

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

Abril/2026

Processo SUSEP: 15414.616966/2021-10 Versão 3.0

EZZE Seguros CNPJ 31.534.848/0001-24 Av. Pres. Juscelino Kubitschek, 50 10o andar

Vila Nova Conceição São Paulo - SP CEP:04543-000 11 2110 5500

EZZE SEGUROS.
A GENTE
SE IMPORTA.

Sumário

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO DO SEGURO	4
CLÁUSULA 2ª - DEFINIÇÕES	4
CLÁUSULA 3ª - COBERTURAS.....	7
CLÁUSULA 4ª - RISCOS EXCLUÍDOS	8
CLÁUSULA 5ª - CARÊNCIA	9
CLÁUSULA 6ª - FRANQUIA.....	9
CLÁUSULA 7ª - ÂMBITO GEOGRÁFICO	9
CLÁUSULA 8ª - DA ACEITAÇÃO DO PROPONENTE	10
CLÁUSULA 9ª - INÍCIO DE VIGÊNCIA.....	10
CLÁUSULA 10ª - BENEFICIÁRIOS.....	11
CLÁUSULA 11ª - CAPITAL SEGURADO	11
CLÁUSULA 12ª - PRÊMIO DO SEGURO.....	11
CLÁUSULA 13ª - ATRASO NO PAGAMENTO DO PRÊMIO	12
CLÁUSULA 14ª - ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIOS	14
CLÁUSULA 15ª - REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE	14
CLÁUSULA 16ª - PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS.....	14
CLÁUSULA 17ª - CESSAÇÃO DA COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO	17
CLÁUSULA 18ª - PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO	17
CLÁUSULA 19ª - MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	19
CLÁUSULA 20ª - PRESCRIÇÃO	19
CLÁUSULA 21ª - DISPOSIÇÕES FINAIS.....	19
CLÁUSULA 22ª - FORO.....	19
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE (M)	19
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE DE MORTE ACIDENTAL (MA)	21
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE.....	23
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE	27

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ DOENÇA (IFPD)	30
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DO AUXÍLIO ADAPTAÇÃO CASA E/OU VEÍCULO POR INVALIDEZ DECORRENTE DE ACIDENTE (ADPTINV-AC)	39
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DIAGNÓSTICO DE CÂNCER -FEMININO)	44
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DIAGNÓSTICO DE CÂNCER -MASCULINO)	47
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DOENÇAS GRAVES - OPÇÃO 1	49
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DOENÇAS GRAVES - OPÇÃO 2	53
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DOENÇAS GRAVES - OPÇÃO 3	58
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DOENÇAS GRAVES - OPÇÃO 4	64
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DOENÇAS GRAVES - OPÇÃO 5	72
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR	81
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO EM UTI	85
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE	90
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE FUNERAL FAMILIAR	92
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA CAUSADA POR ACIDENTE (DIT-A)	94
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA CAUSADA POR ACIDENTE OU DOENÇA (DIT-AD)	98
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE QUEIMADURA GRAVE (QG)	101
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI)	103
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE REEMBOLSO DE DESPESAS COM CIRURGIA DECORRENTE DE ACIDENTE OU DOENÇA - (RCDAD)	106
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE FRATURA DE OSSOS	110
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA (IFTT)	113
ANEXO I - ASSISTÊNCIA FUNERAL	117

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO DO SEGURO

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

CLÁUSULA 2ª - DEFINIÇÕES

2.1. Para facilitar a compreensão dos termos utilizados nesta apólice, incluímos uma relação com os principais termos técnicos empregados, a qual passa a fazer parte integrante das Condições Contratuais.

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

Incluem-se nesse conceito:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- b) os acidentes decorrentes de ação de 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.

Excluem-se desse conceito:

- a) as doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) 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: Lesões por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e,

d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido na alínea "d" anterior.

AGRAVAMENTO DE RISCO: Situações que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco coberto, conforme originalmente contratado, podendo impactar na aceitação, no prêmio ou nas condições do seguro.

APÓLICE DE SEGURO: Documento emitido pela sociedade seguradora que formaliza a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente.

ATO DOLOSO: Ato intencional praticado no intuito de prejudicar a outrem.

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

AVISO DE SINISTRO: comunicação imediata e formal que o Segurado ou Beneficiário deve fazer à Seguradora, por qualquer meio idôneo, ao tomar ciência da ocorrência de um sinistro ou de sua iminência, com o intuito de permitir a adoção de medidas para mitigar prejuízos e iniciar o processo de regulação do sinistro.

BENEFICIÁRIOS: São as pessoas físicas ou jurídicas designadas para receber o Capital Segurado na hipótese de sinistro com o Segurado.

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

CARÊNCIA: É o período de tempo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do Seguro, durante o qual o Segurado permanece no Seguro sem ter direito às coberturas contratadas, sem prejuízo do pagamento dos Prêmios do Seguro individual.

CONDIÇÕES CONTRATUAIS: Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais, da Apólice do Seguro.

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

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

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

CORRETOR DE SEGUROS: Profissional habilitado e autorizado a angariar e promover Contratos de Seguros, remunerado mediante comissões estabelecidas nas tarifas.

DECLARAÇÃO PESSOAL E SAÚDE: Documento formal integrante da Proposta de Contratação e/ou resultante da Tele-entrevista em que o proponente ou Segurado presta informações sobre as suas condições de saúde na data de contratação do

seguro. A Tele-entrevista é realizada por médicos e/ou enfermeiros especializados.

DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES: Doença acometida e de conhecimento do segurado em momento anterior à contratação do seguro e não declarada na Proposta de Contratação e/ou Tele-entrevista.

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

ENDOSSO DE REENQUADRAMENTO: Documento expedido pela Seguradora, anualmente, que demonstra os capitais segurados atualizados além do Prêmio do Seguro recalculado em função da atualização monetária e mudança da idade do Segurado.

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

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

HOSPITAL: Estabelecimento legalmente habilitado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior.

Não se entendem como estabelecimento hospitalar, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescença para idosos, ou ainda local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela Seguradora.

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

MÁ-FÉ: Agir de modo contrário à lei ou ao direito de forma proposital.

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

PERÍODO DE COBERTURA: Período em que o Segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados, em caso de sinistro coberto pelo Seguro.

PRÊMIO DO SEGURO: É o valor a ser pago à Seguradora em contraprestação às coberturas contratadas. Cada cobertura determinará a cobrança de um Prêmio correspondente.

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

PROPOSTA: documento que formaliza o interesse do proponente em contratar, alterar ou renovar o seguro, abrangendo, no caso de contratação ou renovação de apólices coletivas, tanto a proposta de contratação formalizada pelo estipulante, como as propostas de adesão dos segurados individuais.

REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES: É aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e

administração, apurados nesse mesmo período.

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

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

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

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

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

TELE-ENTREVISTA: Processo de avaliação para aceitação do risco do seguro de vida feita por intermédio de entrevistas telefônicas, realizadas por médicos e/ou enfermeiros especializados.

CLÁUSULA 3ª - COBERTURAS

3.1. O presente seguro divide-se em coberturas básica(s) e Adicionais conforme segue:

3.1.1. BÁSICA(S)

a. Básica – Morte

3.1.2. ADICIONAIS

- a. MA – Morte Acidental
- b. IPA – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente
- c. IPTA - Invalidez Permanente Total por Acidente;
- d. IFPD - Invalidez Permanente Funcional por Doença;
- e. ADPTINV - Adaptação Casa e/ou Veículo por Invalidez decorrente de acidente;
- f. DMHO – Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas por Acidente;
- g. DCF – Diagnóstico de Câncer Feminino;
- h. DCM – Diagnóstico de Câncer Masculino;
- i. DDG – Diagnóstico de Doenças Graves – Opção I;
- j. DDG – Diagnóstico de Doenças Graves – Opção II;
- k. DDG – Diagnóstico de Doenças Graves – Opção III;
- l. DDG – Diagnóstico de Doenças Graves – Opção IV;
- m. DDG – Diagnóstico de Doenças Graves – Opção V;
- n. DIH – Diária de Internação Hospitalar;
- o. DIH – UTI – Diária de Internação Hospitalar em Unidade Intensiva de Tratamento;

p. FF – Funeral Familiar.

3.1.2.1. A cobertura Adicional de IFPD - Invalidez Permanente Funcional por Doença, somete poderá ser contratada quando contratada a cobertura de IPA – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente ou IPTA - Invalidez Permanente Total por Acidente.

3.1.2.2. As coberturas Adicionais de IPA – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e IPTA - Invalidez Permanente Total por Acidente não se acumulam e podem ser contratadas de forma conjugada.

3.2. O proponente deverá informar na Proposta de Contratação quais as coberturas que pretende contratar, sendo a cobertura de Morte obrigatória, e as demais, facultativas.

3.3. As indenizações previstas para as coberturas conjugadas: Básica – Morte e Morte Acidental (MA), assim como, Diária de Internação Hospitalar e Diária de Internação Hospitalar em Unidade Intensiva de Tratamento, se acumulam e podem ser contratadas de forma conjugada, quando definido na Proposta de Contratação.

CLÁUSULA 4ª - RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a. Do uso de material nuclear para explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b. Atos ilícitos dolosos, culpa grave equiparável ao dolo, atos propositais, fraude, má-fé, ação ou omissão dolosa praticada pelo Segurado, Beneficiário ou Representante de um ou de outro; nos seguros contratados por pessoas jurídicas, esta exclusão aplica-se também aos sócios controladores, dirigentes, administradores legais, estipulantes, beneficiários e respectivos representantes;
- c. De atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, ato terrorista e suas decorrências ou outras perturbações da ordem pública, exceto se decorrentes da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- d. De furacões, ciclones, terremotos, maremotos e erupções vulcânicas;
- e. De doenças ou lesões preexistentes à contratação do Seguro e de conhecimento do Segurado, não declaradas na proposta de contratação ou na tele-entrevista para avaliação das condições de saúde do segurado;
- f. Da prática, por parte do Segurado, seu(s) beneficiário(s), ou do representante legal de um ou de outro, de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei;
- g. Suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Contrato de Seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;
- h. Epidemias, Endemias e Pandemias, declaradas por órgão competente;
- i. De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada;
- j. Ato terrorista, cabendo a Seguradora comprovar com toda a documentação hábil, acompanhada de laudo que caracterize a natureza do atentado, independente do seu propósito, desde que tenha sido devidamente reconhecido como atentado à ordem

pública por autoridade competente;

- k. Acidentes ocorridos com o Segurado, na condição de condutor do veículo ou operador de equipamento que requeira aptidão, no qual o mesmo não possua habilitação legal para tanto;
- l. Intoxicações alimentares, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, exceto quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico).
- m. Confisco, requisição, apreensão ou destruição de bens por ordem de autoridade de fato ou de direito;
- n. Atos reconhecidamente perigosos praticados voluntariamente pelo Segurado, sem motivação justificável, bem como prática de atos ilícitos ou contrários à lei;
- o. Furto simples, perdas, extravios, distrações ou esquecimentos, salvo disposição específica em contrário nas Condições Especiais;
- p. Lucros cessantes, paralisação de atividades ou perda de mercado, salvo se cobertos expressamente em cláusula específica.
- q. atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro, exceto quando o dolo do representante ocorrer em prejuízo do segurado ou do beneficiário;
- r. d. atos ilícitos dolosos praticados pelos sócios controladores do Estipulante, seus dirigentes e/ou administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes, exceto quando o dolo do representante ocorrer em prejuízo do segurado ou do beneficiário;
- s. e. valores relativos a multas e outras penalidades aplicadas em virtude de atos cometidos pessoalmente pelo segurado que caracterizem ilícito criminal.

