direito ao Capital Segurado os Segurados que permanecerem vivos após 30 (trinta) dias contados a partir da data da cirurgia, e desde que a doença tenha ocorrido e sido diagnosticada no período de vigência da apólice, depois de cumprido o período de carência do seguro.

6. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula 18-PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir.

Documentos
Cópia do RG, CPF e comprovante de residência
Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença
Radiografias e exames médicos (quando houver)
Declaração do hospital onde a vítima foi atendida (quando houver)
Aviso de Sinistro, assinado pelo próprio Segurado, seu cônjuge ou outro dependente do mesmo e pelo médico-assistente
Relatório médico assinado pelo médico-assistente informando o grau de invalidez
Documentação médica ou exames realizados pelo Segurado
Cópia do comprovante de recebimento de Auxílio Doença
Relatório do médico-assistente do Segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente 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 autônomas do Segurado;
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
Cópia de todos os laudos e exames médicos desde o diagnóstico até a presente data.
Relatório médico assinado pelo médico assistente
Documentos médicos originais que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – CIRURGIA DE VÁLVULA CARDÍACA

1. CONCEITO

1.1. A Cobertura de Doenças Graves – Cirurgia de Válvula Cardíaca, quando contratada, garante o pagamento do respectivo Capital Segurado caso o Segurado venha a ser submetido a cirurgia cardíaca com abertura do tórax para substituição de uma ou mais valvas cardíacas (mitral, tricúspide, aórtica e pulmonar) por válvulas artificiais, devido à estenose valvar, insuficiência valvar ou a uma combinação destes problemas, **desde que respeitados os riscos excluídos, os períodos de carência e sobrevivência, e também os termos das demais disposições das Condições Contratuais.**

1.2. Para os fins desta cobertura, a cirurgia deve ser feita e confirmada por médico cirurgião cardíaco, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames de imagem.

1.3. As indenizações por Doenças Graves se acumulam com a cobertura Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD). Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) ocorrer a caracterização de doença grave coberta pelo seguro, a Seguradora pagará a indenização devida para a cobertura de Doenças Graves.

1.4. Somente haverá cobertura para a primeira doença grave coberta, não havendo em hipótese nenhuma acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.

1.5. O pagamento de qualquer indenização decorrente do diagnóstico de uma Doença Grave coberta implica no cancelamento imediato de todas as coberturas de Doenças Graves, não havendo reintegração dos Capitais Segurados ou renovação das coberturas.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados na Cláusula 6-RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta cobertura os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta, de e/ou relacionados a cirurgias cardíacas com preservação da válvula, como comissurotomia, comissuroplastia, valvoplastia.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e constará da Apólice.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico definitivo da doença grave.

4. CARÊNCIA

4.1. O período de Carência é de 90 (noventa) dias contados a partir do início de vigência do seguro e considerará dias consecutivos e ininterruptos.

4.2. O Segurado não terá direito a nenhuma indenização, mesmo depois de cumprido o período de carência, caso o diagnóstico da doença, ainda que não definitivo, seja feito durante este período.

4.3. Os prêmios devem ser pagos normalmente durante o período de carência.

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

4.5. Nos casos de aumento do Capital Segurado será restabelecido o prazo de carência estipulado na Apólice de Seguro. Neste caso, esse período se aplicará somente à parcela do Capital relativa ao aumento.

4.6. Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência.

5. FRANQUIA

Somente terão direito ao Capital Segurado os Segurados que permanecerem vivos após 30 (trinta) dias contados a partir da data da cirurgia, e desde que a doença tenha ocorrido e sido diagnosticada no período de vigência da apólice, depois de cumprido o período de carência do seguro.

6. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula 17-PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

das Condições Gerais, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir.

Documentos
Cópia do RG, CPF e comprovante de residência
Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença
Radiografias e exames médicos (quando houver)
Declaração do hospital onde a vítima foi atendida (quando houver)
Aviso de Sinistro, assinado pelo próprio Segurado, seu cônjuge ou outro dependente do mesmo e pelo médico-assistente
Relatório médico assinado pelo médico-assistente informando o grau de invalidez
Documentação médica ou exames realizados pelo Segurado
Cópia do comprovante de recebimento de Auxílio Doença
Relatório do médico-assistente do Segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente 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 autônomas do Segurado
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
Cópia de todos os laudos e exames médicos desde o diagnóstico até a presente data.
Relatório médico assinado pelo médico assistente
Documentos médicos originais que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – EMBOLIA PULMONAR

1. CONCEITO

1.1. A Cobertura de Doenças Graves – Embolia Pulmonar, quando contratada, garante o pagamento do respectivo Capital Segurado caso o Segurado venha a apresentar, durante a vigência do seguro, diagnóstico de embolia pulmonar grave, conforme definição a seguir, **desde que respeitados os riscos excluídos, os períodos de carência e sobrevivência, e também os termos das demais disposições das Condições Contratuais.**

1.2. Para os fins desta cobertura, a embolia pulmonar grave é o bloqueio da artéria pulmonar ou de um de seus ramos. Geralmente, ocorre quando um trombo venoso (sangue coagulado de uma veia) se desloca de seu local de formação e viaja, ou embolia, para o fornecimento sanguíneo arterial de um dos pulmões, impedindo a passagem de sangue e a morte progressiva da parte afetada, causando dor a respirar e intensa falta de ar, resultando em redução permanente e moderada da função respiratória. O diagnóstico deve ser realizado por médico habilitado, aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas e respaldado por quadro clínico típico e exames específicos.

1.3. **As indenizações por Doenças Graves se acumulam com a cobertura Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD).** Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) ocorrer a caracterização de doença grave coberta pelo seguro, a Seguradora pagará a indenização devida para a cobertura de Doenças Graves.

1.4. **Somente haverá cobertura para a primeira doença grave coberta, não havendo em hipótese nenhuma**

acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.

1.5. O pagamento de qualquer indenização decorrente do diagnóstico de uma Doença Grave coberta implica no cancelamento imediato de todas as coberturas de Doenças Graves, não havendo reintegração dos Capitais Segurados ou renovação das coberturas.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Não estão cobertos os riscos excluídos pela Cláusula 6-RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e constará da Apólice.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico definitivo da doença grave.

4. CARÊNCIA

4.1. O período de Carência é de 90 (noventa) dias contados a partir do início de vigência do seguro e considerará dias consecutivos e ininterruptos.

4.2. O Segurado não terá direito a nenhuma indenização, mesmo depois de cumprido o período de carência, caso o diagnóstico da doença, ainda que não definitivo, seja feito durante este período.

4.3. Os prêmios devem ser pagos normalmente durante o período de carência.

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

4.5. Nos casos de aumento do Capital Segurado será restabelecido o prazo de carência estipulado na Apólice de Seguro. Neste caso, esse período se aplicará somente à parcela do Capital relativa ao aumento.

4.6. Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência.

5. FRANQUIA

Somente terão direito ao Capital Segurado os Segurados que permanecerem vivos após 30 (trinta) dias contados a partir da data do diagnóstico definitivo, e desde que a doença tenha ocorrido e sido diagnosticada no período de vigência da apólice, depois de cumprido o período de carência do seguro.

6. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula 18-PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir.

Documentos
Cópia do RG, CPF e comprovante de residência
Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença
Radiografias e exames médicos (quando houver)
Declaração do hospital onde a vítima foi atendida (quando houver)
Aviso de Sinistro, assinado pelo próprio Segurado, seu cônjuge ou outro dependente do mesmo e pelo médico-assistente
Relatório médico assinado pelo médico-assistente informando o grau de invalidez
Documentação médica ou exames realizados pelo Segurado

Documentos

Cópia do comprovante de recebimento de Auxílio Doença

Relatório do médico-assistente do Segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente 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 autônomas do Segurado;

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

Cópia de todos os laudos e exames médicos desde o diagnóstico até a presente data.

Relatório médico assinado pelo médico assistente

Documentos médicos originais que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – ESCLEROSE MÚLTIPLA**1. CONCEITO**

1.1. A Cobertura de Doenças Graves – Esclerose Múltipla, quando contratada, garante o pagamento do respectivo Capital Segurado caso o Segurado venha a apresentar, durante a vigência do seguro, diagnóstico definitivo de esclerose múltipla, conforme definição a seguir, **desde que respeitados os riscos excluídos, os períodos de carência e sobrevivência, e também os termos das demais disposições das Condições Contratuais.**

1.2. Para os fins desta cobertura, esclerose múltipla é uma doença desmielinizante, caracterizada pelo comprometimento das funções motora e sensorial. O diagnóstico deve ser realizado por feito por médico neurologista, evidenciado pela presença de sinais e sintomas típicos de desmielinização, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas e respaldado por quadro clínico típico e exames.

1.3. Por desmielinização entende-se: perda ou destruição da bainha de mielina, substância que forma a capa gordurosa que recobre certos nervos.

1.4. **As indenizações por Doenças Graves se acumulam com a cobertura Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD).** Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) ocorrer a caracterização de doença grave coberta pelo seguro, a Seguradora pagará a indenização devida para a cobertura de Doenças Graves.

1.5. **Somente haverá cobertura para a primeira doença grave coberta, não havendo em hipótese nenhuma acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.**

1.6. **O pagamento de qualquer indenização decorrente do diagnóstico de uma Doença Grave coberta implica no cancelamento imediato de todas as coberturas de Doenças Graves, não havendo reintegração dos Capitais Segurados ou renovação das coberturas.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados na Cláusula 6-RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta cobertura os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta, de e/ou relacionados a doenças do neurônio motor.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e constará da Apólice.
- 3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico definitivo da doença grave.

4. CARÊNCIA

- 4.1. O período de Carência é de 90 (noventa) dias contados a partir do início de vigência do seguro e considerará dias consecutivos e ininterruptos.
- 4.2. O Segurado não terá direito a nenhuma indenização, mesmo depois de cumprido o período de carência, caso o diagnóstico da doença, ainda que não definitivo, seja feito durante este período.
- 4.3. Os prêmios devem ser pagos normalmente durante o período de carência.
- 4.4. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.
- 4.5. Nos casos de aumento do Capital Segurado será restabelecido o prazo de carência estipulado na Apólice de Seguro. Neste caso, esse período se aplicará somente à parcela do Capital relativa ao aumento.
- 4.6. Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência.

5. FRANQUIA

Somente terão direito ao Capital Segurado os Segurados que permanecerem vivos após 30 (trinta) dias contados a partir da data do diagnóstico definitivo, e desde que a doença tenha ocorrido e sido diagnosticada no período de vigência da apólice, depois de cumprido o período de carência do seguro.

6. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula 17-PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir.