4.2. Na hipótese de provocação dolosa do sinistro, o Segurado perderá o direito à indenização ou ao capital segurado, permanecendo a obrigação de quitar o prêmio devido, bem como de ressarcir as despesas incorridas pela Seguradora.

CLÁUSULA 5ª - CARÊNCIA

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

CLÁUSULA 6ª - FRANQUIA

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

CLÁUSULA 7ª - ÂMBITO GEOGRÁFICO

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

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

CLÁUSULA 8ª - DA ACEITAÇÃO DO PROPONENTE

- 8.1.** Somente poderão ser aceitas no seguro as pessoas que na data do preenchimento da Proposta de Contratação estejam em boas condições de saúde e tenham idade dentro dos limites estabelecidos na Proposta de Contratação. A adesão dos segurados à apólice coletiva será realizada mediante a assinatura, pelo proponente, da proposta de adesão e desta deverá constar cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais.
- 8.2.** A aceitação do proponente estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.
- 8.3.** A Seguradora terá um prazo de 25 (vinte e cinco) dias, contados da data do recebimento da Proposta de Contratação, para aceitar ou recusar a inclusão ou alteração do proponente no seguro. Caso a Seguradora não se pronuncie no prazo descrito, a proposta será considerada aceita.
- 8.3.1.** Para análise da Proposta de Contratação, a Seguradora poderá exigir, por uma única vez, a apresentação de documentos complementares e/ou outras informações que julgar necessárias.
- 8.3.2.** Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise do risco, na forma do disposto no item 8.3.1, o prazo de 25 (vinte e cinco) dias previsto no item 8.4 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora destas informações adicionais.
- 8.4.** A não aceitação da Proposta de Contratação, por parte da Seguradora, bem como a justificativa da recusa, será comunicada por escrito ao Proponente e implicará na devolução integral de qualquer pagamento de Prêmio eventualmente efetuado no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, contados da data da formalização da recusa, deduzido do valor "por rata temporis" a parcela correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, atualizados da data do pagamento pelo Proponente até a data da efetiva restituição, pelo índice estabelecido no item 13 destas Condições Gerais, conforme legislação vigente.
- 8.5.** Nos contratos de Seguro cuja Proposta de Contratação tenha sido recepcionada com adiantamento de prêmio, o Proponente terá cobertura entre a data do recebimento da Proposta até a data da formalização da recusa.
- 8.6.** A aceitação do Proponente se fará mediante aplicação de questionário para avaliação das condições de saúde e atividade do proponente, e ainda, quando a Seguradora julgar necessário, informações financeiras e relatório médico e/ou exames complementares, observadas as especificações dos itens 8.3.1 e 8.3.2.
- 8.7.** A aplicação do(s) questionário(s) será realizada por meio de tele entrevista ou preenchimento de formulários da Seguradora.
- 8.8.** A alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado.

CLÁUSULA 9ª - INÍCIO DE VIGÊNCIA

- 9.1.** A apólice vigorará por 60 (sessenta) meses e poderá ser renovada, automaticamente,

uma única vez, salvo se a Seguradora ou o Segurado, manifestar-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

- 9.2.** Na renovação do seguro não haverá necessidade de nova avaliação das condições de saúde e atividade do proponente para permanência no seguro.
- 9.3.** A cada renovação será enviada uma nova apólice ao segurado.
- 9.4.** O início e término de vigência de cada Segurado dar-se-ão às 24 (vinte e quatro) horas das datas definidas na Apólice.
- 9.5.** O início de vigência é o dia da recepção da proposta pela Seguradora, ou outra data posterior, se solicitado pelo proponente, condicionado à realização da tele-entrevista com o Proponente e sujeita a aceitação do risco pela Seguradora.

CLÁUSULA 10ª - BENEFICIÁRIOS

- 10.1.** O Segurado poderá indicar livremente seus Beneficiários, ressalvadas as restrições legais.
- 10.2.** O Segurado poderá a qualquer tempo, alterar a indicação de beneficiários mediante manifestação por escrito à Seguradora.
 - 10.2.1.** Em caso de sinistro, será considerada a última alteração de beneficiários de que a Seguradora tenha conhecimento.
- 10.3.** Não havendo Beneficiário indicado na ocasião do falecimento do Segurado Principal, o Capital Segurado será pago de acordo com a legislação vigente.
- 10.4.** No caso das coberturas de Invalidez Permanente por Acidente, Diagnóstico de Câncer Feminino, Diagnóstico de Câncer Masculino, Doenças Graves, Diária de Internação Hospitalar, Diária de Internação Hospitalar em UTI e Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas por Acidente, previstas nestas Condições Gerais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado Principal.

CLÁUSULA 11ª - CAPITAL SEGURADO

- 11.1.** O valor limite do capital segurado para cada cobertura contratada será estabelecido na Apólice do Seguro e será caracterizado de acordo com as Condições Especiais do Seguro.
- 11.2.** O capital segurado e o prêmio serão atualizados anualmente conforme previsto no item Atualização do Capital Segurados e Prêmios.
- 11.3.** O segurado poderá, a qualquer tempo, solicitar alteração do valor do capital segurado, por meio de nova Proposta de Contratação, ficando a critério da Seguradora sua aceitação.

CLÁUSULA 12ª - PRÊMIO DO SEGURO

- 12.1.** A forma de pagamento do Seguro poderá ser mensal ou anual e cada pagamento corresponderá ao respectivo período de cobertura.
- 12.2.** Qualquer indenização somente passa a ser devida após o pagamento do prêmio correspondente ao período de cobertura, no máximo até a data limite prevista para esse fim.

- 12.2.1.** Caso a data limite para o pagamento caia em dia em que não haja expediente bancário, o seguro poderá ser pago no primeiro dia subsequente em que haja referido expediente.
- 12.2.2.** O recolhimento do Prêmio do Seguro poderá ser realizado por meio de boleto bancário, débito em conta ou fatura de cartão de crédito, de acordo com a forma de cobrança prevista na Proposta de Contratação.
- 12.2.3.** A data limite para pagamento do Prêmio do Seguro não poderá ultrapassar o dia especificado na Apólice de Seguro.
- 12.3.** Este Seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate do Prêmio do Seguro.
- 12.4.** No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer uma das partes e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá o Prêmio do Seguro recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

CLÁUSULA 13ª - ATRASO NO PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 13.1.** Decorridos os prazos para quitação do respectivo prêmio, o contrato de seguro será cancelado automaticamente, observadas as condições a seguir:
- 13.1.1.** A falta do pagamento da primeira parcela da apólice ou da parcela única até a data limite para pagamento implicará no cancelamento do seguro desde o início de vigência, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial e a perda de direito de qualquer cobertura securitária prevista no contrato, independentemente do momento em que ocorra o sinistro.
- 13.1.2.** A falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira no prazo estabelecido em Contrato, acarretará na cobrança da(s) parcela(s) do prêmio devido acrescido de multa e juros de mora ao dia conforme permitido em lei de acordo com o subitem 13.1.4. esta situação não acarretará na suspensão das coberturas, permanecendo o direito dos Segurados ou seus beneficiários ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro coberto, ocorrido durante o período de cobertura.
- 13.1.3.** Será adotado o prazo de Tolerância de 90 (noventa) dias, durante o qual a falta de pagamento do Prêmio não ensejará o imediato cancelamento do seguro.
- 13.1.4.** O pagamento dos prêmios devidos nessas circunstâncias, será acrescido de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 0,11% (zero virgula onze por cento) ao dia.
- 13.1.5.** Em se mantendo a inadimplência por período superior a 90 (noventa) dias contados a partir da data do primeiro vencimento da primeira fatura em aberto, a apólice será cancelada.
- 13.1.6.** Não será considerando para fins de contagem de prazo, data de vencimento que sejam prorrogadas, sempre será considerada para contagem do prazo citado no subitem

a. a data do primeiro vencimento gerado para parcela em atraso.

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

13.1.8. A seguradora enviará comunicado, através de correspondência ao segurado, advertindo quanto à necessidade de quitação das parcelas do prêmio em atraso, sob pena de cancelamento do contrato em 90 (noventa) dias após a notificação da seguradora, que será efetuado ainda que o segurado ou corretor, conforme o caso alegue o não recebimento da citada correspondência, que funciona apenas como um aviso de cancelamento.

13.1.9. O prazo limite para o pagamento do prêmio é a data de vencimento estipulada no documento de cobrança. Se esta data limite cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente em que houver expediente.

13.2. Nos seguros sobre a vida e a integridade física estruturados com reserva matemática, o não pagamento de qualquer parcela do prêmio que não seja a primeira implicará, conforme a escolha do Segurado ou de seus beneficiários, feita dentro de 30 (trinta) dias contados da notificação de inadimplemento:

a. na redução proporcional da garantia; ou

b. na devolução da reserva matemática constituída.

13.3. Se houver relevante redução do risco, o valor do prêmio será proporcionalmente reduzido, ressalvado, na mesma proporção, o direito da seguradora ao ressarcimento das despesas realizadas com a contratação.

13.4. Na hipótese de extinção total do interesse segurado, o contrato será resolvido, com a devolução proporcional do prêmio, ressalvadas, na mesma proporção, as despesas realizadas com a contratação.

13.5. Em caso de nulidade ou ineficácia do contrato de seguro, o segurado ou o tomador fará jus à devolução do prêmio, deduzidas as despesas realizadas, salvo se provada a ocorrência de má-fé.

13.6. Configurada a falta de pagamento (mora) da primeira parcela do prêmio ou da parcela única, o contrato será revogado de pleno direito, salvo convenção, uso ou costume em contrário.

13.7. A Seguradora enviará notificação prévia ao Segurado por meio idôneo que comprove o recebimento, alertando sobre a necessidade de quitação das parcelas em atraso, concedendo-lhe prazo não inferior a 15 (quinze) dias para a purgação da mora, contado do recebimento da notificação.

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

13.9. Por se tratar de seguro com vigência definida, o pagamento de uma parcela não

quita nem dá direito ao segurado à cobertura do seguro, se ainda houver alguma parcela anterior em aberto.

13.10. O segurado obriga-se a comunicar à seguradora eventual mudança de endereço, de modo que está possa manter o seu cadastro permanentemente atualizado. O descumprimento desta obrigação desobrigará a seguradora da expedição da correspondência de aviso de cancelamento.

13.11. Servirão como comprovante de pagamento de prêmios: o recibo de pagamento, o comprovante do débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado, ou ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento. Para as demais formas de pagamento acordadas entre estipulante e seguradora, os comprovantes serão aqueles definidos no contrato.

13.12. O não pagamento do prêmio até a data de vencimento correspondente, implicará na aplicação de juros de mora a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica e conforme estabelecido na cláusula MULTA E MORA da presente Condições Gerais.

CLÁUSULA 14ª - ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIOS

14.1. O valor do Capital Segurado e dos Prêmios do Seguro serão corrigidos anualmente com base na variação positiva do IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou caso este seja extinto, pela variação positiva do INPC/IBGE com base na última publicação oficial e abrangendo o índice acumulado nos últimos 12 (doze) meses, verificado 2 (dois) meses anteriores ao mês de aniversário anual do seguro conforme exemplo a seguir:

- Início de vigência: mês de março/2021
- Mês da atualização monetária: mês de março/2022
- IPCA acumulado (12 meses) do período de 01 de janeiro/2021 a 31 de dezembro/2022

14.2. A atualização de valores relativos a prêmios/contribuições e Capital Segurado/Benefício observará a legislação específica vigente.