Documentos
Cópia do RG, CPF e comprovante de residência
Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença
Radiografias e exames médicos (quando houver)
Declaração do hospital onde a vítima foi atendida (quando houver)
Aviso de Sinistro, assinado pelo próprio Segurado, seu cônjuge ou outro dependente do mesmo e pelo médico-assistente
Relatório médico assinado pelo médico-assistente informando o grau de invalidez
Documentação médica ou exames realizados pelo Segurado
Cópia do comprovante de recebimento de Auxílio Doença
Relatório do médico-assistente do Segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente 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 autônomas do Segurado;

Documentos

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

Cópia de todos os laudos e exames médicos desde o diagnóstico até a presente data.

Relatório médico assinado pelo médico assistente

Documentos médicos originais que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – PARALISIA**1. CONCEITO**

1.1. A Cobertura de Doenças Graves - Paralisia, quando contratada, garante o pagamento do respectivo Capital Segurado caso o Segurado venha a apresentar, durante a vigência do seguro, a perda total e irreversível da função motora de dois ou mais membros (superiores ou inferiores), causada exclusivamente por lesão da medula espinhal decorrente de acidente ou doença, **desde que respeitados os riscos excluídos, os períodos de carência, e também os termos das demais disposições das Condições Contratuais.**

1.2. O quadro de paralisia de dois ou mais membros deve ser passível de verificação por meio de exames especializados, e deve ser clinicamente documentado para confirmação do diagnóstico.

1.3. O diagnóstico e a determinação do quadro de paralisia devem ser feitos por médico neurologista ou neurocirurgião, com base em critérios aceitos pelas sociedades médicas científicas especializadas e respaldados por exames especializados.

1.4. As indenizações por Doenças Graves se acumulam com a cobertura Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD). Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) ocorrer a caracterização de doença grave coberta pelo seguro, a Seguradora pagará a indenização devida para a cobertura de Doenças Graves.

1.5. Somente haverá cobertura para a primeira doença grave coberta, não havendo em hipótese nenhuma acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.

1.6. O pagamento de qualquer indenização decorrente do diagnóstico de uma Doença Grave coberta implica no cancelamento imediato de todas as coberturas de Doenças Graves, não havendo reintegração dos Capitais Segurados ou renovação das coberturas.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados na Cláusula 6-RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta cobertura os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta, de e/ou relacionados a:

- a) Paralisia causada pela Síndrome de Guillain-Barré;
- b) Paralisia cuja origem não é uma lesão da medula espinhal (p.ex. traumatismo cranioencefálico); e
- c) Paralisia decorrente de traumas auto-infligidos.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e constará da Apólice.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico definitivo

da doença grave.

4. CARÊNCIA

- 4.1. O período de Carência é de 90 (noventa) dias contados a partir do início de vigência do seguro e considerará dias consecutivos e ininterruptos.
- 4.2. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto para a hipótese de suicídio e/ou sua tentativa ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Contrato de Seguro.
- 4.3. O Segurado não terá direito a nenhuma indenização, mesmo depois de cumprido o período de carência, caso o diagnóstico da doença, ainda que não definitivo, seja feito durante este período.
- 4.4. Os prêmios devem ser pagos normalmente durante o período de carência.
- 4.5. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.
- 4.6. Nos casos de aumento do Capital Segurado será restabelecido o prazo de carência estipulado na Apólice de Seguro. Neste caso, esse período se aplicará somente à parcela do Capital relativa ao aumento.
- 4.7. Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência.

5. FRANQUIA

Não há franquia para esta cobertura.

6. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula 17-PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir.

Documentos
Cópia do RG, CPF e comprovante de residência
Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença
Radiografias e exames médicos (quando houver)
Declaração do hospital onde a vítima foi atendida (quando houver)
Aviso de Sinistro, assinado pelo próprio Segurado, seu cônjuge ou outro dependente do mesmo e pelo médico-assistente
Relatório médico assinado pelo médico-assistente informando o grau de invalidez
Documentação médica ou exames realizados pelo Segurado
Cópia do comprovante de recebimento de Auxílio Doença
Relatório do médico-assistente do Segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente 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 autônomas do Segurado;
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
Cópia de todos os laudos e exames médicos desde o diagnóstico até a presente data.
Relatório médico assinado pelo médico assistente

Documentos

Documentos médicos originais que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – PARKINSON**1. CONCEITO**

1.1. A Cobertura de Doenças Graves - Parkinson, quando contratada, garante o pagamento do respectivo Capital Segurado caso o Segurado venha a apresentar, durante a vigência do seguro, diagnóstico definitivo de Doença de Parkinson primária ou idiopática, de grau 03 ou superior, conforme definição a seguir, **desde que respeitados os riscos excluídos, os períodos de carência e sobrevivência, e também os termos das demais disposições das Condições Contratuais.**

1.2. Para os fins desta cobertura, Doença de Parkinson primária ou idiopática é a doença diagnosticada por médico neurologista e confirmada por achados típicos nos exames clínicos, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades científicas especializadas.

1.3. Estão cobertos os diagnósticos de grau 03 ou superior em que o Segurado apresente um quadro de sequelas motoras que restrinjam o segurado ao leito, incapacidade de se levantar sem ajuda externa, e que demandem supervisão e cuidados constantes de terceiros.

1.4. O segurado deve estar total e permanentemente incapacitado para realizar, de maneira independente, três ou mais atividades da vida diária, abaixo citadas:

- a) Tomar banho – capacidade de se lavar na banheira ou chuveiro;
- b) Vestir-se / despir-se – capacidade de colocar e tirar a roupa;
- c) Higiene pessoal – capacidade de usar o aparelho sanitário e manter um nível razoável de higiene;
- d) Deambular – capacidade de andar em um ambiente plano;
- e) Continência urinária e fecal – controle sobre esfíncteres da bexiga e intestino;
- f) Alimentar-se - capacidade de comer e beber sem auxílio, mas não de preparar a comida;

1.5. As indenizações por Doenças Graves se acumulam com a cobertura Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD). Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) ocorrer a caracterização de doença grave coberta pelo seguro, a Seguradora pagará a indenização devida para a cobertura de Doenças Graves.

1.6. Somente haverá cobertura para a primeira doença grave coberta, não havendo em hipótese nenhuma acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.

1.7. O pagamento de qualquer indenização decorrente do diagnóstico de uma Doença Grave coberta implica no cancelamento imediato de todas as coberturas de Doenças Graves, não havendo reintegração dos Capitais Segurados ou renovação das coberturas.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados na Cláusula 6-RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta cobertura os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta, de e/ou relacionados a:

- a) Todas as outras formas de Parkinsonismo que não a Doença de Parkinson primária ou idiopática, como as

decorrentes de uso de medicamentos e de trauma cranioencefálico; e
b) Diagnóstico isolado de Doença de Parkinson primária ou idiopática de grau 01 ou 02, que não resulte em quadro de sequelas motoras que restrinjam o segurado ao leito ou o incapacitem para as atividades da vida diária, conforme definição na Cláusula 1 nestas Condições Especiais.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e constará da Apólice.
3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico definitivo da doença grave.

4. CARÊNCIA

- 4.1. O período de Carência é de 90 (noventa) dias contados a partir do início de vigência do seguro e considerará dias consecutivos e ininterruptos.
4.2. O Segurado não terá direito a nenhuma indenização, mesmo depois de cumprido o período de carência, caso o diagnóstico da doença, ainda que não definitivo, seja feito durante este período.
4.3. Os prêmios devem ser pagos normalmente durante o período de carência.
4.4. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.
4.5. Nos casos de aumento do Capital Segurado será restabelecido o prazo de carência estipulado na Apólice de Seguro. Neste caso, esse período se aplicará somente à parcela do Capital relativa ao aumento.
4.6. Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência.

5. FRANQUIA

Somente terão direito ao Capital Segurado os Segurados que permanecerem vivos após 30 (trinta) dias contados a partir da data do diagnóstico definitivo, e desde que a doença tenha ocorrido e sido diagnosticada no período de vigência da apólice, depois de cumprido o período de carência do seguro.

6. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula 17-PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir.

Documentos
Cópia do RG, CPF e comprovante de residência
Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença
Radiografias e exames médicos (quando houver)
Declaração do hospital onde a vítima foi atendida (quando houver)
Aviso de Sinistro, assinado pelo próprio Segurado, seu cônjuge ou outro dependente do mesmo e pelo médico-assistente
Relatório médico assinado pelo médico-assistente informando o grau de invalidez
Documentação médica ou exames realizados pelo Segurado
Cópia do comprovante de recebimento de Auxílio Doença
Relatório do médico-assistente do Segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada, e detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou

Documentos

insuficiências permanentes em algum sistema orgânico, ou segmento corporal, que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autônomas do Segurado;

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

Cópia de todos os laudos e exames médicos desde o diagnóstico até a presente data.

Relatório médico assinado pelo médico assistente

Documentos médicos originais que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – PERDA DE AUDIÇÃO**1. CONCEITO**

1.1. A Cobertura de Doenças Graves – Perda de Audição, quando contratada, garante o pagamento do respectivo Capital Segurado caso o Segurado venha a apresentar, durante a vigência do seguro, diagnóstico definitivo de perda total da audição, **desde que a doença ou acidente tenha ocorrido no período de vigência da apólice e respeitados os riscos excluídos, os períodos de carência, e também os termos das demais disposições das Condições Contratuais.**

1.2. Para os fins desta cobertura, a perda da audição deve ser total e irreversível, e comprovada através de declaração médica apresentada à Seguradora, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e respaldada por exames.

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, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.

1.4. As indenizações por Doenças Graves se acumulam com a cobertura Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD). Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) ocorrer a caracterização de doença grave coberta pelo seguro, a Seguradora pagará a indenização devida para a cobertura de Doenças Graves.

1.5. Somente haverá cobertura para a primeira doença grave coberta, não havendo em hipótese nenhuma acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.

1.6. O pagamento de qualquer indenização decorrente do diagnóstico de uma Doença Grave coberta implica no cancelamento imediato de todas as coberturas de Doenças Graves, não havendo reintegração dos Capitais Segurados ou renovação das coberturas.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Não estão cobertos os riscos excluídos pela Cláusula 66-RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e constará da Apólice.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico definitivo da doença grave.

4. CARÊNCIA

- 4.1. O período de Carência é de 90 (noventa) dias contados a partir do início de vigência do seguro e considerará dias consecutivos e ininterruptos.
- 4.2. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto para a hipótese de suicídio e/ou sua tentativa ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Contrato de Seguro.
- 4.3. O Segurado não terá direito a nenhuma indenização, mesmo depois de cumprido o período de carência, caso o diagnóstico da doença, ainda que não definitivo, seja feito durante este período.
- 4.4. Os prêmios devem ser pagos normalmente durante o período de carência.
- 4.5. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.
- 4.6. Nos casos de aumento do Capital Segurado será restabelecido o prazo de carência estipulado na Apólice de Seguro. Neste caso, esse período se aplicará somente à parcela do Capital relativa ao aumento.
- 4.7. Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência.

5. FRANQUIA

Não há franquia para esta cobertura.

6. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula 17-PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir.

Documentos
Cópia do RG, CPF e comprovante de residência
Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença
Radiografias e exames médicos (quando houver)
Declaração do hospital onde a vítima foi atendida (quando houver)
Aviso de Sinistro, assinado pelo próprio Segurado, seu cônjuge ou outro dependente do mesmo e pelo médico-assistente
Relatório médico assinado pelo médico-assistente informando o grau de invalidez
Documentação médica ou exames realizados pelo Segurado
Cópia do comprovante de recebimento de Auxílio Doença
Relatório do médico-assistente do Segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente 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 autônomas do Segurado;
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
Cópia de todos os laudos e exames médicos desde o diagnóstico até a presente data.
Relatório médico assinado pelo médico assistente
Documentos médicos originais que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE**1. CONCEITO**

1.1. De acordo com a opção informada na Proposta de Contratação, o Segurado Principal poderá incluir o seu cônjuge neste seguro na qualidade de Segurado Dependente, desde que no momento da inclusão o cônjuge esteja em perfeitas condições de saúde e tenha no máximo 65 (sessenta e cinco) anos, 11 (onze) meses, 29 (vinte e nove dias) de idade.

1.2. Equipara-se ao cônjuge a (o) companheira (o) do Segurado Principal, desde que comprovada documentalmente a união estável entre ambos, na forma da legislação aplicável à matéria.

1.3. Desfeita a sociedade conjugal, ainda que de fato, ou a união estável, estarão automaticamente canceladas as coberturas contratadas para o Segurado Dependente incluído na condição de cônjuge, independentemente desse fato ter sido ou não comunicado pelo Segurado Principal à Seguradora, e ter havido pagamento de prêmio.

1.4. No caso previsto no subitem anterior, os prêmios eventualmente pagos indevidamente serão devolvidos atualizados monetariamente pelo IPCA desde a data de pagamento até a sua efetiva restituição.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos previstos nas Condições Especiais da cobertura a que se refere o sinistro estarão excluídos desta cláusula suplementar.

3. ACEITAÇÃO

3.1. Caberá ao Segurado Principal fazer as declarações sobre o estado de saúde de seu cônjuge.

3.2. Além da cobertura de Morte, poderão ser contratadas ainda pelo Segurado Principal ao seu cônjuge as coberturas de Indenização Especial por Acidente (IEA) e de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

3.3. As coberturas adicionais listadas abaixo não podem ser contratadas para o cônjuge:

- a) **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada (IPA Majorada);**
- b) **Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD);**
- c) **Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas (DMHO);**
- d) **Diária por Incapacidade Temporária (DIT);**
- e) **Diária de Internação Hospitalar por Doença ou Acidente (DIH);**
- f) **Diária de Internação Hospitalar por Doença ou Acidente exclusivamente em unidade de terapia intensiva (DIH/UTI);**
- g) **Cobertura Especial para LER e DORT;**
- h) **Cobertura Especial para Hérnia;**
- i) **Doenças Graves (todas).**

4. CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado do cônjuge será de até 100% (cem por cento) dos Capitais Segurados das respectivas coberturas do Segurado Principal.

5. BENEFICIÁRIO

5.1. Na falta de indicação de beneficiário, a indenização correspondente ao evento morte do Segurado Dependente será paga diretamente ao Segurado.

5.1.1. Na hipótese de morte simultânea (Comoriência) do Segurado e do Segurado Dependente, os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência, aos herdeiros legais.

6. CANCELAMENTO

Além das hipóteses mencionadas na Cláusula 16 - CANCELAMENTO DO SEGURO, esta Cláusula Suplementar será cancelada com:

- a) A morte ou invalidez total e permanente por acidente do Segurado Dependente;
- b) O cancelamento do seguro do Segurado Principal, qualquer que seja a causa;
- c) A cessação da condição de dependente do Segurado Principal, por não mais preencher os requisitos que lhe davam esta qualidade, ainda que esse fato não tenha sido comunicado à Seguradora;
- d) Por solicitação do Segurado Principal.

CONDIÇÕES GERAIS - YELUM FUNERAL INDIVIDUAL

1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

1.1. A aceitação da proposta está sujeita à análise do risco.

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

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

2. OBJETIVO

O Seguro Funeral tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s), uma indenização, limitada ao valor do capital segurado contratado, na forma de reembolso de despesas ou de prestação de serviço(s), desde que relacionados à realização de funeral, conforme descrição constante das condições contratuais do seguro.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO

O presente seguro garante os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

4. TIPO DE CONTRATAÇÃO

Este seguro é de contratação individual.

5. COBERTURAS

O segurado poderá optar pela contratação de uma entre as seguintes coberturas do Seguro Funeral:

Assistência Funeral – Prestação de Serviços ou Reembolso

- a) Assistência Funeral Titular I
- b) Assistência Funeral Titular II
- c) Assistência Funeral Familiar
- d) Assistência Funeral Familiar Plus I
- e) Assistência Funeral Familiar Plus II

Auxílio Funeral – Exclusivamente reembolso

- a) Auxílio Funeral Titular em caso de Morte
- b) Auxílio Funeral Familiar em caso de Morte
- c) Auxílio Funeral Titular em caso de Morte Acidental
- d) Auxílio Funeral Familiar em caso de Morte Acidental

6. ASSISTÊNCIA FUNERAL - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS OU REEMBOLSO

6.1. Garante a prestação de serviços de assistência funeral ou o reembolso de despesas ao(s) Beneficiário(s), em caso de falecimento do Segurado Principal, e/ou seus dependentes, de acordo com a cobertura contratada, até o limite do Capital Segurado estabelecido na apólice, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.

6.2. Caso a opção seja pela prestação de serviços, a Seguradora disponibilizará empresa terceirizada e especializada para a execução do serviço. Para isso, a família deverá entrar em contato com a Central de Atendimento aos Clientes da Yelum Seguro. A ligação é gratuita e pode ser feita de qualquer lugar do Brasil. A Assistência 24 (vinte e quatro) horas contratará a funerária mais próxima do local onde ocorreu o óbito para que sejam tomadas as devidas providências para a prestação do serviço funeral.

6.3. Para o reembolso, o Beneficiário poderá optar por prestadores de serviços legalmente habilitados a sua livre escolha, cabendo neste caso, o reembolso das despesas efetuadas, até o limite do capital contratado, e comprovar os gastos mediante apresentação de notas fiscais contendo a discriminação dos itens ou serviços adquiridos, que podem ser substituídas a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios.

6.4. Em caso de impossibilidade de contato, por qualquer razão, e/ou na impossibilidade da utilização da rede de serviços autorizada, poderão ser utilizados prestadores de serviço à livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo o reembolso efetivado pelas despesas relacionadas à realização do funeral até o limite máximo do capital segurado contratado.

6.5. A Assistência Funeral possui as seguintes opções de coberturas:

a) Assistência Funeral Titular I

Garante a prestação de serviço ou reembolso das despesas do funeral em caso de falecimento do Segurado Principal.

b) Assistência Titular II

Garante a prestação de serviço ou reembolso das despesas do funeral em caso de falecimento do Segurado Principal.

c) Assistência Funeral Familiar

Garante a prestação de serviço ou reembolso das despesas do funeral em caso de falecimento do Segurado Principal, cônjuge, filhos ou filhos considerados natimortos.

d) Assistência Funeral Familiar Plus I

Garante a prestação de serviço ou reembolso das despesas do funeral em caso de falecimento do Segurado Principal, cônjuge, filhos, filhos considerados natimortos e pais do Segurado Principal, desde que constem em documento de identificação. Não há limite de idade para cobertura dos pais.

e) Assistência Funeral Familiar Plus II

Garante a prestação de serviço ou reembolso das despesas do funeral em caso de falecimento do Segurado Principal, cônjuge, filhos, filhos considerados natimortos, pais e outros indicados que possuam algum tipo de vínculo com o Segurado Principal, desde que informado pelo mesmo no momento da contratação. Não há limite de idade para cobertura dos pais.

6.6. Os serviços de funeral disponíveis em cada uma dessas coberturas, estão relacionados na cláusula 31- ASSISTÊNCIA FUNERAL TABELA DE SERVIÇOS Equiparam-se aos cônjuges os companheiros (as) que vivem em união estável com o Segurado Principal.

6.7. São considerados filhos do Segurado Principal, para fins da cobertura, os seguintes dependentes econômicos do mesmo:

- a)** o filho (a) e o enteado (a) do Segurado Principal, de até 21 (vinte e um) anos, ou de qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente declarado no Imposto de Renda como dependente;
- b)** o filho (a) e o enteado (a) com até 24 anos completos quando universitário e declarado no Imposto de Renda como dependente;
- c)** o irmão ou o neto, sem arrimo dos pais, de até 21 (vinte e um) anos, desde que o Segurado Principal detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho; e
- d)** o absolutamente incapaz, do qual o contribuinte seja tutor ou curador.

7. AUXÍLIO FUNERAL - EXCLUSIVAMENTE REEMBOLSO

7.1. Garante exclusivamente o reembolso de despesas com o funeral, em caso de falecimento do Segurado Principal, e/ou seus dependentes, de acordo com a cobertura contratada, até o limite do Capital Segurado estabelecido na apólice, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.

7.2. Para o reembolso, o Beneficiário deverá comprovar mediante apresentação das 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 traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.

7.3. **O Auxílio Funeral possui as seguintes opções de coberturas:**

a) Auxílio Funeral Titular em caso de Morte

Garante o reembolso das despesas de funeral em caso de falecimento do Segurado Principal.

b) Auxílio Funeral Familiar em caso de Morte

Garante o reembolso das despesas de funeral em caso de falecimento do Segurado Principal, cônjuge, filhos ou filhos considerados natimortos do Segurado Principal, desde que constem em documento de identificação.

c) Auxílio Funeral Titular em caso de Morte Acidental

Garante o reembolso das despesas de funeral em caso de morte acidental do Segurado Principal.

d) Auxílio Funeral Familiar em caso de Morte Acidental

Garante o reembolso das despesas de funeral em caso de morte acidental do Segurado Principal, cônjuge e filhos considerados natimortos do Segurado Principal, desde que constem em documento de identificação.

7.4. Equiparam-se aos cônjuges os companheiros (as) que vivem em união estável com o Segurado Principal.

7.5. São considerados filhos do Segurado Principal, para fins da cobertura, os seguintes dependentes econômicos do mesmo:

a) o filho (a) e o enteado (a) do Segurado Principal, de até 21 (vinte e um) anos, ou de qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente declarado no Imposto de Renda como dependente;

b) o filho (a) e o enteado (a) com até 24 anos completos quando universitário e declarado no Imposto de Renda como dependente;

c) o irmão ou o neto, sem arrimo dos pais, de até 21 (vinte e um) anos, desde que o Segurado Principal detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho; e

d) o absolutamente incapaz, do qual o contribuinte seja tutor ou curador.