CLÁUSULA 15ª - REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

15.1. Além da atualização monetária do prêmio do seguro em função da atualização do capital segurado prevista no item 14, este seguro prevê o reenquadramento anual do prêmio por mudança da idade do segurado.

15.2. A nova taxa do seguro será aplicada juntamente com a atualização do capital segurado.

15.3. Os percentuais de reajuste serão aplicados de acordo com o critério estabelecido nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

CLÁUSULA 16ª - PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

16.1. Ao tomar ciência do sinistro ou da iminência de seu acontecimento, com o objetivo de evitar prejuízos à seguradora, o segurado e/ou o beneficiário deve:

- I. tomar as providências necessárias e úteis para evitar ou minorar seus efeitos, tais como, dentre outros: isolar a área, acionar o Corpo de Bombeiros ou Polícia, conter vazamentos ou danos contínuos, desde que não comprometa a preservação da cena do evento;
- II. Comunicar prontamente o sinistro à seguradora por meio idôneo — como canal oficial de aviso via portal, central de atendimento, e-mail institucional ou outro meio válido descrito na apólice —, seguindo as orientações da seguradora para a contenção ou salvamento;
- III. prestar todas as informações de que disponha sobre o sinistro, suas causas e consequências, sempre que questionado a respeito pela seguradora.

16.1.1. O descumprimento doloso/intencional dos deveres previstos nesta cláusula implica a perda do direito à indenização ou ao capital pactuado, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

16.1.2. O descumprimento culposos dos deveres previstos nesta cláusula implica a perda do direito à indenização do valor equivalente aos danos decorrentes da omissão.

16.2. É vedado ao segurado e ao beneficiário promover modificações no local do sinistro, bem como destruir ou alterar elementos relacionados ao sinistro.

16.2.1. O descumprimento culposos do dever previsto nesta cláusula implica obrigação de suportar eventuais despesas adicionais incorridas para a regulação e a liquidação do sinistro.

16.2.2. O descumprimento doloso do dever previsto nesta cláusula exonera a seguradora do dever de indenizar ou pagar o capital segurado.

16.3. A provocação dolosa de sinistro determina a perda total do direito à indenização ou ao capital segurado, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela seguradora.

16.3.1. Sucede a mesma consequência prevista nesta cláusula quando o segurado ou o beneficiário tiver prévia ciência da prática delituosa e não tentar evitá-la.

16.3.2. Nos seguros sobre a vida e a integridade física, o capital segurado, ou a reserva matemática devida, será pago ao segurado ou a seus herdeiros quando o sinistro for dolosamente provocado pelo beneficiário.

16.3.3. A fraude cometida por ocasião da reclamação de sinistro leva à perda do direito à garantia, liberando a seguradora do dever de prestar o capital segurado ou a indenização.

16.4. Ocorrendo o Sinistro, desde que o seguro não esteja cancelado, a cobertura suspensa ou o evento previsto como Risco Excluído, este deverá ser comunicado imediatamente à SEGURADORA por qualquer meio disponível, podendo ser central de atendimento, ou portal de autoatendimento.

16.5. Em seguida deverá ser encaminhada a documentação necessária relacionada nas Condições Especiais de acordo com a cobertura do seguro, juntamente com o formulário Aviso de Sinistro, totalmente preenchido e assinado pelo Segurado e/ou Beneficiário. Esses documentos são imprescindíveis para análise do Sinistro, sem

prejuízo de outros que se façam necessários, caso haja dúvida fundada e justificável, dada a especificidade do caso concreto e que poderão ser solicitados pela SEGURADORA.

- 16.6.** A seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para proceder à regulação do sinistro e manifestar sobre a cobertura a partir da data de apresentação da reclamação ou do aviso de sinistro pelo interessado, acompanhados de todos os documentos necessários à decisão a respeito da existência de cobertura, arrolados no item "Documentos para Regulação dos Sinistros".
- 16.7.** A seguradora ou o regulador do sinistro poderão solicitar documentos complementares, de forma justificada, ao interessado.
- 16.8.** Solicitados documentos complementares dentro do prazo de 30 (trinta) dias estabelecido nessa cláusula, o prazo para a manifestação sobre a cobertura suspende-se por no máximo 1 (uma) vez, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for atendida a solicitação.
- 16.9.** Na hipótese do não cumprimento do prazo estabelecido nos itens 16.3 e 16.3.1., a Seguradora pagará multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 3,5% (três e meio por cento) ao mês, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, além da atualização monetária pela variação positiva do índice IPCA-IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou caso este seja extinto, pela variação positiva do índice INPC/IBGE, apurada entre o último índice publicado antes da data do evento do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.
- 16.10.** O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.
- 16.11.** Nos seguros de pessoas que tenham por objeto a cobertura para o caso de morte ou de invalidez por doença, poderá ser estabelecido prazo de carência contratual, durante o qual a Seguradora não assumirá a responsabilidade pela ocorrência do sinistro.
- 16.12.** Na hipótese de ocorrência do sinistro durante o período de carência, legal ou contratual, a Seguradora obriga-se a restituir ao Segurado ou ao Beneficiário, conforme o caso, o valor total dos prêmios pagos até a data do evento, ou a reserva matemática constituída, se houver.
- 16.13.** Junta Médica
- 16.13.1** No caso de divergências sobre a causa, natureza, diagnóstico ou extensão das lesões ou da doença, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.
- 16.13.2** A fraude cometida por ocasião da reclamação de sinistro leva à perda do direito à garantia, liberando a seguradora do dever de prestar o capital segurado ou a indenização.
- 16.13.3** A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado

pela Seguradora, outro pelo segurado e, um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

16.14. Perícia da Seguradora

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

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

16.14.3 Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento da Indenização, cancelará o respectivo contrato de seguro e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e Indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e penais cabíveis.

CLÁUSULA 17ª - CESSAÇÃO DA COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO

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

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

17.2. Além das hipóteses já elencadas, as coberturas de Diagnóstico de Câncer Feminino, Diagnóstico de Câncer Masculino, Doenças Graves, Diária de Internação Hospitalar e Diária de Internação Hospitalar em Unidade Intensiva de Tratamento quando contratadas, cessarão quando o segurado completar 71 (setenta e um) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o segurado com os direitos preservados até o final de vigência da apólice.

CLÁUSULA 18ª - PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO

18.1. Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente seguro, caso haja por parte do Segurado:

- a. inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;
- b. fraude ou tentativa de fraude comprovada simulando sinistro ou agravando suas consequências;
- c. dolo, fraude, simulação ou culpa grave para obter ou majorar a indenização;
- d. inobservância do artigo 768 do Código Civil, que dispõe que o Segurado perderá o direito à cobertura do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato;
- e. não fornecimento da documentação solicitada.

18.2. Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de prêmio, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades.

18.3. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações mencionadas na alínea "a" do subitem não resultar de má-fé do Segurado, a sociedade Seguradora poderá:

I. na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

II. na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

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

III. na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o Seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

18.4. Ainda que se verificado agravamento relevante do risco contratado durante a vigência da apólice, a Seguradora não poderá cancelar o contrato ou recusar a cobertura em razão desse agravamento.

18.5. Nessa hipótese, a Seguradora poderá apenas exigir o pagamento da diferença de prêmio correspondente ao novo nível de risco, a ser calculada de forma proporcional e justificada, respeitando os critérios técnicos atuariais e normativos aplicáveis.

18.6. A Seguradora, desde que o faça nos 20 (vinte) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

- a. Se, em consequência do relevante agravamento do risco, o aumento do prêmio for superior a 10% (dez por cento) do valor originalmente pactuado, o segurado poderá recusar a modificação no contrato, resolvendo-o no prazo de 15 (quinze) dias, contado da ciência da alteração no prêmio, com eficácia desde o momento em que o estado de risco foi agravado.

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

CLÁUSULA 19ª - MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

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

CLÁUSULA 20ª - PRESCRIÇÃO

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

CLÁUSULA 21ª - DISPOSIÇÕES FINAIS

21.1. A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco;

21.2. Somente mediante entrega de proposta de contratação, preenchida e assinada pelo Segurado, por seu representante legal, ou corretor de seguros habilitado, o presente seguro poderá ser contratado, alterado, prorrogado ou renovado;

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

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

21.5. Mediante a contratação deste seguro, somente serão consideradas como coberturas contratadas aquelas expressamente ratificadas na apólice, tornando-se nulas e sem efeitos quaisquer outras a seguir descritas.

21.6. Para as situações não previstas nestas Condições Contratuais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil;

21.7. Mediante a contratação deste seguro, o Segurado aceita as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições.

CLÁUSULA 22ª - FORO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE (M)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

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

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

CLÁUSULA 2ª - RISCOS EXCLUÍDOS

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

CLÁUSULA 3ª - CAPITAIS SEGURADOS

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

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

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

CLÁUSULA 4ª - REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

Anualmente, a cada aniversário da apólice ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade do segurado, observados os critérios indicados na tabela a seguir.

Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura Básica de Morte, de acordo com o gênero do segurado.

Ajuste Anual			Ajuste Anual			Ajuste Anual			Ajuste Anual		
Idade	Homem	Mulher	Idade	Homem	Mulher	Idade	Homem	Mulher	Idade	Homem	Mulher
14	0	0,00%	39	8,54%	6,58%	64	9,76%	10,24%	89	8,71%	11,69%
15	2,66%	7,93%	40	10,30%	7,41%	65	10,35%	10,21%	90	8,46%	11,12%
16	2,82%	7,34%	41	11,75%	8,05%	66	10,82%	10,05%	91	8,19%	10,45%
17	2,75%	7,37%	42	12,77%	8,66%	67	11,21%	9,84%	92	7,92%	9,75%
18	3,12%	7,35%	43	13,41%	9,23%	68	11,48%	9,69%	93	7,64%	9,03%
19	3,67%	6,85%	44	13,58%	9,48%	69	11,54%	9,83%	94	7,37%	8,33%
20	3,96%	6,84%	45	13,25%	9,82%	70	11,46%	10,24%	95	7,10%	7,66%
21	4,01%	6,00%	46	12,67%	10,22%	71	11,26%	10,79%	96	6,84%	7,01%
22	4,43%	6,04%	47	12,01%	10,24%	72	10,99%	11,41%	97	6,59%	6,39%
23	4,43%	6,05%	48	11,26%	10,52%	73	10,69%	11,99%	98	6,63%	6,18%
24	4,59%	5,37%	49	10,61%	10,47%	74	10,49%	12,41%	99	6,87%	6,30%
25	4,05%	5,41%	50	10,03%	10,41%	75	10,37%	12,65%	100	7,28%	6,68%
26	3,73%	4,83%	51	9,52%	10,21%	76	10,30%	12,76%	101	7,79%	7,23%
27	3,13%	4,32%	52	9,06%	9,97%	77	10,27%	12,74%	102	8,36%	7,91%
28	2,43%	3,87%	53	8,61%	9,82%	78	10,23%	12,67%	103	8,94%	8,65%

Ajuste Anual			Ajuste Anual			Ajuste Anual			Ajuste Anual		
Idade	Homem	Mulher	Idade	Homem	Mulher	Idade	Homem	Mulher	Idade	Homem	Mulher
29	1,78%	3,46%	54	8,21%	9,62%	79	10,18%	12,65%	104	9,51%	9,39%
30	1,02%	3,34%	55	7,88%	9,49%	80	10,10%	12,67%	105	10,02%	10,10%
31	0,72%	2,99%	56	7,54%	9,44%	81	10,00%	12,69%	106	10,46%	10,72%
32	0,14%	2,66%	57	7,22%	9,41%	82	9,89%	12,69%	107	10,83%	11,25%
33	0,14%	2,59%	58	6,98%	9,38%	83	9,76%	12,67%	108	11,11%	11,67%
34	0,14%	2,98%	59	7,06%	9,48%	84	9,61%	12,62%	109	11,31%	11,98%
35	0,28%	3,12%	60	7,35%	9,65%	85	9,45%	12,55%	110	11,42%	12,18%
36	2,13%	3,89%	61	7,86%	9,81%	86	9,28%	12,44%	111	11,47%	12,28%
37	4,17%	4,78%	62	8,47%	10,04%	87	9,11%	12,31%	112	11,46%	12,30%
38	6,28%	5,56%	63	9,14%	10,20%	88	8,93%	12,11%	113	11,40%	12,25%

CLÁUSULA 5ª - OCORRÊNCIA DO SINISTRO

Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 16. (Procedimentos em caso de Sinistro) das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

I. Cópia Simples

- Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência no mês do evento do Segurado e do beneficiário;
- Exame(s) de diagnóstico de doença que causou o Óbito se houver;
- Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

II. Cópia Autenticada

- Certidão de Óbito;
- Certidão de Nascimento e/ou Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito, ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência;
- Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito.