8. RISCOS EXCLUÍDOS

8.1. **Estão expressamente excluídos de todas as coberturas previstas neste Seguro os eventos ocorridos em consequência:**

a) **Exumação e destinação dos ossos após o término do prazo de locação de jazigo;**

b) **Fornecimento de roupas em geral;**

c) **Organização e pagamento de missa de 7º dia;**

- d) Fornecimento de café, bebidas e refeições em geral durante a cerimônia;
- e) Aquisição de jazigo;
- f) Confeção de gaveta em túmulo de terceiros;
- g) Fornecimento de cruzeiros;
- h) Reforma em geral no jazigo;
- i) Exumação de terceiros em jazigo da família;
- j) Custo de capela e sepultamento superior aos praticados pelo município de domicílio do Segurado/beneficiários;
- k) Despesas de qualquer natureza que não estejam relacionadas diretamente com o funeral, sem autorização da Assistência Funeral, não previstas nestas Condições;
- l) Despesas decorrentes de construção, manutenção e/ou recuperação de jazigos;
- m) Busca, realização de provas, bem como, formalidades legais e burocráticas, no caso de desaparecido em acidente, qualquer que seja sua natureza, implicando em “morte presumida”;
- n) De suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.
- o) De atos de operação de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha ou revolução, agitação, motim, danos decorrentes de greve, tumulto e paralização, revolta, sedição, sublevação, atos terroristas, ou quaisquer perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- p) Para os casos de prestação de serviços, nas localidades aonde a legislação não permitir que a Central de Assistência intervenha;

8.2. Quando o Beneficiário optar pela utilização da prestação de serviços de Assistência Funeral não terá direito a reembolso de outras despesas.

8.3. Cláusula de Exclusão Embargos e Sanções: estão excluídos da cobertura deste seguro todos e quaisquer riscos cuja cobertura e/ou eventual pagamento da respectiva indenização securitária, implicaria na obrigação da Seguradora de atuar de forma a atrair, em razão de embargos e sanções comerciais e econômicos, ações punitivas para a Seguradora, seu grupo econômico e administradores, por parte dos Estados Unidos da América, do Reino Unido, da União Europeia conforme descrito nas listas de embargos e sanções a seguir:

a) Reino Unido e União Europeia: <https://www.consilium.europa.eu/pt/policies/sanctions/>

b) Office of Foreign Assets Control – OFAC (Agência de Controle de Ativos Estrangeiros dos EUA): <https://sanctionssearch.ofac.treas.gov/>

Estão ainda excluídos da cobertura dessa Apólice, todos e quaisquer riscos cujo imediato pagamento da respectiva indenização securitária esteja vedado, por embargos e sanções comerciais e econômicos internacionais impostos por entidades multilaterais integradas pelo Brasil, tais como, mas não se limitando, o GAFI (Grupo de Ação Financeira contra a Lavagem de Dinheiro e o Financiamento do Terrorismo) e a Organização das Nações Unidas (ONU).

9. ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS

9.1. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias contados da transmissão ou protocolo da proposta física, para sua análise e aceitação ou recusa. Quando constatada a necessidade de informações e/ou documentos

complementares para possibilitar a melhor análise do risco proposto, o referido prazo será suspenso até a data em que ocorrer a entrega das informações ou documentos solicitados.

- 9.2. Durante o período de análise será garantida cobertura provisória do risco segurado. Em caso de recusa do risco, haverá comunicação ao proponente, seu representante legal ou corretor de seguros e a cobertura provisória será encerrada imediatamente. De qualquer forma, eventuais sinistros ocorridos durante o período de cobertura provisória apenas serão atendidos se o evento estiver amparado pelas Condições Gerais do produto e o sinistro for considerado como regular.
- 9.3. No caso de aceitação da proposta o período de cobertura provisória será considerado como de efetiva vigência do seguro.
- 9.4. A ausência de manifestação da Seguradora quanto à aceitação ou recusa da proposta, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da mesma.
- 9.5. A inclusão dos Proponentes na apólice de seguro se dará mediante preenchimento e assinatura da Proposta que, sob pena de ser declinado o risco, deverá conter:
- a) Dados pessoais;
 - b) CPF e, na falta deste, outro documento identificador de âmbito nacional;
 - c) Declaração ou prova de saúde;
 - d) Declaração de conhecimento prévio das condições gerais do seguro;
 - e) Indicação de seu (s) Beneficiário (s);
- 9.6. A Proposta será recepcionada pela Seguradora sob protocolo com indicação da data e hora de seu recebimento e, com base na declaração prestada pelo Proponente, a Seguradora fará análise para aceitação ou recusa do risco proposto.
- 9.7. É facultado à Seguradora solicitar, para efeito de subscrição, informação ao Segurado, ou ao Proponente, da existência de outras apólices de seguro de pessoas com coberturas concomitantes.
- 9.8. **A não aceitação da Proposta por parte da Seguradora será comunicada por escrito ao Proponente e implicará na devolução integral de qualquer prêmio eventualmente pago, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, atualizados, da data do pagamento pelo Proponente até a data da efetiva restituição, pelo IPCA - Índice de Preços ao Consumidor Amplo, conforme legislação vigente.**
- 9.9. A contratação/alteração da apólice de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado. A proposta escrita deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco. A Seguradora fornecerá ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

10.1. O início de vigência do risco individual será o estabelecido a seguir:

- a) As apólices terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicados;
- b) Para a Proposta ou pedido de endosso sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a data de aceitação da proposta ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e indicada nas Condições Contratuais;
 - c) Para a Proposta ou pedido de endosso recepcionado com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início de vigência do risco individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção da proposta pela Seguradora.

- 10.2.** No início de cada vigência do seguro, bem como nos aniversários subsequentes, a Seguradora providenciará a emissão da apólice do Seguro.
- 10.3.** O seguro terá vigência de 12 (doze) meses.
- 10.4.** A renovação do seguro somente será realizada quando o Segurado, seu representante e/ou o Corretor de Seguros manifestar à Seguradora sua intenção de renovar a apólice, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias antes do final da vigência do seguro, sendo que a aceitação do risco estará sujeita a análise da Seguradora.
- 10.5.** Poderá, se assim desejado pelo Segurado, seu representante e/ou o Corretor de Seguros ocorrer a renovação do seguro de forma automática, uma única vez e pelo mesmo prazo, ao término da vigência original.
- 10.6.** Não havendo interesse na renovação automática pelo Segurado, estipulante ou pela Seguradora, deverá haver comunicação mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.
- 10.7.** A Seguradora fornecerá ao Proponente, seu representante e/ou corretor de seguros protocolo que identifique o pedido/proposta de renovação por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.
- 10.8.** Aplicam-se à proposta de renovação os mesmos prazos e procedimentos de aceitação indicados na Cláusula 9 - ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS, destas Condições Gerais.

11. CAPITAL SEGURADO

- 11.1.** Para fins deste seguro, Capital Segurado é a importância máxima, por cobertura contratada, a ser disponibilizada na forma de prestação de serviço ou reembolso, vigente na data do evento.
- 11.2. O capital segurado inicialmente contratado não poderá ser aumentado.**
- 11.3.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação da responsabilidade da Seguradora e do Capital Segurado da cobertura contratada, quando da liquidação dos sinistros: a data do falecimento do segurado.
- 11.4. O capital segurado do cônjuge, filhos, membros da família e outros indicados não pode ser superior a 100% (cem por cento) do capital do respectivo segurado principal.**

12. REINTEGRAÇÃO

O Capital Segurado será totalmente reintegrado, de forma automática, após a ocorrência de cada evento, sem a cobrança de prêmio adicional, quando contratada Assistência ou Auxílio Funeral Familiar.

13. CARÊNCIA

Não haverá carência, exceto para a hipótese de suicídio e/ou sua tentativa ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Contrato de Seguro.

14. FRANQUIA

Não há franquia.

15. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

15.1. Os valores relativos a este contrato de seguro estão sujeitos a correção monetária, de acordo com a variação do IPCA e juros moratórios legais, de 1% (um por cento) ao mês, respeitando as seguintes regras:

Para devolução de Prêmio a Seguradora terá um prazo de até 10 (dez) dias úteis, a contar da data de exigibilidade abaixo:

- a) Endosso com restituição de prêmio:** os valores a serem restituídos serão exigíveis a contar da data do recebimento da solicitação do endosso (com a confirmação dos dados bancários válidos para devolução) por parte do segurado.
- b) Cancelamento do Contrato:** os valores a serem restituídos serão exigíveis a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento (com a confirmação dos dados bancários válidos para devolução) por parte do segurado ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.
- c) Valores Recebidos Indevidamente pela Seguradora:** valores a serem devolvidos ao Segurado serão exigíveis a contar da data do recebimento da solicitação (com a confirmação dos dados bancários válidos para devolução) por parte do segurado.
- d) Proposta Recusada:** os valores a serem restituídos serão exigíveis a partir da data da recusa da proposta, e a correção dos valores a contar da data do pagamento realizado pelo segurado, até a data da efetiva restituição pela Seguradora.

15.2. Pagamentos em caso de indenização de sinistros ocorrida após o prazo previsto nas respectivas Cláusulas destas Condições Gerais (Cláusula 22 - OCORRÊNCIA DE SINISTROS) incidirão:

- a) correção monetária:** a partir da data de ocorrência do sinistro definido na Cláusula 11 - CAPITAL SEGURADO, de acordo com a variação positiva do IPCA até a data do efetivo pagamento.
- b) juros moratórios legais:** de 1% (um por cento) ao mês, a contar da data de término do prazo contratual para pagamento da indenização (Cláusula 22 - OCORRÊNCIA DE SINISTROS) ou seja, a partir do 31º (trigésimo-primeiro) dia, "pro-rata-temporis", contado da data da entrega do último documento constante da relação da documentação básica ou de documento justificadamente solicitado pela Cia, até a data do efetivo pagamento.

15.3. Para indenizações liquidadas em moeda estrangeira, deverão ser observados, no mínimo, os itens relativos ao acréscimo de juros moratórios e multa.

15.4. Fica entendido e acordado que as atualizações previstas nesta cláusula serão efetuadas com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele imediatamente anterior à data da efetiva liquidação.

15.5. Em caso de extinção do índice pactuado, IPCA/IBGE, será utilizado como substituto o IGPM/FGV.

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

16. PRÊMIO, CÁLCULO E RECÁLCULO

16.1. O prêmio do seguro é o produto da aplicação da taxa correspondente a idade perfil do Segurado sobre o respectivo capital da (s) Cobertura (s) contratadas.