III. Original

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

CLÁUSULA 6ª - RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE DE MORTE ACIDENTAL (MA)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

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

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

CLÁUSULA 2ª - RISCOS EXCLUÍDOS

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

CLÁUSULA 3ª - CAPITAIS SEGURADOS

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

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

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

CLÁUSULA 4ª - REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

O reajuste de taxa em função da mudança da idade não se aplica para a cobertura de Morte Acidental.

CLÁUSULA 5ª - OCORRÊNCIA DO SINISTRO

Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 16. (Procedimentos em caso de Sinistro) das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

I. Cópia Simples

- a. Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência no mês do evento do Segurado e do beneficiário;
- b. Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- c. Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

II. Cópia Autenticada

- a. Certidão de Óbito;
- b. Certidão de Nascimento e/ou Certidão de Casamento atualizada com averbação do

- Óbito, ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência;
- c. Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial;
 - d. Laudo de Exame Cadavérico (IML);
 - e. Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico (IML);
 - f. Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
 - g. Termo de reconhecimento do cadáver – nos casos em que houver necessidade de reconhecimento da vítima.

CLÁUSULA 6ª - RATIFICAÇÃO

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

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

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

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

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

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

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.

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

(cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	% SOBRE 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 de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total incurável	100

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL - DIVERSAS	% SOBRE 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 no maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento torácico-lombo-sacro da coluna vertebral	25

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL – MEMBROS SUPERIORES	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Perda total do uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não-consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não-consolidada de um dos segmentos 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 do uso 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 do polegar: pagamento equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	---

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL – MEMBROS INFERIORES	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não-consolidada de um fêmur	50
Fratura não-consolidada de um dos segmentos tibioperoneiros (perna)	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 e 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 1º dedo: pagamento equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do valor 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 menos de 3 (três) centímetros	6 sem pagamento
--	--------------------

CLÁUSULA 2ª - RISCOS EXCLUÍDOS

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

CLÁUSULA 3ª - CAPITAIS SEGURADOS

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

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

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

CLÁUSULA 4ª - REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

O reajuste de taxa em função da mudança da idade não se aplica para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

CLÁUSULA 5ª - OCORRÊNCIA DO SINISTRO

Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 16. (Procedimentos em caso de Sinistro) das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

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

I. Cópia Simples

- a. Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência no mês do evento do Segurado e do beneficiário;
- b. Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- c. Exames realizados pelo Segurado que comprove o diagnóstico;
- d. Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

II. Cópia Autenticada

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

III. Documento Original

- a. Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo

de invalidez

CLÁUSULA 6ª - RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

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

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

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

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

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

O Capital será escolhido pelo Estipulante e estará especificado na Apólice e/ou Contrato e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa na Apólice/Certificado Individual de Seguro.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada "data do evento coberto" a data do Acidente sofrido pelo segurado.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a. as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- b. as perturbações e intoxicações alimentares, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

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

CLÁUSULA 5ª - ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

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

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

CLÁUSULA 6ª - CRITÉRIOS DE CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

No caso de Invalidez Permanente Total por Acidental, após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a sociedade seguradora a seguradora pagará o capital segurado em decorrência dos eventos a seguir:

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

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).

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

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

CLÁUSULA 7ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada,

telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

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

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

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

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s) e relatório do médico assistente, detalhando a natureza da lesão, data da invalidez e o respectivo grau definitivo da invalidez;
- b. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- c. Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- d. Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- e. Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver;
- f. Radiografias, Ultrassons, entre outros e resultados de exames realizados;

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

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

CLÁUSULA 8ª - JUNTA MÉDICA

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

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

CLÁUSULA 9ª - CANCELAMENTO DA COBERTURA

O certificado individual será cancelado após o pagamento de indenização referente à

cobertura de invalidez total, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.

CLÁUSULA 10ª - RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento da antecipação total do capital segurado da Cobertura Básica de Morte, caso o Segurado venha a tornar-se, durante a vigência da cobertura, totalmente inválido, em caráter permanente, em decorrência de doença que cause a perda da sua existência independente, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, quando da alta médica definitiva, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais condições contratuais.

CLÁUSULA 2ª - DEFINIÇÕES

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

Agravo Mórbido: piora de uma doença.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dados Antropométricos: peso e altura do indivíduo.

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.

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

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

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

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

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

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

Etiologia: causa de cada doença.

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

Hígido: Saudável

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA 3ª - RISCOS COBERTOS

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

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

- a. Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de "cardiopatia grave";
- b. Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- c. Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- d. Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença.
- e. Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares, que

acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou no sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;

- f. Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g. Deficiências visuais, decorrentes de doença:
 - g1. Cegueira, na qual a acuidade visual é menor ou igual a 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - g2. Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,05 e 0,3 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - g3. Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for menor ou igual a 60°; ou
 - g4. Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h. Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;
- i. Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
 - i1. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - i2. Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - i3. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF, anexo a esta Condição Especial, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

O IAIF é composto por dois documentos:

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

- b. O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.

b1. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

CLÁUSULA 4ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, consideram-se também como riscos excluídos, ainda que resultando em quadro clínico de incapacidade que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:

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

CLÁUSULA 5ª - CAPITAL SEGURADO

O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item "Capital Segurado" das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela Seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta garantia de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, conforme definido nas condições contratuais acordadas entre o estipulante e a Seguradora.

Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da invalidez funcional permanente e total indicada na declaração médica.

Caracterizado o sinistro, o capital segurado será pago em uma única parcela.

CLÁUSULA 6ª - REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

Anualmente, a cada aniversário da apólice ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade do segurado, observados os critérios indicados na tabela a seguir.

Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a Cobertura Invalidez Funcional Permanente e Total Por Doença.

Ajuste Anual		Ajuste Anual		Ajuste Anual		Ajuste Anual	
Idade	%	Idade	%	Idade	%	Idade	%
14	0,00%	39	9,53%	64	13,77%	89	13,86%
15	0,10%	40	9,92%	65	13,82%	90	3,00%
16	0,10%	41	10,31%	66	13,80%	91	3,00%
17	0,10%	42	10,85%	67	13,82%	92	3,00%
18	0,10%	43	11,14%	68	13,83%	93	3,00%
19	0,10%	44	11,65%	69	13,83%	94	3,00%
20	0,10%	45	11,77%	70	13,84%	95	3,00%

21	0,10%	46	12,16%	71	13,85%	96	3,00%
22	0,46%	47	12,39%	72	13,85%	97	3,00%
23	0,91%	48	12,58%	73	13,85%	98	3,00%
24	1,35%	49	12,70%	74	13,85%	99	3,00%
25	1,78%	50	12,97%	75	13,85%	100	3,00%
26	1,75%	51	13,04%	76	13,86%	101	3,00%
27	2,58%	52	13,18%	77	18,15%	102	3,00%
28	2,93%	53	13,29%	78	9,72%	103	3,00%
29	3,66%	54	13,56%	79	13,86%	104	3,00%
30	3,92%	55	13,25%	80	13,86%	105	3,00%
31	4,91%	56	13,54%	81	13,86%	106	3,00%
32	5,40%	57	13,57%	82	13,86%	107	3,00%
33	5,80%	58	13,63%	83	13,86%	108	3,00%
34	6,77%	59	13,66%	84	13,80%	109	3,00%
35	6,95%	60	13,69%	85	13,91%	110	3,00%
36	7,91%	61	13,72%	86	13,86%	111	3,00%
37	8,38%	62	13,74%	87	13,86%	112	3,00%
38	8,94%	63	13,77%	88	13,86%	113	3,00%

CLÁUSULA 7ª - CARÊNCIA

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

A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a Seguradora e na apólice do seguro.

CLÁUSULA 8ª - CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

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

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

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

CLÁUSULA 9ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

- Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado;
- Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF do Segurado;
- Cópia do comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao Segurado;
- Cópia da carteira de trabalho (CPTS) do Segurado;

- e. Declaração médica indicando a data da invalidez funcional permanente e total por doença, bem como informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante definido no item 3. Riscos Cobertos, destas Condições Especiais;
- f. Relatório médico assistente do Segurado, indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi oficialmente diagnosticada; e detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado, bem como informando os respectivos CIDs associados ao estado de incapacidade;
- g. Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos, imagens e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;
- h. Autorização de Crédito (formulário fornecido pela Seguradora após a análise dos documentos pertinentes ao sinistro).

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

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

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

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

CLÁUSULA 10ª - DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

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

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

CLÁUSULA 11ª - JUNTA MÉDICA

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

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.

CLÁUSULA 12ª - RATIFICAÇÃO

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

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

1º DOCUMENTO - TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
Relações do Segurado com o cotidiano	1º grau: O Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	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 relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º grau: O Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20
ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
Condições clínicas e estruturais do Segurado	1º grau: O Segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e/ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais	0
	2º grau: O Segurado apresenta disfunção(ões) e/ou insuficiência(s)	10

	comprovada(s) como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	
	3º grau: O Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e/ou técnico	20

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
Conectividade do Segurado com a vida	1º grau: O Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a auto suficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	0
	2º grau: O Segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10
	3º grau: O Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias	20

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

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

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A idade do Segurado interfere na análise da morbidade do caso e/ou há IMC – Índice de Massa Corporal superior a 40.	2
Há risco de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	2
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	4
Existem mais de dois fatores de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	4

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DO AUXÍLIO ADAPTAÇÃO CASA E/OU VEÍCULO POR INVALIDEZ DECORRENTE DE ACIDENTE (ADPTINV-AC)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma indenização para a adequação da residência habitual do segurado ou em seu veículo particular, até o valor do capital segurado contratado para esta garantia, caso o segurado titular tenha uma invalidez permanente total ou parcial acidente, em consequência exclusiva de acidente pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula e as demais cláusulas destas Condições Gerais e da Proposta de Contratação.

CLÁUSULA 2ª - DEFINIÇÃO

Para fins de esclarecimento e entendimento desta cobertura aplicam-se as seguintes definições:

Acidente Pessoal: para fins desta Cláusula prevalece o conceito indicado no item

“Definições” das Condições Gerais deste seguro.

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente: para fins desta Cláusula é a perda, redução ou impotência funcional definitiva, parcial ou total, de um dos membros ou órgãos previstos na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente, prevista no item 6 desta Clausula, em virtude de lesões físicas exclusivamente decorrentes de Acidente Pessoal coberto, desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

A Indenização será paga aplicando-se os percentuais de perda funcional constatados, para o órgão/membro lesado, sobre as percentagens do grau de invalidez previstas para referido órgão/membro na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em Caso de Invalidez Permanente parcial ou total por Acidente e ainda aplicados sobre o

Capital Segurado vigente na data do acidente.

Perdas e/ou reduções não previstas na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em Caso de Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente, serão calculadas tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão. Sendo possível constatar apenas o grau da perda e/ou redução (máximo, médio e mínimo), a Indenização será calculada, respectivamente, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento) do Capital Segurado contratado.

Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a Indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Cláusula. Havendo 2 (duas) ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder o percentual de Indenização prevista para a perda total do referido membro ou órgão.

A invalidez de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a Indenização total.

Na hipótese de ocorrência de um acidente que provoque incapacidade definitiva do mesmo membro ou órgão já defeituoso, parcial ou total, o percentual correspondente à incapacidade anterior ao acidente será deduzido da indenização.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cláusula, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a. uso de material nuclear para testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b. atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c. acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
- d. suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
- e. do início de vigência individual do seguro; ou
- f. da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- g. atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;

- h. tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos e erupções vulcânicas;
- i. epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população, assim declaradas por órgão competente;
- j. perturbações e intoxicações alimentares;
- k. prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- l. eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- m. eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- n. Acidente Vascular Cerebral;
- o. eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- p. todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
- q. perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto;
- r. as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER - DORT - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências 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.

CLÁUSULA 4ª - CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado para esta Cláusula será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente pessoal coberto, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

CLÁUSULA 5ª - REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado relativo a esta Cláusula será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional

CLÁUSULA 6ª - TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	% SOBRE 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 de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total incurável	100
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL - DIVERSAS	% SOBRE 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 no maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento torácico-lombo-sacro da coluna vertebral	25
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL – MEMBROS SUPERIORES	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Perda total do uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não-consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não-consolidada de um dos segmentos 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 do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange; excluídas as do polegar: pagamento equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	---
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL – MEMBROS INFERIORES	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não-consolidada de um fêmur	50
Fratura não-consolidada de um dos segmentos tibioperoneiros (perna)	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 e 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 1º dedo: pagamento equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do valor do respectivo dedo.	---
Encurtamento de um dos membros inferiores:	15
de 5 (cinco) centímetros ou mais	10
de 4 (quatro) centímetros de 3 (três) centímetros	06
de 3 (três) centímetros	sem pagamento
menos de 3 (três) centímetros	

CLÁUSULA 7ª - INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

A cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cláusula for contratada após entrada em vigor da Apólice e enquanto se mantiver vigente.

CLÁUSULA 8ª - CESSAÇÃO DE COBERTURA

Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 17 e 18 das Condições Gerais.

CLÁUSULA 9ª - ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em território nacional, salvo Disposições Contratuais em contrário.

CLÁUSULA 10ª - PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item Procedimentos em caso de sinistro, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário "Aviso de Sinistro", devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico que atendeu o Segurado por ocasião do acidente, com indicação da especialidade e CRM;
- formulário "Autorização para Crédito de Indenização", devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- cópias do RG. (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;

- radiografia e resultados de exames realizados;
- cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia do Certificado Individual do Seguro;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

CLÁUSULA 11ª - RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DIAGNÓSTICO DE CÂNCER – FEMININO)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

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

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

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

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

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

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

A cobertura de Diagnóstico de Câncer Feminino cessará quando o segurado completar 71 (setenta e um) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o segurado com os direitos preservados até o final de vigência da apólice.

CLÁUSULA 2ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos definidos no item 4. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura de Diagnóstico de Câncer

Feminino os eventos decorrentes de:

- a. Tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
- b. Cânceres não invasivos (in situ) das mamas;
- c. Carcinoma micro-invasivo do útero ou do colo do útero;
- d. Tumor maligno na presença de vírus da imunodeficiência humana;
- e. Câncer existente antes do início de vigência da cobertura individual e que não tenha sido declarado na proposta de contratação ou tele-entrevista;
- f. Neoplasia benigna

CLÁUSULA 3ª - CAPITAIS SEGURADOS

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

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

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

CLÁUSULA 4ª - CARÊNCIA

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

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

CLÁUSULA 5ª - FRANQUIA

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

CLÁUSULA 6ª - REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

Anualmente, a cada aniversário da apólice ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir:

Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura Diagnóstico de Câncer Feminino.

Idade	Variação	Idade	Variação
14	0,0000%	43	8,2209%
15	36,2074%	44	7,5964%
16	26,5826%	45	6,0159%
17	21,0002%	46	5,6745%
18	17,3555%	47	5,3698%
19	14,7888%	48	5,0961%
20	16,3557%	49	4,8490%
21	14,0567%	50	3,1672%

22	12,3243%	51	3,0700%
23	10,9721%	52	2,9785%
24	9,8872%	53	2,8924%
25	24,6686%	54	2,8111%
26	19,7873%	55	1,5668%
27	16,5187%	56	1,5426%
28	14,1769%	57	1,5192%
29	12,4166%	58	1,4964%
30	19,9386%	59	1,4744%
31	16,6240%	60	3,0101%
32	14,2543%	61	2,9222%
33	12,4760%	62	2,8392%
34	11,0921%	63	2,7608%
35	13,3409%	64	2,6866%
36	11,7706%	65	0,5355%
37	10,5311%	66	0,5327%
38	9,5277%	67	0,5298%
39	8,6989%	68	0,5270%
40	10,9122%	69	0,5243%
41	9,8386%	70	0,6243%
42	8,9573%		

CLÁUSULA 7ª - OCORRÊNCIA DO SINISTRO

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

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

I. Cópia Simples

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

II. Documento Original

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

CLÁUSULA 8ª - RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DIAGNÓSTICO DE CÂNCER – MASCULINO)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

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

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

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

Riscos Cobertos: Câncer Primário de Próstata e Testículo.

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

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

A cobertura de Diagnóstico de Câncer – Masculino cessará quando o segurado completar 71 (setenta e um) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o segurado com os direitos preservados até o final de vigência da apólice.

CLÁUSULA 2ª - RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a. Tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
- b. Cânceres não invasivos (in situ);
- c. Câncer existente antes do início de vigência da cobertura individual e que não tenha sido declarado na proposta de contratação ou tele-entrevista.

CLÁUSULA 3ª - CAPITAIS SEGURADOS

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

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

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

CLÁUSULA 4ª - CARÊNCIA

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

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

CLÁUSULA 5ª - FRANQUIA

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

CLÁUSULA 6ª - REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

Anualmente, a cada aniversário da apólice ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir:

Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura Diagnóstico de Câncer Masculino.

Idade	Variação	Idade	Variação	Idade	Variação
14	0,0000%	35	4,2867%	56	20,0456%
15	97,2059%	36	4,3867%	57	16,6983%
16	49,2916%	37	4,4867%	58	14,3090%
17	33,0170%	38	4,5867%	59	12,5178%
18	24,8216%	39	4,6867%	60	22,8257%
19	19,8857%	40	4,7867%	61	18,5838%
20	15,1066%	41	4,8867%	62	15,6714%
21	13,1240%	42	4,9867%	63	13,5482%
22	11,6015%	43	5,0867%	64	11,9317%
23	10,3954%	44	5,1867%	65	13,6490%
24	9,4165%	45	5,2867%	66	12,0098%
25	4,3245%	46	5,3867%	67	10,7221%
26	4,1452%	47	5,0999%	68	9,6838%
27	3,9802%	48	10,1122%	69	8,8288%
28	3,8279%	49	9,1835%	70	4,8029%
29	3,6867%	50	34,3995%		
30	3,7867%	51	25,5950%		
31	3,8867%	52	20,3790%		
32	3,9867%	53	16,9290%		
33	4,0867%	54	14,4780%		
34	4,1867%	55	25,0713%		

CLÁUSULA 7ª - OCORRÊNCIA DO SINISTRO

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

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

I. Cópia Simples

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

II. Documento Original

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

CLÁUSULA 8ª - RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DOENÇAS GRAVES – OPÇÃO 1

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

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

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

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

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

DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

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

Riscos Cobertos:

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

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

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

Riscos Excluídos:

- a. Tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
- b. Todos os cCânceres não invasivos (in situ);
- c. Tumor maligno na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana;
- d. Câncer existente antes do início de vigência da cobertura individual;
- e. Qualquer nNeoplasia benigna;
- f. Carcinoma microinvasivo da mama;
- g. Carcinoma microinvasivo do útero e do colo uterino;
- h. Câncer de Pele (exceto o Melanoma).

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

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

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

Riscos Excluídos:

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

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

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

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

TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

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

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

Riscos Excluídos:

Qualquer autotransplante e demais órgãos ou células, além dos riscos cobertos citados acima .

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

A cobertura de Doenças Graves cessará quando o segurado completar 71 (setenta e um) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o segurado com os direitos preservados até o final de vigência da apólice.

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

CLÁUSULA 2ª - CAPITAIS SEGURADOS

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

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

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

CLÁUSULA 3ª - CARÊNCIA

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

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA

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

CLÁUSULA 5ª - REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

Anualmente, a cada aniversário da apólice ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir:

Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura Doenças Graves – Opção 1, de acordo com o sexo do segurado.

Idade	Variação	Idade	Variação
14	0,0000%	43	8,9372%
15	2,7525%	44	8,6407%
16	2,6138%	45	9,9587%
17	2,4862%	46	9,5098%
18	2,3684%	47	9,1295%
19	2,2595%	48	8,8063%
20	0,5839%	49	8,5312%
21	0,5798%	50	9,4929%
22	0,5756%	51	8,9677%
23	0,5716%	52	8,5173%
24	0,5676%	53	8,1280%
25	4,8780%	54	7,7893%
26	4,6606%	55	7,4763%
27	4,4621%	56	7,2653%
28	4,2802%	57	7,0810%
29	4,1129%	58	6,9203%
30	7,7109%	59	6,7805%
31	7,1199%	60	6,6297%
32	6,6106%	61	6,7117%
33	6,1672%	62	6,8102%
34	5,7776%	63	6,9265%
35	9,8491%	64	7,0624%
36	8,9390%	65	4,2407%
37	8,1807%	66	4,4774%
38	7,5393%	67	4,7394%
39	0,069897	68	5,0310%
40	10,1815%	69	5,3574%
41	9,6961%	70	2,4421%
42	9,2857%		

CLÁUSULA 6ª - FORMA DE CONTRATAÇÃO

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

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

I. Cópia Simples

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

este o primeiro titular da conta.

II. Documento Original

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

CLÁUSULA 7ª - RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DOENÇAS GRAVES – OPÇÃO 2

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

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

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

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

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

DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

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

Riscos Cobertos:

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

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

Outros Linfomas, Sarcomas, Leucemias e demais neoplasias malignas de caráter

invasivo, desde que necessitem de tratamento com quimioterapia, radioterapia ou tratamentos paliativos.