16.2. O valor do prêmio do seguro será reajustado anualmente, na data de aniversário da apólice, sempre que houver a intenção de renovar a apólice manifestada à Seguradora pelo Segurado, seu Representante e/ou Corretor de Seguros, em razão do reenquadramento do seguro à nova idade perfil atingida pelo Segurado.

16.3. As faixas etárias para correção e seus percentuais de atualização são variáveis conforme o produto e data da primeira contratação do seguro.

Parágrafo único. Na hipótese do Segurado, seu Representante e/ou Corretor de Seguros renovar anualmente de forma sucessiva e ininterrupta o seguro, a Seguradora permanecerá utilizando a mesma Tabela de Faixas Etárias e Percentuais de Reajuste por Cobertura vigente na data da primeira contratação do seguro e expressamente prevista na apólice, realizando a cobrança do novo prêmio a partir do mês de renovação do seguro.

17. CUSTEIO DO SEGURO

O custeio deste seguro será sempre totalmente contributivo (avermado), ou seja, em que o ônus do pagamento do prêmio recai totalmente sobre os Segurados.

18. PERIODICIDADE DE PAGAMENTO DO PRÊMIO

De acordo com o convencionado na Proposta, o prêmio deste seguro será pago conforme uma das seguintes opções de periodicidade:

- a) À vista; ou
- b) Fracionado

19. PAGAMENTO DO PRÊMIO

19.1. O prêmio do seguro, valor a ser pago pelo Segurado para a garantia do risco coberto, será de acordo com o período contratado e tipo do seguro informado na apólice, admitindo-se os tipos abaixo, **devendo ser obrigatoriamente observada a data limite (data do vencimento) prevista no referido documento de cobrança do prêmio:**

a) **Prêmio ou Prêmio Único:** Valor a ser pago para a garantia do risco, calculado para a vigência integral da apólice, podendo ser pago à vista ou parcelado (prêmio fracionado).

b) **Prêmio Mensal:** Valor a ser pago para a garantia do risco, calculado conforme opção especificada na proposta ou bilhete e pago mensalmente.

19.2. O prazo limite para o pagamento do prêmio é o dia de vencimento estipulado na Apólice, ou nos casos em que haja mais de uma data prevista, a última data.

19.3. Nos contratos de seguro cujos prêmios sejam pagos em uma única parcela, qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista para este fim.

19.4. Fica, ainda, entendido e concordado que, se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio sem que ele se ache efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.

19.5. O não-pagamento do prêmio do seguro dentro do prazo limite estipulado e após aviso prévio da Seguradora diretamente ao Segurado, corretor de seguros ou seu representante legal, por meio físico, remoto ou outras formas previstas na regulamentação em vigor, implicará:

No caso de “prêmio único” com uma só parcela ou fracionado com a primeira parcela não paga, o cancelamento do seguro desde o início de vigência.

No caso de “prêmio único” com fracionamento do prêmio e configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada a fração prevista na Tabela de Prazo Curto a seguir.

Neste caso a Seguradora informará ao Segurado ou ao seu representante legal, expressamente:

a) o novo prazo de vigência ajustado.

b) a nova data de vencimento para a parcela em mora, a fim de regularizar o pagamento do prêmio sem que ocorra o cancelamento da apólice/certificado, caso ainda haja cobertura prevista na Tabela de Prazo Curto.

TABELA DE PRAZO CURTO

Relação % Entre o Prêmio Pago e o Prêmio Total	Fração a Ser Aplicada Sobre a Vigência Original	Relação % Entre o Prêmio Pago e o Prêmio Total	Fração a Ser Aplicada Sobre a Vigência Original
13	15/365	73	195/365
20	30/365	75	210/365
27	45/365	78	225/365
30	60/365	80	240/365
37	75/365	83	255/365
40	90/365	85	270/365
46	105/365	88	285/365
50	120/365	90	300/365
56	135/365	93	315/365
60	150/365	95	330/365
66	165/365	98	345/365
70	180/365	100	365/365

- 19.6.** Para percentuais não previstos na Tabela de Prazo Curto deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.
- 19.7.** O Segurado terá restabelecido o direito às coberturas contratadas pelo período inicialmente acordado, desde que retome o pagamento do prêmio devido dentro do prazo estabelecido pela Seguradora, ficando sujeito ao pagamento da multa moratória correspondente a 2% (dois por cento) sobre o valor devido, atualizado monetariamente com base na variação do IPCA, e, ainda dos juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, sendo este último encargo aplicado à base “pro-rata temporis”, podendo ser cobrado ainda um valor adicional a título de despesas operacionais, conforme constante da especificação da apólice.
- 19.8.** Findo o novo prazo sem que tenha sido efetuado o pagamento do prêmio, opera-se, de pleno direito, o cancelamento da Apólice.
- 19.9.** No caso do fracionamento do prêmio único, quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vincendas do prêmio serão deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento, se houver.
- 19.10.** Quando tiver previsto o pagamento do prêmio por meio de consignação em folha, a ausência do repasse à Seguradora dos prêmios recolhidos por consignante que não corresponda à figura de estipulante não poderá causar qualquer prejuízo aos segurados ou respectivos beneficiários no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos.

Este seguro está estruturado sob Regime Financeiro de Repartição Simples, que não contempla o resgate ou a devolução de prêmio (s) pago (s) pelo (s) Segurado (s).

Nota: Não serão considerados indenizáveis quaisquer sinistros ocorridos durante o período de suspensão da cobertura da apólice.

20. CANCELAMENTO DO SEGURO

20.1. Este Contrato de Seguro, além das demais situações previstas nas Condições Gerais, excetuadas as hipóteses previstas em lei, poderá ser rescindido total ou parcialmente, a qualquer momento, a pedido do Segurado ou a critério da Seguradora, mediante concordância recíproca das partes e desde que tal intenção seja comunicada à parte contrária, observados os seguintes critérios:

a) Por iniciativa do Segurado:

Na hipótese de rescisão por iniciativa do Segurado, a Seguradora reterá, além do prêmio recebido proporcional ao período coberto calculado de acordo com a Tabela de Prazo Curto constante da Cláusula PAGAMENTO DOS PRÊMIOS destas Condições Gerais, também o IOF (Imposto sobre Operações Financeiras). Para percentuais não previstos na referida Tabela de Prazo Curto, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

b) Por iniciativa da Seguradora:

Em caso de mora e inadimplemento do Segurado de suas obrigações contratuais, agravamento do risco ao bem segurado e/ou inobservância de quaisquer cláusulas e condições previstas no Contrato de Seguro e sua respectiva Apólice, nos quais não tenha ocorrido má-fé, culpa e/ou dolo do Segurado: a Seguradora reterá o prêmio recebido proporcional ao período vigente das coberturas contratadas, calculado na *base pro-rata temporis* pelo tempo decorrido desde o início de vigência da Apólice, acrescido do IOF devido.

c) Automaticamente, com a morte do Segurado Principal;

d) Quando o Segurado deixar de pagar prêmio, observado o disposto na Cláusula 19- PAGAMENTO DO PRÊMIO desta Condição Geral;

e) Com o fim do novo prazo de vigência da cobertura proporcional, quando houver, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio.

f) Automaticamente, com o cancelamento ou final de vigência, sem renovação da Apólice, respeitando-se o período correspondente ao prêmio pago.

20.2.O pagamento de qualquer valor pelo Segurado à Seguradora após a data do cancelamento não implica na reabilitação do seguro, nem gera qualquer efeito, ficando à disposição do mesmo a importância paga.

21.SUSPENSÃO DE COBERTURA

21.1. Havendo, em meio a vigência da apólice, a inclusão ou exclusão do segurado, de seus beneficiários de indenização ou locais de origem, destino ou transbordo, ou ainda o objeto segurado nas listas de embargos e sanções, deverá o segurado informar tempestivamente à esta seguradora a data de inclusão e/ou exclusão sob pena de perda de direito à cobertura de seguro e, por consequência, a quaisquer indenizações ou restituições previstas nesse contrato de seguro.

21.2. Mediante a comunicação do Segurado, as coberturas desse seguro estarão suspensas para o segurado e para seus beneficiários no período em que os mesmos estiverem inclusos em listas de sanções e embargos desde às 24 horas do dia da inclusão até às 24 horas do dia da exclusão ou eventual solução judicial.

- 21.3. Na hipótese do segurado ou seus beneficiários de indenização serem incluídos em listas de embargos e sanções nacionais ou internacionais, em meio a liquidação de um sinistro reclamado, o pagamento de indenizações ou reembolsos de despesas ficará suspenso, até que ocorra a superação do referido embargo ou até que ocorra decisão da Corte Suprema brasileira referente ao procedimento que deverá ser adotado para esse fim, mediante consulta a ser efetuada por esta Seguradora.**
- 21.4. Desta forma, deve o Segurado, nas situações nas quais vier a ser incluído em listas de embargos e sanções nacionais ou internacionais, informar tempestivamente a Seguradora as datas de ingresso e exclusão das referidas listas.**

22. OCORRÊNCIA DE SINISTROS

- 22.1.** Em caso de sinistro coberto por este seguro, deverá (ao) o (s) Beneficiário (s), informá-lo à Seguradora logo que o saiba (m), e comprovar satisfatoriamente a sua ocorrência por meio dos documentos básicos constantes na Cláusula 23 - RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, bem como esclarecer todas as circunstâncias a ele relacionadas.
- 22.2.** A Seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias contado do cumprimento, por parte do Segurado, de todas as exigências, para conclusão de regulação e liquidação do sinistro, sendo que, em caso de negativa, informará os motivos que a justifiquem. **A referida contagem será suspensa a partir do momento em que for solicitada documentação complementar, por dúvida fundada e justificada, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem atendidas as exigências.**
- 22.3.** Não respeitado o prazo previsto acima, os valores devidos serão acrescidos de juros moratórios e atualização monetária, conforme definido na Cláusula 15 - ATUALIZAÇÃO DE VALORES.
- 22.4.** O pagamento será feito em parcela única, por meio de crédito em conta, ordem de pagamento ou cheque nominativo, pagável no domicílio ou praça indicada pelo (s) Beneficiário (s) ou Segurado no aviso de sinistro. A indenização também poderá ser realizada em forma de reembolso ou prestação de serviços, quando especificada na cobertura contratada ou combinado entre as partes.
- 22.5.** As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e os documentos necessários correrão por conta do interessado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.
- 22.6.** **Caso o processo de regulação de sinistros conclua que a indenização não é devida, o Segurado será comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento, dentro do prazo estipulado para liquidação de sinistros previsto nestas condições.**
- 22.7.** No caso de reembolso de despesas efetuadas no exterior, serão aceitos para liquidação de sinistro os documentos no idioma do país de origem da despesa. O reembolso de despesas efetuadas no exterior deve ser realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de capital segurado estabelecido, e observada a regulamentação específica sobre atualização de valores.

23. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 23.1.** Os documentos abaixo indicados são imprescindíveis para o procedimento de regulação de sinistro. Assim, deverão ser encaminhados à Seguradora os documentos originais ou cópias autenticadas para conclusão do procedimento administrativo.

Documentos
Cópia da certidão de óbito do Segurado;
Cópia do RG, CPF e Comprovante de residência do Segurado;
Cópia do exame médico que diagnosticou a doença causadora do óbito;
Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (quando o Segurado era o condutor do veículo);
Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial;
Laudo de dosagem alcoólica e/ou exame toxicológico (quando houver);
Laudo de exame cadavérico (IML);
Cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver (em caso de morte por carbonização).
Cópia do RG, CPF e comprovante de residência do (s) Beneficiário (s) que efetuaram o pagamento das despesas, conforme notas fiscais originais;
Autorização de Crédito e Formulário de Profissão e Renda do (s) Beneficiário (s) (ambos disponibilizados pela área de Sinistro);
Original das Notas fiscais e recibos das despesas, observado o disposto no item 4.1.2

23.2. Além dos documentos descritos nos itens acima, na falta de beneficiário (s) indicado (s) pelo segurado, o (s) beneficiário (s) legal (is) deverão apresentar também:

Documentos
Certidão de Casamento do Segurado com averbação do óbito;
Declaração que comprove união estável ou condição equiparada, firmada em cartório, emitida por órgão previdenciário ou cópia da declaração de imposto de renda onde consta que o companheiro (a) é dependente do segurado a);
Declaração de único (s) herdeiro (s) legal (is) com firma reconhecida em cartório, informando o número total de herdeiros do segurado, contendo o nome completo e dados pessoais.

23.3. Os menores de dezoito anos deverão ser representados ou assistidos por um dos seus pais, e na sua falta, por quem legalmente os represente nos atos da vida civil, mediante apresentação de documentação comprobatória

23.4. A responsabilidade pelo pagamento das indenizações oriundas deste contrato é de exclusiva competência da Seguradora.

24. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

24.1. Conforme estabelecido nos artigos 765 e 766 do Código Civil Brasileiro, e além dos casos previstos em Lei, o Segurado perderá o direito às garantias e coberturas previstas neste Contrato de Seguro e respectiva Apólice, ficando a Seguradora isenta de qualquer obrigação deles decorrente, sujeitando-se o Segurado, ainda, às sanções previstas na legislação e no Contrato de Seguro, se ele e/ou seu representante legal ou Corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, ficando ainda obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

24.2. Sendo apuradas declarações inexatas ou omissões de circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, o Segurado perderá o direito à indenização, além de estar obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

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

I - Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

a) cancelar o seguro, podendo reter do prêmio originalmente pactuado a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou

b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

II - Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

a) após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo reter do prêmio originalmente pactuado a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido, acrescido da diferença cabível; ou

b) permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível, deduzi-la do valor a ser indenizado e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

III - Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado: após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo deduzir do valor a ser indenizado a diferença de prêmio cabível.

24.4. O Segurado também perderá o direito ao pagamento do Capital Segurado com base no presente seguro caso haja, por parte dele, seus representantes ou seu (s) Beneficiário (s):

a) Inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;

b) Prática de infrações ou fraudes, com o propósito de obter vantagem ilícita com o seguro;

c) Não-fornecimento da documentação solicitada; e

d) Agravamento intencional do risco objeto da apólice de seguro, conforme previsto no Código Civil Brasileiro.

24.5. Caso ocorra incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, o Segurado deverá comunicar o fato à Seguradora, logo que saiba, sob pena de perder o direito à indenização se ficar comprovado, pela Seguradora, que silenciou de má fé.

24.6. A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco pelo segurado, poderá, mediante comunicação formal:

a) cancelar o seguro;

b) restringir a cobertura contratada, mediante acordo entre as partes; ou

c) cobrar a diferença de prêmio cabível, mediante acordo entre as partes.

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

24.7. Verificada a inobservância do segurado quanto a obrigação de comunicar à esta Seguradora sobre a inclusão ou exclusão, sua ou de seus beneficiários de indenização e/ou locais de sinistro, em listas de

embargos e sanções nacionais ou internacionais, ficará caracterizada a PERDA DE DIREITOS a quaisquer indenizações ou restituições previstas nesse contrato de seguro.

25. 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 da Apólice e as normas do seguro.

26. TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS

No seguro de pessoas, a Seguradora não poderá sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado ou do (s) Beneficiários contra o causador do sinistro, conforme disposto no art. 800 do Código Civil Brasileiro:

Art.800:

“No seguro de pessoas, o Segurador não poderá sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado, ou do Beneficiário, contra o causador do sinistro.”

27. ALTERAÇÃO NO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA

27.1. O presente seguro poderá ser alterado em qualquer tempo através de endosso, mediante acordo entre a Seguradora e o Segurado.

27.2. Efetivado o endosso pela Seguradora, as novas condições prevalecerão sobre as anteriores.

28. PRESCRIÇÃO

Qualquer direito do Segurado ou do (s) Beneficiário (s) com fundamento no presente seguro prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

29. FORO

O foro competente para as questões judiciais do presente contrato é o da comarca de domicílio do Segurado, ou de seu beneficiário, se for o caso.

30. DISPOSIÇÕES FINAIS

Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de seu vencimento, independentemente do tempo de relação contratual.

31. ASSISTÊNCIA FUNERAL TABELA DE SERVIÇOS

Planos		Assistência Funeral Titular II Assistência Funeral Familiar Assistência Funeral Familiar Plus Assistência Funeral Familiar Plus II	Assistência Funeral Titular II Assistência Funeral Familiar Assistência Funeral Familiar Plus Assistência Funeral Familiar Plus II	Assistência Funeral Titular II Assistência Funeral Familiar Assistência Funeral Familiar Plus Assistência Funeral Familiar Plus II	Assistência Funeral Titular II Assistência Funeral Familiar Assistência Funeral Familiar Plus Assistência Funeral Familiar Plus II	Assistência Funeral Titular II Assistência Funeral Familiar Assistência Funeral Familiar Plus Assistência Funeral Familiar Plus II	Assistência Funeral Titular II Assistência Funeral Familiar Assistência Funeral Familiar Plus Assistência Funeral Familiar Plus II	Assistência Funeral Titular I	
ITENS		PADRÃO R\$10.000,00	PADRÃO R\$9.000,00	PADRÃO R\$8.000,00	PADRÃO R\$7.000,00	PADRÃO R\$6.000,00	PADRÃO R\$5.000,00	PADRÃO R\$4.000,00	PADRÃO R\$2.500,00
PREPARO DE CORPO	Higienização	Limpeza do corpo	Limpeza do corpo	Limpeza do corpo	Limpeza do corpo	Limpeza do corpo	Limpeza do corpo	Limpeza do corpo	Limpeza do corpo
	Tanatopraxia	Sistema de conservação temporária do corpo	Sistema de conservação temporária do corpo	Sistema de conservação temporária do corpo	Sistema de conservação temporária do corpo	Sistema de conservação temporária do corpo	Sistema de conservação temporária do corpo	Sistema de conservação temporária do corpo	Não se aplica
	Embalsamamento	Preservação do corpo por logo tempo ou para traslado internacional	Preservação do corpo para logo tempo ou traslado	Preservação do corpo para logo tempo ou traslado	Preservação do corpo para logo tempo ou traslado	Preservação do corpo para logo tempo ou traslado	Preservação do corpo para logo tempo ou traslado	Preservação do corpo para logo tempo ou traslado	Não se aplica
	Necromaquiagem	Melhorar a aparência do corpo	Melhorar a aparência do corpo	Melhorar a aparência do corpo	Melhorar a aparência do corpo	Melhorar a aparência do corpo	Melhorar a aparência do corpo	Melhorar a aparência do corpo	Não se aplica
URNA	Urna	urna com visor inteiro, alça móvel, acabamento em verniz alto brilho no mogno, pinus ou caramelo, babado e sobrebabado em rendão de luxo	urna com visor inteiro, alça móvel, acabamento em verniz alto brilho no mogno, pinus ou caramelo, babado e sobrebabado em rendão de luxo	urna com visor inteiro, alça varão, acabamento em verniz alto brilho, babado em cetim liso e sobrebabado em rendão de luxo	urna com visor inteiro, alça varão, acabamento em verniz alto brilho, babado em cetim liso e sobrebabado em rendão de luxo	urna com visor inteiro, alça varão, acabamento em verniz alto brilho, babado em cetim liso e sobrebabado em rendão de luxo.	urna com visor de 1/4 e alça varão, acabamento em verniz alto brilho, babado em cetim e sobrebabado em rendão	urna com visor de 1/4 e alça varão.	urna sem visor com alça parreira
	Ornamentação	Ornamentação completa de Urna no padrão luxo com flores nobres da estação (cravos, rosas orquídeas)	Ornamentação completa de Urna no padrão luxo, flores da estação (cravos, rosas orquídeas)	Ornamentação completa de Urna no padrão luxo, flores da estação (cravos, rosas orquídeas)	Ornamentação completa de Urna no padrão luxo, flores da estação (cravos, rosas orquídeas)	Ornamentação completa de Urna no padrão luxo, flores da estação (cravos, rosas orquídeas)	Ornamentação completa da urna, crisântemo ou lisianthus	Ornamentação completa da urna, crisântemo ou lisianthus	Ornamentação da urna com flores naturais
	Manto Mortuário	Tecido abaixo da ornamentação de flores	Tecido abaixo da ornamentação de flores	Tecido abaixo da ornamentação de flores	Tecido abaixo da ornamentação de flores	Tecido abaixo da ornamentação de flores	Tecido abaixo da ornamentação de flores	Tecido abaixo da ornamentação de flores	Tecido abaixo da ornamentação de flores