Riscos Excluídos:

- a. Tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
- b. Cânceres não invasivos (in situ);
- c. Tumor maligno na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana;
- d. Câncer existente antes do início de vigência da cobertura individual;
- e. Neoplasia benigna;
- f. Carcinoma microinvasivo da mama;
- g. Carcinoma microinvasivo do útero e do colo uterino;
- h. Câncer de Pele (exceto o Melanoma).

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

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

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

Riscos Excluídos:

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

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

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

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

TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

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

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

Riscos Excluídos:

Qualquer autotransplante e demais órgãos ou células, além dos riscos cobertos citados acima.

ALZHEIMER

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

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

INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

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

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

Riscos Excluídos:

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

DIAGNÓSTICO DE SURDEZ TOTAL

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

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

Riscos Excluídos:

Surdez pré-existente à contratação do seguro.

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

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

Riscos Cobertos: As cirurgias tratadas com toracotomia.

Riscos Excluídos:

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

DIAGNÓSTICO DE CEGUEIRA LEGAL

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

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

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

A cobertura de Doenças Graves cessará quando o segurado completar 71 (setenta e um) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o segurado com os direitos preservados até o final de vigência da apólice.

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

CLÁUSULA 2ª - CAPITAIS SEGURADOS

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

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

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

CLÁUSULA 3ª - CARÊNCIA

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

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA

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

CLÁUSULA 5ª - REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

Anualmente, a cada aniversário da apólice ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir:

Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura Doenças Graves – Opção 2, de acordo com o sexo do segurado.

Idade	Variação	Idade	Variação
14	0,0000%	43	8,7717%
15	3,1394%	44	8,4935%

16	2,9700%	45	9,7388%
17	2,8153%	46	9,3184%
18	2,6733%	47	8,9615%
19	2,5428%	48	8,6575%
20	2,0046%	49	8,3986%
21	1,9625%	50	9,3584%
22	1,9221%	51	8,8515%
23	1,8833%	52	8,4160%
24	1,8460%	53	8,0388%
25	5,6686%	54	7,7102%
26	5,3754%	55	7,5981%
27	5,1116%	56	7,3753%
28	4,8729%	57	7,1809%
29	4,6560%	58	7,0113%
30	7,9609%	59	6,8639%
31	7,3338%	60	6,8954%
32	6,7956%	61	6,9633%
33	6,3288%	62	7,0488%
34	5,9200%	63	7,1533%
35	9,9344%	64	7,2782%
36	9,0094%	65	4,5919%
37	8,2399%	66	4,8318%
38	7,5897%	67	5,0973%
39	7,0330%	68	5,3924%
40	9,9338%	69	5,7226%
41	9,4816%	70	3,0792%
42	9,0980%		

CLÁUSULA 6ª - OCORRÊNCIA DO SINISTRO

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

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

I. Cópia Simples

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

II. Documento Original

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

CLÁUSULA 7ª - RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DOENÇAS GRAVES – OPÇÃO 3

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

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

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

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

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

DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

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

Riscos Cobertos:

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

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

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

Riscos Excluídos:

- a. Tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
- b. Cânceres não invasivos (in situ);

- c. Tumor maligno na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana;
- d. Câncer existente antes do início de vigência da cobertura individual;
- e. Neoplasia benigna;
- f. Carcinoma microinvasivo da mama;
- g. Carcinoma microinvasivo do útero e do colo uterino;
- h. Câncer de Pele (exceto o Melanoma).

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

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

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

Riscos Excluídos:

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

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

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

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

TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

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

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

Riscos Excluídos:

Qualquer autotransplante e demais órgãos ou células, além dos riscos cobertos citados acima.

ALZHEIMER

Conceito: Doença neurológica caracterizada por ser progressiva e levar à perda das

funções cognitivas cerebrais (demência).

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

INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

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

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

Riscos Excluídos:

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

DIAGNÓSTICO DE SURDEZ TOTAL

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

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

Riscos Excluídos:

Surdez pré-existente à contratação do seguro.

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

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

Riscos Cobertos: As cirurgias tratadas com toracotomia.

Riscos Excluídos:

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

DIAGNÓSTICO DE CEGUEIRA LEGAL

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

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

EMBOLIA PULMONAR OU TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)

Conceito: É o bloqueio da artéria pulmonar ou de um de seus ramos. Geralmente, ocorre quando um coágulo de sangue (trombo ou êmbolo) se desloca de seu local de

formação e interrompe o fornecimento sanguíneo arterial dos pulmões.

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

Riscos Excluídos:

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

ESCLEROSE MÚLTIPLA

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

A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista e mediante a comprovação da necessidade do auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene. O Segurado deve apresentar anomalias neurológicas por um período contínuo de, pelo menos, 6 (seis) meses.

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

Riscos Excluídos:

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

PARALISIA DE MEMBROS

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

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

Riscos Excluídos:

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

DOENÇA DE PARKINSON

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

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

Riscos Excluídos:

Fase inicial da Doença de Parkinson.

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

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

A cobertura de Doenças Graves cessará quando o segurado completar 71 (setenta e um) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o segurado com os direitos preservados até o final de vigência da apólice.

CLÁUSULA 2ª - CAPITAIS SEGURADOS

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

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

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

CLÁUSULA 3ª - CARÊNCIA

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

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA

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

CLÁUSULA 5ª - REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

Anualmente, a cada aniversário da apólice ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir:

Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura Doenças Graves – Opção 3, de acordo com o sexo do segurado.

Idade	Variação	Idade	Variação
14	0,0000%	43	9,2656%
15	3,2838%	44	8,9312%
16	3,1023%	45	10,2947%

17	2,9368%	46	9,8007%
18	2,7855%	47	9,3839%
19	2,6466%	48	9,0306%
20	1,5694%	49	8,7305%
21	1,5430%	50	9,9626%
22	1,5175%	51	9,3712%
23	1,4928%	52	8,8678%
24	1,4689%	53	8,4352%
25	5,0016%	54	8,0608%
26	4,7731%	55	7,9446%
27	4,5649%	56	7,6869%
28	4,3745%	57	7,4626%
29	4,1997%	58	7,2673%
30	7,7123%	59	7,0975%
31	7,1212%	60	6,8801%
32	6,6117%	61	6,9489%
33	6,1682%	62	7,0352%
34	5,7785%	63	7,1404%
35	10,0741%	64	7,2659%
36	9,1245%	65	4,3426%
37	8,3363%	66	4,5805%
38	7,6717%	67	4,8437%
39	0,07103%	68	5,1366%
40	10,6815%	69	5,4644%
41	10,1263%	70	2,8852%
42	9,6598%		

CLÁUSULA 6ª - OCORRÊNCIA DO SINISTRO

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

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

I. Cópia Simples

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

II. Documento Original

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

CLÁUSULA 7ª - RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DOENÇAS GRAVES – OPÇÃO 4

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

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

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

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

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

DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

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

Riscos Cobertos:

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

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

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

Riscos Excluídos:

- a. Tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
- b. Cânceres não invasivos (in situ);

- c. Tumor maligno na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana;
- d. Câncer existente antes do início de vigência da cobertura individual;
- e. Neoplasia benigna;
- f. Carcinoma microinvasivo da mama;
- g. Carcinoma microinvasivo do útero e do colo uterino;
- h. Câncer de Pele (exceto o Melanoma).

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

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

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

Riscos Excluídos:

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

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

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

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

TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

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

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

Riscos Excluídos:

Qualquer autotransplante e demais órgãos ou células, além dos riscos cobertos citados acima.

ALZHEIMER

Conceito: Doença neurológica caracterizada por ser progressiva e levar à perda das

funções cognitivas cerebrais (demência).

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

INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

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

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

Riscos Excluídos:

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

DIAGNÓSTICO DE SURDEZ TOTAL

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

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

Riscos Excluídos:

Surdez pré-existente à contratação do seguro.

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

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

Riscos Cobertos: As cirurgias tratadas com toracotomia.

Riscos Excluídos:

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

DIAGNÓSTICO DE CEGUEIRA LEGAL

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

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

EMBOLIA PULMONAR OU TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)

Conceito: É o bloqueio da artéria pulmonar ou de um de seus ramos. Geralmente, ocorre quando um coágulo de sangue (trombo ou êmbolo) se desloca de seu local de

formação e interrompe o fornecimento sanguíneo arterial dos pulmões.

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

Riscos Excluídos:

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

ESCLEROSE MÚLTIPLA

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

A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista e mediante a comprovação da necessidade do auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene. O Segurado deve apresentar anomalias neurológicas por um período contínuo de, pelo menos, 6 (seis) meses.

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

Riscos Excluídos:

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

PARALISIA DE MEMBROS

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

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

Riscos Excluídos:

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

DOENÇA DE PARKINSON

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

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

Riscos Excluídos:

Fase inicial da Doença de Parkinson.

ANEMIA APLÁSTICA

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

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

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

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

DISTROFIA MUSCULAR

Conceito: grupo de doenças genéticas, que se caracterizam por uma degeneração progressiva do tecido muscular levando à perda dos movimentos. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista e mediante a comprovação da necessidade do auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene.

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

Riscos Excluídos:

doença não confirmada por exame histológico.

ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA)

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

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

Riscos Excluídos:

Não se aplica.

HANSENÍASE MULTIBACILAR / WIRCHOWIANA

Conceito: Doença infecciosa caracterizada pela presença de 6 ou mais lesões de pele com muitos bacilos. A hanseníase multibacilar se apresenta quando o paciente possui

o sistema imune incapaz de controlar a proliferação da bactéria. Por isso, há amostras positivas para o bacilo de Hansen com várias lesões avermelhadas e aparecimento de nódulos que podem ser deformantes.

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

IMPLANTE DE MARCA PASSO DEFINITIVO

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

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

Riscos Excluídos:

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

PANCREATITE CRÔNICA

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

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

Riscos Cobertos: Diagnóstico inequívoco de pancreatite crônica grave realizado por médico gastroenterologista, observados os requisitos do conceito da cobertura, e devidamente evidenciado por exames de imagem e laboratoriais (por exemplo: elastase fecal).

Riscos Excluídos:

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

QUEIMADURAS GRAVES

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

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

Riscos Excluídos:

- a. Queimaduras decorrente de autoagressão.

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

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

A cobertura de Doenças Graves cessará, automaticamente, quando o segurado completar 71 (setenta e um) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o segurado com os direitos preservados até o final de vigência da apólice.

CLÁUSULA 2ª - CAPITAIS SEGURADOS

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

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

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

CLÁUSULA 3ª - CARÊNCIA

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

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA

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

CLÁUSULA 5ª - REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

Anualmente, a cada aniversário da apólice ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir:

Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura Doenças Graves – Combo 4, de acordo com o sexo do segurado.