Planos		Assistência Funeral Titular II Assistência Funeral Familiar Assistência Funeral Familiar Plus I Assistência Funeral Familiar Plus II	Assistência Funeral Titular II Assistência Funeral Familiar Assistência Funeral Familiar Plus I Assistência Funeral Familiar Plus II	Assistência Funeral Titular II Assistência Funeral Familiar Assistência Funeral Familiar Plus I Assistência Funeral Familiar Plus II	Assistência Funeral Titular II Assistência Funeral Familiar Assistência Funeral Familiar Plus I Assistência Funeral Familiar Plus II	Assistência Funeral Titular II Assistência Funeral Familiar Assistência Funeral Familiar Plus I Assistência Funeral Familiar Plus II	Assistência Funeral Titular II Assistência Funeral Familiar Assistência Funeral Familiar Plus I Assistência Funeral Familiar Plus II	Assistência Funeral Titular II Assistência Funeral Familiar Assistência Funeral Familiar Plus I Assistência Funeral Familiar Plus II	Assistência Funeral Titular I
ITENS		PADRÃO R\$10.000,00	PADRÃO R\$9.000,00	PADRÃO R\$8.000,00	PADRÃO R\$7.000,00	PADRÃO R\$6.000,00	PADRÃO R\$5.000,00	PADRÃO R\$4.000,00	PADRÃO R\$2.500,00
	Zinco	Forração de zinco para transporte aéreo	Forração de zinco para transporte aéreo	Forração de zinco para transporte aéreo	Forração de zinco para transporte aéreo	Forração de zinco para transporte aéreo	Forração de zinco para transporte aéreo	Forração de zinco para transporte aéreo	Não se aplica
ACESSÓRIOS	Livro de Presença	1 livro	1 livro	1 livro	1 livro	1 livro	1 livro	1 livro	1 livro
	Paramentos	1 Jogo de Paramentos	1 Jogo de Paramentos	1 Jogo de Paramentos	1 Jogo de Paramentos	1 Jogo de Paramentos	1 Jogo de Paramentos	1 Jogo de Paramentos	1 Jogo de Paramentos
	Véu	véu	véu	véu	véu	véu	véu	véu	véu
	Velas	4 velas	4 velas	4 velas	4 velas	4 velas	4 velas	4 velas	4 velas
FLORES	Coroas de Flores	3 Coroas grandes de flores no padrão Luxo (flores nobres da época). Ex: copo de leite, rosas, cravos e outras)	2 Coroas grandes de flores no padrão Luxo (flores nobres da época). Ex: copo de leite, rosas, cravos e outras)	2 coroas de flores grandes de flores nobres da época	3 coroas de flores grandes	3 coroas de flores medias	2 coroas de flores médias	2 coroas de flores simples (pequenas)	Não se aplica
	Arranjos Florais	2 Arranjos florais para as laterais da urna	2 Arranjos florais nas laterais da urna;	2 arranjos de flores nas laterais da urna	2 Arranjos florais nas laterais da urna;	2 Arranjos florais nas laterais da urna;	2 Arranjos florais nas laterais da urna;	2 Arranjos florais nas laterais da urna;	Não se aplica
	Arranjo para Livro	1 arranjo floral para o livro de presença	1 arranjo floral para o livro de presença	1 arranjo floral para o livro de presença	1 arranjo floral para o livro de presença	1 arranjo floral para o livro de presença	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
CEMITÉRIO	Sala de Velório	Locação de sala para velório municipal ou particular desde que não exceda o valor do municipal	Locação de sala para velório municipal ou particular desde que não exceda o valor do municipal	Locação de sala para velório municipal ou particular desde que não exceda o valor do municipal	Locação de sala para velório municipal ou particular desde que não exceda o valor do municipal	Locação de sala para velório municipal ou particular desde que não exceda o valor do municipal	Locação de sala para velório municipal ou particular desde que não exceda o valor do municipal	Locação de sala para velório municipal ou particular desde que não exceda o valor do municipal	Não se aplica
	Locação Jazigo	Locação de jazigo por 3 anos em cemitério municipal ou cemitério particular com	Locação de jazigo por 3 anos em cemitério municipal ou cemitério particular com	Locação de jazigo por 3 anos em cemitério municipal ou cemitério particular com	Sepultamento no jazigo da família ou locação de jazigo por um período de 03 (três anos)	Sepultamento no jazigo da família ou locação de jazigo por um período de 03 (três anos)	Sepultamento no jazigo da família ou locação de jazigo por um período de 03 (três anos)	Sepultamento no jazigo da família ou locação de jazigo por um período de 03 (três anos)	Não se aplica

Planos		Assistência Funeral Titular II Assistência Funeral Familiar Assistência Funeral Familiar Plus Assistência Funeral Familiar Plus II	Assistência Funeral Titular II Assistência Funeral Familiar Assistência Funeral Familiar Plus Assistência Funeral Familiar Plus II	Assistência Funeral Titular II Assistência Funeral Familiar Assistência Funeral Familiar Plus Assistência Funeral Familiar Plus II	Assistência Funeral Titular II Assistência Funeral Familiar Assistência Funeral Familiar Plus Assistência Funeral Familiar Plus II	Assistência Funeral Titular II Assistência Funeral Familiar Assistência Funeral Familiar Plus Assistência Funeral Familiar Plus II	Assistência Funeral Titular II Assistência Funeral Familiar Assistência Funeral Familiar Plus Assistência Funeral Familiar Plus I	Assistência Funeral Titular II Assistência Funeral Familiar Assistência Funeral Familiar Plus Assistência Funeral Familiar Plus II	Assistência Funeral Titular I
ITENS		PADRÃO R\$10.000,00	PADRÃO R\$9.000,00	PADRÃO R\$8.000,00	PADRÃO R\$7.000,00	PADRÃO R\$6.000,00	PADRÃO R\$5.000,00	PADRÃO R\$4.000,00	PADRÃO R\$2.500,00
		valor similar ao municipal	valor similar ao municipal	valor similar ao municipal					
	Crematório	Cremação na cidade de domicílio (valor da cremação Municipal)	Cremação na cidade de domicílio (valor da cremação Municipal)	Cremação na cidade de domicílio (valor da cremação Municipal)	Cremação na cidade de domicílio (valor da cremação Municipal)	Cremação na cidade de domicílio (valor da cremação Municipal)	Cremação na cidade de domicílio (valor da cremação Municipal)	Cremação na cidade de domicílio (valor da cremação Municipal)	Não se aplica
	Placa	Placa com nome na Lápide	Placa com nome na lápide	Placa com nome na Lápide	Placa com nome na lápide	Placa com nome na lápide	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
TRANSPORTE DO CORPO	Carro Fúnebre	Deslocamento do corpo dentro do município	Deslocamento do corpo dentro do município	Deslocamento do corpo dentro do município	Deslocamento do corpo dentro do município	Deslocamento do corpo dentro do município	Carro fúnebre para deslocamento do corpo	Carro fúnebre para deslocamento do corpo	Carro fúnebre para deslocamento do corpo dentro da cidade
	Traslado	Traslado de corpo nacional sem limite de Km	Traslado de corpo nacional sem limite de Km	Traslado de corpo nacional sem limite de Km	Traslado de corpo nacional sem limite de Km	Traslado de corpo nacional sem limite de Km	Traslado de corpo nacional sem limite de Km	Traslado de corpo nacional sem limite de Km	Não se aplica
TAXAS	Certidão de óbito	Registro em Cartório	Registro em Cartório	Registro em Cartório	Registro em Cartório	Registro em Cartório	Registro em Cartório	Registro em Cartório	Registro em Cartório
	Taxa Exumação	Taxa de exumação somente se as gavetas estiverem ocupadas, no valor de jazigo familiar municipal.	Taxa de exumação somente se as gavetas estiverem ocupadas, no valor de jazigo familiar municipal.	Taxa de exumação somente se as gavetas estiverem ocupadas, no valor de jazigo familiar municipal.	Taxa de exumação somente se as gavetas estiverem ocupadas, no valor de jazigo familiar municipal.	Taxa de exumação somente se as gavetas estiverem ocupadas, no valor de jazigo familiar municipal.	Taxa de exumação somente se as gavetas estiverem ocupadas, no valor de jazigo familiar municipal.	Taxa de exumação somente se as gavetas estiverem ocupadas, no valor de jazigo familiar municipal.	Não se aplica
	Taxa Sepultamento	Taxa de sepultamento em cemitério municipal ou particular com valor similar ao municipal.	Taxa de sepultamento em cemitério municipal ou particular com valor similar ao municipal.	Taxa de sepultamento em cemitério municipal ou particular com valor similar ao municipal.	Taxa de sepultamento em cemitério municipal ou particular com valor similar ao municipal.	Taxa de sepultamento em cemitério municipal ou particular com valor similar ao municipal.	Taxa de sepultamento em cemitério municipal ou particular com valor similar ao municipal.	Taxa de sepultamento em cemitério municipal ou particular com valor similar ao municipal.	Não se aplica

Planos		Assistência Funeral Titular II Assistência Funeral Familiar Assistência Funeral Familiar Plus Assistência Funeral Familiar Plus II	Assistência Funeral Titular II Assistência Funeral Familiar Assistência Funeral Familiar Plus Assistência Funeral Familiar Plus II	Assistência Funeral Titular II Assistência Funeral Familiar Assistência Funeral Familiar Plus Assistência Funeral Familiar Plus II	Assistência Funeral Titular II Assistência Funeral Familiar Assistência Funeral Familiar Plus Assistência Funeral Familiar Plus II	Assistência Funeral Titular II Assistência Funeral Familiar Assistência Funeral Familiar Plus Assistência Funeral Familiar Plus II	Assistência Funeral Titular II Assistência Funeral Familiar Assistência Funeral Familiar Plus Assistência Funeral Familiar Plus I	Assistência Funeral Titular I	
ITENS		PADRÃO R\$10.000,00	PADRÃO R\$9.000,00	PADRÃO R\$8.000,00	PADRÃO R\$7.000,00	PADRÃO R\$6.000,00	PADRÃO R\$5.000,00	PADRÃO R\$4.000,00	PADRÃO R\$2.500,00
COMUNICADO	Anúncio	Comunicado em Jornal (limitado ao valor de R\$ 1.000,00)	Comunicado em Jornal (limitado ao valor de R\$ 500,00)	Comunicado em Jornal (limitado ao valor de R\$ 500,00)	Comunicado em Jornal (limitado ao valor de R\$ 250,00)	Comunicado em Jornal (limitado ao valor de R\$ 250,00)	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica

CONDIÇÕES PARTICULARES DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES

As presentes Condições Particulares especificam os Serviços Complementares do produto **Vida Especial**, válidos quando contratados, alternativamente, em conjunto com sua apólice de seguro.

SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA (INTERNACIONAL)**1. OBJETIVO**

1.1. É um serviço de consultoria médica destinado a Segurados previamente diagnosticados com doenças complexas – conforme definição no subitem 1.2 - que possibilita um rápido e eficaz acesso a opiniões de profissionais médicos de renome internacional, com especialização no tipo de enfermidade apresentada. Desta forma, sem que seja necessário o seu deslocamento do local onde se encontra, o Segurado poderá ter acesso a:

- a) emissão de um segundo parecer médico com base nos referidos laudos e exames;
- b) apresentação de alternativas de tratamento, com base nas técnicas mais modernas da medicina, as quais poderão ser adotadas pelo responsável clínico local.

1.2. Para efeitos deste serviço, são consideradas como doenças complexas única e exclusivamente as patologias a seguir:

- a) **Condições Neonatais Adversas:** displasia bronco-pulmonar; hidrocefalia; anomalias congênitas múltiplas ou grandes; meningomielocèle; parto prematuro; insuficiência respiratória em UTI por mais de uma semana.
- b) **Condições Obstétricas Adversas:** sangramento durante a gravidez; gravidez de 3 (três) ou mais fetos; história prévia de UTI neonatal; toxemia (hipertensão) necessitando de hospitalização durante a gravidez.
- c) **Transplantes/Diálises:** transplante de órgão vital; atresia biliar; transplante de medula óssea; cardiopatia; rejeição de órgão; insuficiência renal.
- d) **Condições Neurológicas:** doença de Alzheimer; encefalopatia anóxica; tumores cerebrais; aneurisma cerebral ou má-formação arteriovenosa; acidente cerebral vascular crônico; síndrome de Guillain-Barre; doença de Lou Gehrig's; meningite ou encefalite; esclerose múltipla; paraplegia; quadriplegia (tetraplegia); síndrome de Reyes; episódio isquêmico transitório.
- e) **Condições Cardíacas:** doenças cardio vascular.
- f) **Condições Respiratórias:** bronquites ou asma crônica; enfisema; dependência respiratória.
- g) **Condições Malignas:** câncer; anemia aplástica; quimioterapia; sarcoma de Kaposi; leucemia; variadas cirurgias para doenças malignas; radioterapia.
- h) **Traumatismos:** amputações; traumas múltiplos/poli traumas; queimaduras envolvendo mais de 20% (vinte por cento) do corpo.
- i) **Outros Diagnósticos:** AIDS; paralisia cerebral; fibrose cística; lúpus; distrofia muscular; condições cardiológicas diversas; alergias crônicas.

2. SERVIÇOS

2.1. Ao Segurado bastará entrar em contato com a Assistência de segunda a sexta-feira, das 9h às 17h, e encaminhará ou

agendará a retirada de todos os documentos e exames anteriores, os quais serão enviados ao especialista credenciado no exterior. Em um prazo de até 15 (quinze) dias úteis o Segurado receberá a resposta com indicação do melhor tratamento e comentários sobre o diagnóstico, de parte do médico emissor da segunda opinião.

2.2. Se necessário, serão solicitados ao Segurado documentos, exames e informações complementares, a critério da **Assistência**, para a melhor prestação do serviço.

3. INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A Assistência não estará obrigada a prestar o serviço de segunda opinião médica, nas seguintes hipóteses:

- a) quando o Segurado não preencher as condições exigidas para a prestação deste serviço complementar, ou não fornecer as informações, documentos e/ou exames essenciais ou complementares solicitados; e**
- b) quando o serviço for solicitado pelo Segurado para o proveito de terceiros não incluídos no cadastro.**

ASSISTÊNCIA PET

1. ÂMBITO GEOGRÁFICO

Os serviços de assistência serão prestados aos Clientes em todo território nacional, observado as limitações e exclusões contidas neste documento.

2. DEFINIÇÕES

Animal assistido: Para os fins deste serviço, consideram-se animais assistidos somente cães e gatos indicados legalmente como domésticos, que possuam peso máximo até 80 (oitenta) kg e convivam com o Segurado em sua residência habitual - excluídos os animais silvestres, os não-domesticados e aqueles destinados a competições.

3. SERVIÇOS

3.1. Assistência Veterinária

Em caso de lesão resultante de acidente e/ou doença do Animal Assistido, a Assistência PET garante, mediante prévio contato com a Central de Atendimento, assistência a ser prestada em clínica veterinária credenciada ou, em sua falta, o reembolso da assistência veterinária necessária, referente a gastos com cirurgias e medicamentos, até o limite de despesas estabelecido para este serviço:

Limite de Despesas: R\$ 250,00 por evento, para até 2 (duas) ocorrências por vigência.

Entende-se por:

Lesão por Acidente: todo e qualquer dano físico no Animal Assistido, decorrente de acidente.

Lesão por Doença: lesão que provoca uma alteração súbita no estado clínico do Animal Assistido.

3.2. Leva-e-Traz

Em caso de lesão acidental do Animal Assistido, a Assistência PET se responsabilizará pelo seu transporte até a clínica veterinária mais próxima do local do evento, desde que o segurado não tenha condições físicas comprovadas de fazê-lo por seus próprios meios, sendo o meio de transporte mais adequado definido pela Assistência.

Após alta do Animal Assistido, caso o Segurado não tenha condições comprovadas de buscá-lo na clínica onde se encontra internado, e não haja nenhum outro responsável indicado por ele apto a fazê-lo, a Assistência PET se responsabilizará pelo seu transporte pelo meio considerado mais adequado.

Limite de Despesas: R\$ 100,00 por evento, para até 2 (duas) ocorrências por vigência

3.3. Envio de Ração a Domicílio

Quando solicitado pelo Segurado, a Assistência PET se responsabilizará pela aquisição, no estabelecimento mais próximo da residência do mesmo, e envio de ração de tipo e marca de sua escolha para consumo do Animal Assistido até o local de seu domicílio, sendo que o custo de aquisição dos produtos correrá por conta do Segurado.

Limite de Despesas: R\$ 50,00 por evento, para 1 (uma) ocorrência por vigência.

3.4. Indicação de Clínicas Veterinárias

Em caso de necessidade de assistência médica-veterinária para o Animal Assistido, quando solicitado pelo Segurado, a Assistência PET indicará a clínica veterinária mais próxima à residência do mesmo, para que o animal possa ser encaminhado e receba um pronto atendimento.

3.5. Indicação de Pet Shops

Mediante solicitação do Segurado, a Assistência PET indicará o Pet Shop mais próximo à sua residência.

3.6. Indicação de Serviços de Banho e Tosa

Mediante solicitação do Segurado, a Assistência PET indicará o estabelecimento especializado em banho e tosa mais próximo à sua residência.

3.7. Organização de Funeral ou Cremação

Em caso de falecimento do Animal Assistido em decorrência de acidente ou doença, a Assistência PET, a seu exclusivo critério, se responsabilizará pela organização do seu funeral e/ou realização da cremação, no local mais próximo do local do evento. O tipo de serviço a ser realizado está vinculado à disponibilidade e condições regionais de oferecimento dos serviços.

Limite de Despesas: R\$ 500,00 por Animal Assistido, para até 2 (duas) ocorrências por vigência.

3.8. Hospedagem de Animais

Em caso de lesão do Segurado que o impeça de cuidar do Animal Assistido, a Assistência PET se responsabilizará pelo seu transporte de ida-e-volta e estadia em hotel para animais, ou canil mais próximo do local do evento, que seja considerado adequado para prestação deste serviço, sendo que:

a) sendo necessário um período superior ao coberto por este serviço complementar, as diárias adicionais serão de responsabilidade do Segurado;

b) os hotéis só aceitam animais devidamente vacinados e que tenham carteira de saúde comprovando que, de fato, tomaram todas as vacinas. Além disso, os hotéis também solicitam que o responsável pelo animal leve a ração para o seu consumo.

Limite de Despesas: R\$ 50,00 por diária, para até 5 (cinco) diárias, por Animal Assistido.

ASSISTÊNCIA CONVALESCÊNCIA

1. OBJETIVO

A **Assistência Convalescência** visa dar amparo para o Segurado em casos de convalescência temporária ou definitiva, durante o período de tratamento médico ou repouso que após a ocorrência de um acidente, cirurgia ou enfermidade.

2. SERVIÇOS

Os serviços oferecidos pela Assistência Convalescência são os que seguem:

1.1. Retorno a Residência após alta hospitalar

A Assistência providenciará, após a alta hospitalar, e mediante laudo médico liberatório, o meio de transporte indicado pelo médico assistente e supervisionará através de sua equipe médica a assistência prestada, assim como manterá os contatos necessários com o Centro Hospitalar ou com o médico responsável pelo atendimento, objetivando definir o melhor meio de transporte a ser utilizado, de acordo com seu quadro clínico.

Limite: R\$ 800,00 por evento, para 1 (uma) ocorrência por vigência.

1.2. Transporte para Tratamento Fisioterápico

Caso o segurado não possa se locomover por meios próprios, por motivo expresso em relatório médico, quando em decorrência de lesão causada por acidente, ou por doença, Assistência providenciará um transporte para tratamento fisioterápico do mesmo até a clínica ou hospital responsável.

Limite: R\$ 800,00 por evento, para 2 (duas) ocorrências por vigência.

1.3. Locação de Aparelhos Ortopédicos/Hospitalares

Será providenciado a locação de cadeiras de rodas, andador, muletas e cama hospitalar.

Limite: R\$ 270,00 por evento, para 1 (uma) ocorrência por vigência.

1.4. Fixação de Barras de Apoio para Banheiro

Nosso fornecedor possui especialização para realizar a instalação de barras de apoio em banheiros e lavabos, garantindo maior segurança e comodidade para os usuários do imóvel.

Requisitos: Antes da chegada de nosso prestador para o serviço, é importante que o item já esteja disponível para a instalação.

No caso de paredes de drywall (gesso), devido à sua falta de resistência, a fixação de barra ou suporte será realizada somente se houver reforço estrutural e desde que o prestador tenha acesso à planta construtiva do ambiente, cabendo ao prestador apontar os locais corretos para o furo e a fixação.

Observações: Em condomínios, a realização dos serviços será prestada exclusivamente no imóvel do cliente contratante, desde que não acarretem o descumprimento das legislações de controle do silêncio e/ou regras dos condomínios.

Limite: R\$ 75,00 por evento, para 1 (uma) ocorrência por vigência.

1.5. Orientação e Dicas sobre Cuidados Domésticos

O profissional analisará os cômodos e indicará serviços que possam trazer melhorias para evitar acidentes domésticos.

Limite: R\$ 75,00 por evento, para 1 (uma) ocorrência por vigência.

1.6. Remanejamento de Móveis

Envio de profissional para remanejamento de móveis para evitar acidentes, desde que no mesmo cômodo e não necessite desmontagem.

Limite: R\$ 100,00 por evento, para 1 (uma) ocorrência por vigência.

1.7. Instalação de assento dentro do box

Instalação de assento dentro do box conforme altura e tamanho necessário para adaptação.

Limite: R\$ 75,00 por evento, para 1 (uma) ocorrência por vigência.

1.8. Instalação de Luz de Emergência

Instalação de luz de emergência nos principais cômodos.

Limite: R\$ 100,00 por evento, para 1 (uma) ocorrência por vigência.

1.9. Instalação de Rampas

Mão de obra para construção de rampas de acesso à residência (altura 3 ou 4 degraus) próximos à porta de entrada, garagem e quintal.

Limite: R\$ 250,00 por evento, para 1 (uma) ocorrência por vigência.

3. COMO UTILIZAR

O Segurado pode solicitar o serviço através de contato com a **Assistência**.