Idade	Varição	Idade	Varição
14	0,0000%	43	8,7596%
15	3,8956%	44	8,4827%
16	3,6586%	45	9,9364%
17	3,4450%	46	9,4904%
18	3,2514%	47	9,1125%
19	3,0753%	48	8,7913%
20	2,2784%	49	8,5179%
21	2,2246%	50	9,4226%
22	2,1733%	51	8,9070%
23	2,1242%	52	8,4644%
24	2,0772%	53	8,0815%
25	3,9476%	54	7,7480%
26	3,8054%	55	7,9049%
27	3,6733%	56	7,6513%
28	3,5504%	57	7,4305%
29	3,4357%	58	7,2382%
30	6,8008%	59	7,0710%
31	6,3331%	60	7,1335%
32	5,9236%	61	7,1877%
33	5,5621%	62	7,2608%
34	5,2406%	63	7,3538%
35	9,2755%	64	7,4683%
36	8,4626%	65	4,7291%
37	7,7788%	66	4,9697%
38	7,1956%	67	5,2358%
39	6,6924%	68	5,5317%
40	9,9158%	69	5,8627%
41	9,4659%	70	3,2012%
42	9,0843%		

CLÁUSULA 6ª - OCORRÊNCIA DO SINISTRO

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

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

I. Cópia Simples

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

II. Documento Original

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

CLÁUSULA 7ª - RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DOENÇAS GRAVES – OPÇÃO 5

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

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

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

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

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

DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

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

Riscos Cobertos:

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

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

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

Riscos Excluídos:

- a. Tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
- b. Cânceres não invasivos (in situ);
- c. Tumor maligno na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana;
- d. Câncer existente antes do início de vigência da cobertura individual;
- e. Neoplasia benigna;
- f. Carcinoma microinvasivo da mama;
- g. Carcinoma microinvasivo do útero e do colo uterino;
- h. Câncer de Pele (exceto o Melanoma).

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

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

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

Riscos Excluídos:

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

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

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

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

TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

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

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

Riscos Excluídos:

Qualquer autotransplante e demais órgãos ou células, além dos riscos cobertos citados acima.

ALZHEIMER

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

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

INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

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

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

Riscos Excluídos:

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

DIAGNÓSTICO DE SURDEZ TOTAL

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

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

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

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

Riscos Cobertos: As cirurgias tratadas com toracotomia.

Riscos Excluídos:

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

DIAGNÓSTICO DE CEGUEIRA LEGAL

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

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

EMBOLIA PULMONAR OU TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)

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

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

Riscos Excluídos:

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

ESCLEROSE MÚLTIPLA

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

A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista e mediante a comprovação da necessidade do auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene. O Segurado deve apresentar anomalias neurológicas por um período contínuo de, pelo menos, 6 (seis) meses.

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

Riscos Excluídos:

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

PARALISIA DE MEMBROS

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

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

Riscos Excluídos:

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

DOENÇA DE PARKINSON

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

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

Riscos Excluídos:

Fase inicial da Doença de Parkinson.

ANEMIA APLÁSTICA

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

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

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

Riscos Excluídos: Outros tipos de anem

ia não enquadrados no conceito da cobertura.

DISTROFIA MUSCULAR

Conceito: grupo de doenças genéticas, que se caracterizam por uma degeneração progressiva do tecido muscular levando à perda dos movimentos. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista e mediante a comprovação da necessidade do auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene.

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

Riscos Excluídos:

doença não confirmada por exame histológico.

ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA)

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

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

Riscos Excluídos:

Não se aplica.

HANSENÍASE MULTIBACILAR / WIRCHOWIANA

Conceito: Doença infecciosa caracterizada pela presença de 6 ou mais lesões de pele com muitos bacilos. A hanseníase multibacilar se apresenta quando o paciente possui

o sistema imune incapaz de controlar a proliferação da bactéria. Por isso, há amostras positivas para o bacilo de Hansen com várias lesões avermelhadas e aparecimento de nódulos que podem ser deformantes.

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

IMPLANTE DE MARCA PASSO DEFINITIVO

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

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

Riscos Excluídos:

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

PANCREATITE CRÔNICA

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

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

Riscos Cobertos: Diagnóstico inequívoco de pancreatite crônica grave realizado por médico gastroenterologista, observados os requisitos do conceito da cobertura, e devidamente evidenciado por exames de imagem e laboratoriais (por exemplo: elastase fecal).

Riscos Excluídos:

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

QUEIMADURAS GRAVES

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

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

Riscos Excluídos:

Queimaduras decorrente de autoagressão.

DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

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

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

Riscos Excluídos:

Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica com prova de função pulmonar com resultado normal ou disfunção leve.

CIRURGIA DE VALVULA CARDÍACA

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

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

Riscos Excluídos:

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

DOENÇAS HEPÁTICAS GRAVES

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

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

Riscos Excluídos:

Não se aplica.

LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

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

Riscos Cobertos: O diagnóstico do Lúpus Eritematoso Sistêmico.

Riscos Excluídos:

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

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

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

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

Riscos Excluídos:

Não se aplica.

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

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

A cobertura de Doenças Graves cessará, automaticamente, quando o segurado completar 71 (setenta e um) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o segurado com os direitos preservados até o final de vigência da apólice.

CLÁUSULA 2ª - CAPITAIS SEGURADOS

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

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

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

CLÁUSULA 3ª - CARÊNCIA

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

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA

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

data para acionamento do seguro.

CLÁUSULA 5ª - REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

Anualmente, a cada aniversário da apólice ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir:

Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura Doenças Graves – Opção 5, de acordo com o sexo do segurado.

Idade	Variação	Idade	Variação
14	0,0000%	43	8,1384%
15	4,6558%	44	7,9265%
16	4,3408%	45	9,2957%
17	4,0606%	46	8,9305%
18	3,8098%	47	8,6190%
19	3,5841%	48	8,3529%
20	3,6650%	49	8,1259%
21	3,5306%	50	9,0696%
22	3,4056%	51	8,6011%
23	3,2890%	52	8,1967%
24	3,1800%	53	7,8452%
25	2,9602%	54	7,5380%
26	2,8809%	55	7,7097%
27	2,8060%	56	7,4759%
28	2,7349%	57	7,2720%
29	2,6676%	58	7,0942%
30	5,6198%	59	6,9397%
31	5,2918%	60	7,0658%
32	4,9986%	61	7,1240%
33	4,7349%	62	7,2007%
34	4,4965%	63	7,2971%
35	8,3076%	64	7,4145%
36	7,6472%	65	4,7240%
37	7,0825%	66	4,9646%
38	6,5942%	67	5,2307%
39	6,1676%	68	5,5266%
40	9,0130%	69	5,8575%
41	8,6753%	70	3,2105%
42	8,3862%		

CLÁUSULA 6ª - OCORRÊNCIA DO SINISTRO

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

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

I. Cópia Simples

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

II. Documento Original

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

CLÁUSULA 7ª - RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

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

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

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

O período coberto, por ocasião da Hospitalização prevista para esta cobertura, está limitado em 100 dias de Internação, consecutivas ou não, dentro do período de cada 12 (doze) meses.

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

A cobertura de Diária por Internação Hospitalar cessará, automaticamente, quando o segurado 71 (setenta e um) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o segurado com os direitos preservados até o final de vigência da apólice.

CLÁUSULA 2ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos definidos no item 2. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura de Diária de Internação Hospitalar os eventos decorrentes de:

- a. Procedimento relacionado à gravidez ou parto ou aborto, bem como suas consequências, exceto em caso de acidentes;
- b. Ceratomia (cirurgia para correção de miopia) ;
- c. Tratamento de hérnias e suas consequências, exceto em caso de acidentes;
- d. Cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na vigência do Seguro;
- e. Tratamentos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças com ela relacionadas, bem como as suas consequências (em portador soropositivo);
- f. Diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;
- g. Tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos, e suas consequências;
- h. Tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos;
- i. Exame ou check-up preventivo;
- j. Tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento e suas consequências;
- k. Tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;
- l. Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida e suas consequências;
- m. Tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e eventos relacionados ao uso ou dependência de álcool ou drogas, tentativa de suicídio ou atos ilícitos devidamente comprovados;
- n. Tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;
- o. Tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;
- p. Internação domiciliar;
- q. Procedimentos efetuados em ambulatório;
- r. Investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação;
- s. Qualquer classe de Neoplasia Maligna (Câncer) sem invasão ou "in-situ" (incluindo displasia cervical), assim como o câncer de pele, exceto melanoma de invasão; e
- t. A angiografia e/ou qualquer outra intervenção intra-arterial (angioplastia, endarterectomia, embolectomia e similares).

CLÁUSULA 3ª - CAPITAIS SEGURADOS

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

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

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

CLÁUSULA 4ª - CARÊNCIA

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

Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

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

CLÁUSULA 5ª - FRANQUIA

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

CLÁUSULA 6ª - REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

Anualmente, a cada aniversário da apólice ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir:

Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura Diária por Internação Hospitalar.

Idade	Variação até 30 dias	Variação até 60 dias	Variação até 90 dias	Variação até 120 dias	Variação até 180 dias	Variação até 240 dias	Variação até 300 dias	Variação até 360 dias
14	0,000%	0,000%	0,000%	0,000%	0,000%	0,000%	0,000%	0,000%
15	16,747%	11,323%	15,614%	7,527%	6,458%	6,460%	6,023%	4,939%
16	14,345%	10,171%	13,506%	7,000%	6,066%	6,068%	5,681%	4,707%
17	12,545%	9,232%	11,899%	6,542%	5,719%	5,721%	5,375%	4,495%
18	11,147%	8,452%	10,633%	6,140%	5,410%	5,411%	5,101%	4,302%
19	10,029%	7,793%	9,611%	5,785%	5,132%	5,133%	4,853%	4,124%
20	10,129%	8,793%	10,611%	6,785%	5,232%	4,883%	4,629%	3,961%
21	10,229%	9,793%	11,611%	7,785%	5,332%	4,655%	4,424%	3,810%
22	10,329%	10,793%	12,611%	8,785%	5,432%	4,448%	4,237%	3,670%
23	10,429%	11,793%	13,611%	9,785%	5,532%	4,259%	4,064%	3,540%
24	10,529%	12,793%	14,611%	10,785%	5,632%	4,085%	3,906%	3,419%
25	10,629%	13,793%	15,611%	11,785%	5,732%	3,924%	3,759%	3,306%
26	10,729%	14,793%	16,611%	12,785%	5,832%	3,776%	3,623%	3,200%
27	10,829%	15,793%	17,611%	13,785%	5,932%	3,639%	3,496%	3,101%
28	10,929%	16,793%	18,611%	14,785%	6,032%	3,511%	3,378%	3,008%
29	11,029%	17,793%	19,611%	15,785%	6,132%	3,392%	3,268%	2,920%
30	0,462%	0,463%	0,463%	0,462%	0,462%	3,281%	3,164%	2,837%
31	0,460%	0,461%	0,461%	0,460%	0,460%	3,177%	3,067%	2,759%

32	0,458%	0,459%	0,459%	0,458%	0,458%	3,079%	2,976%	2,685%
33	0,456%	0,456%	0,457%	0,456%	0,455%	2,987%	2,890%	2,615%
34	0,454%	0,454%	0,455%	0,454%	0,453%	2,900%	2,809%	2,548%
35	1,354%	1,353%	1,351%	1,354%	1,353%	2,818%	2,732%	2,485%
36	1,336%	1,334%	1,333%	1,335%	1,335%	2,741%	2,659%	2,424%
37	1,319%	1,317%	1,315%	1,318%	1,317%	2,668%	2,590%	2,367%
38	1,302%	1,300%	1,298%	1,301%	1,300%	2,599%	2,525%	2,312%
39	1,285%	1,283%	1,282%	1,284%	1,283%	2,533%	2,463%	2,260%
40	0,114%	0,107%	0,110%	0,108%	0,107%	2,470%	2,404%	2,210%
41	0,114%	0,107%	0,110%	0,108%	0,107%	2,411%	2,347%	2,162%
42	0,114%	0,107%	0,110%	0,107%	0,107%	2,354%	2,293%	2,117%
43	0,114%	0,107%	0,110%	0,107%	0,107%	2,300%	2,242%	2,073%
44	0,114%	0,107%	0,110%	0,107%	0,107%	2,248%	2,193%	2,031%
45	0,705%	0,707%	0,706%	0,708%	0,707%	2,199%	2,146%	1,990%
46	0,700%	0,702%	0,701%	0,703%	0,702%	2,151%	2,101%	1,951%
47	0,695%	0,697%	0,696%	0,698%	0,697%	2,106%	2,057%	1,914%
48	0,690%	0,692%	0,692%	0,693%	0,693%	2,063%	2,016%	1,878%
49	0,685%	0,687%	0,687%	0,688%	0,688%	2,021%	1,976%	1,843%
50	1,998%	1,978%	1,979%	1,979%	1,980%	1,981%	1,938%	1,810%
51	1,959%	1,939%	1,940%	1,941%	1,941%	1,942%	1,901%	1,778%
52	1,921%	1,903%	1,904%	1,904%	1,904%	1,905%	1,866%	1,747%
53	1,885%	1,867%	1,868%	1,868%	1,869%	1,870%	1,831%	1,717%
54	1,850%	1,833%	1,834%	1,834%	1,835%	1,836%	1,798%	1,688%
55	3,094%	3,080%	1,801%	1,801%	1,802%	1,802%	1,767%	1,660%
56	3,001%	2,988%	1,769%	1,769%	1,770%	1,771%	1,736%	1,633%
57	2,914%	2,901%	1,738%	1,738%	1,739%	1,740%	1,706%	1,606%
58	2,831%	2,819%	1,708%	1,709%	1,709%	1,710%	1,678%	1,581%
59	2,753%	2,742%	1,680%	1,680%	1,680%	1,681%	1,650%	1,556%
60	3,959%	2,669%	1,652%	1,652%	1,653%	1,653%	1,623%	1,533%
61	3,808%	2,599%	1,625%	1,625%	1,626%	1,627%	1,597%	1,509%
62	3,668%	2,533%	1,599%	1,599%	1,600%	1,600%	1,572%	1,487%
63	3,538%	2,471%	1,574%	1,574%	1,575%	1,575%	1,548%	1,465%
64	3,417%	2,411%	1,550%	1,550%	1,550%	1,551%	1,524%	1,444%
65	8,788%	2,354%	1,526%	1,526%	1,527%	1,527%	1,501%	1,424%
66	8,078%	2,300%	1,503%	1,503%	1,504%	1,504%	1,479%	1,404%
67	7,474%	2,249%	1,481%	1,481%	1,481%	1,482%	1,458%	1,384%
68	6,954%	2,199%	1,459%	1,459%	1,460%	1,460%	1,437%	1,365%
69	6,502%	2,152%	1,438%	1,438%	1,439%	1,439%	1,416%	1,347%
70	6,105%	2,106%	1,418%	1,418%	1,418%	1,419%	1,397%	1,329%

CLÁUSULA 7ª - OCORRÊNCIA DO SINISTRO

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

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

I. Cópia Simples

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

II. Documento Original

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

Em caso de Acidente:

Além dos documentos relacionados acima, encaminhar também:

I. Cópia Simples

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

II. Cópia Autenticada

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

CLÁUSULA 8ª - RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO EM UTI

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

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

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

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

O período coberto, por ocasião da Hospitalização prevista para esta cobertura, está limitado em 100 (cem) dias de Internação, consecutivas ou não, dentro do período de cada 12 (doze) meses.

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

A cobertura de Diária por Internação em UTI cessará quando o segurado completar 71 (setenta e um) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o segurado com os direitos preservados até o final de vigência da apólice.

CLÁUSULA 2ª - RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a. Procedimento relacionado à gravidez ou parto ou aborto, bem como suas consequências, exceto em caso de acidentes;
- b. Ceratomia (cirurgia para correção de miopia);
- c. Tratamento de hérnias de quaisquer naturezas e suas consequências, exceto em caso de acidentes;
- d. Cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na vigência do Seguro;
- e. Tratamentos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças com ela relacionadas, bem como as suas consequências (em portador soropositivo);
- f. Diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;
- g. Tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos, e suas consequências;
- h. Tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos;
- i. Exame ou check-up preventivo;
- j. Tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento e suas consequências;
- k. Tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;

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

CLÁUSULA 3ª - CAPITAIS SEGURADOS

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

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

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

CLÁUSULA 4ª - CARÊNCIA

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

Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

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

CLÁUSULA 5ª - FRANQUIA

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

CLÁUSULA 6ª - REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

Anualmente, a cada aniversário da apólice ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir:

Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura Diária por Internação em UTI.

Idade	Varição até 30 dias	Varição até 60 dias	Varição até 90 dias	Varição até 120 dias	Varição até 180 dias	Varição até 240 dias	Varição até 300 dias	Varição até 360 dias
14	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
15	16,747%	11,323%	15,614%	7,527%	6,458%	6,460%	6,023%	4,939%
16	14,345%	10,171%	13,506%	7,000%	6,066%	6,068%	5,681%	4,707%
17	12,545%	9,232%	11,899%	6,542%	5,719%	5,721%	5,375%	4,495%
18	11,147%	8,452%	10,633%	6,140%	5,410%	5,411%	5,101%	4,302%
19	10,029%	7,793%	9,611%	5,785%	5,132%	5,133%	4,853%	4,124%
20	10,129%	8,793%	10,611%	6,785%	5,232%	4,883%	4,629%	3,961%
21	10,229%	9,793%	11,611%	7,785%	5,332%	4,655%	4,424%	3,810%
22	10,329%	10,793%	12,611%	8,785%	5,432%	4,448%	4,237%	3,670%
23	10,429%	11,793%	13,611%	9,785%	5,532%	4,259%	4,064%	3,540%
24	10,529%	12,793%	14,611%	10,785%	5,632%	4,085%	3,906%	3,419%
25	10,629%	13,793%	15,611%	11,785%	5,732%	3,924%	3,759%	3,306%
26	10,729%	14,793%	16,611%	12,785%	5,832%	3,776%	3,623%	3,200%
27	10,829%	15,793%	17,611%	13,785%	5,932%	3,639%	3,496%	3,101%
28	10,929%	16,793%	18,611%	14,785%	6,032%	3,511%	3,378%	3,008%
29	11,029%	17,793%	19,611%	15,785%	6,132%	3,392%	3,268%	2,920%
30	0,462%	0,463%	0,463%	0,462%	0,462%	3,281%	3,164%	2,837%
31	0,460%	0,461%	0,461%	0,460%	0,460%	3,177%	3,067%	2,759%
32	0,458%	0,459%	0,459%	0,458%	0,458%	3,079%	2,976%	2,685%
33	0,456%	0,456%	0,457%	0,456%	0,455%	2,987%	2,890%	2,615%
34	0,454%	0,454%	0,455%	0,454%	0,453%	2,900%	2,809%	2,548%
35	1,354%	1,353%	1,351%	1,354%	1,353%	2,818%	2,732%	2,485%
36	1,336%	1,334%	1,333%	1,335%	1,335%	2,741%	2,659%	2,424%
37	1,319%	1,317%	1,315%	1,318%	1,317%	2,668%	2,590%	2,367%
38	1,302%	1,300%	1,298%	1,301%	1,300%	2,599%	2,525%	2,312%
39	1,285%	1,283%	1,282%	1,284%	1,283%	2,533%	2,463%	2,260%
40	0,114%	0,107%	0,110%	0,108%	0,107%	2,470%	2,404%	2,210%
41	0,114%	0,107%	0,110%	0,108%	0,107%	2,411%	2,347%	2,162%
42	0,114%	0,107%	0,110%	0,107%	0,107%	2,354%	2,293%	2,117%
43	0,114%	0,107%	0,110%	0,107%	0,107%	2,300%	2,242%	2,073%
44	0,114%	0,107%	0,110%	0,107%	0,107%	2,248%	2,193%	2,031%
45	0,705%	0,707%	0,706%	0,708%	0,707%	2,199%	2,146%	1,990%
46	0,700%	0,702%	0,701%	0,703%	0,702%	2,151%	2,101%	1,951%
47	0,695%	0,697%	0,696%	0,698%	0,697%	2,106%	2,057%	1,914%
48	0,690%	0,692%	0,692%	0,693%	0,693%	2,063%	2,016%	1,878%
49	0,685%	0,687%	0,687%	0,688%	0,688%	2,021%	1,976%	1,843%
50	1,998%	1,978%	1,979%	1,979%	1,980%	1,981%	1,938%	1,810%
51	1,959%	1,939%	1,940%	1,941%	1,941%	1,942%	1,901%	1,778%
52	1,921%	1,903%	1,904%	1,904%	1,904%	1,905%	1,866%	1,747%
53	1,885%	1,867%	1,868%	1,868%	1,869%	1,870%	1,831%	1,717%
54	1,850%	1,833%	1,834%	1,834%	1,835%	1,836%	1,798%	1,688%
55	3,094%	3,080%	1,801%	1,801%	1,802%	1,802%	1,767%	1,660%
56	3,001%	2,988%	1,769%	1,769%	1,770%	1,771%	1,736%	1,633%
57	2,914%	2,901%	1,738%	1,738%	1,739%	1,740%	1,706%	1,606%
58	2,831%	2,819%	1,708%	1,709%	1,709%	1,710%	1,678%	1,581%
59	2,753%	2,742%	1,680%	1,680%	1,680%	1,681%	1,650%	1,556%
60	3,959%	2,669%	1,652%	1,652%	1,653%	1,653%	1,623%	1,533%
61	3,808%	2,599%	1,625%	1,625%	1,626%	1,627%	1,597%	1,509%
62	3,668%	2,533%	1,599%	1,599%	1,600%	1,600%	1,572%	1,487%

Idade	Varição até 30 dias	Varição até 60 dias	Varição até 90 dias	Varição até 120 dias	Varição até 180 dias	Varição até 240 dias	Varição até 300 dias	Varição até 360 dias
63	3,538%	2,471%	1,574%	1,574%	1,575%	1,575%	1,548%	1,465%
64	3,417%	2,411%	1,550%	1,550%	1,550%	1,551%	1,524%	1,444%
65	8,788%	2,354%	1,526%	1,526%	1,527%	1,527%	1,501%	1,424%
66	8,078%	2,300%	1,503%	1,503%	1,504%	1,504%	1,479%	1,404%
67	7,474%	2,249%	1,481%	1,481%	1,481%	1,482%	1,458%	1,384%
68	6,954%	2,199%	1,459%	1,459%	1,460%	1,460%	1,437%	1,365%
69	6,502%	2,152%	1,438%	1,438%	1,439%	1,439%	1,416%	1,347%
70	6,105%	2,106%	1,418%	1,418%	1,418%	1,419%	1,397%	1,329%

CLÁUSULA 7ª - OCORRÊNCIA DO SINISTRO

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

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

I. Cópia Simples

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

III. Documento Original

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

Em caso de Acidente:

Além dos documentos relacionados acima, encaminhar também:

I. Cópia Simples

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

II. Cópia Autenticada

- Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;

- b. Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo Exame de Corpo Delito (IML);
- c. Laudo do Exame de Corpo Delito (IML)

CLÁUSULA 8ª - RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

Desde que contratada, garante ao Segurado, o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas para seu tratamento em decorrência de acidente pessoal coberto, sob orientação e prescrição de profissional médico habilitado, até o valor do Capital Segurado contratado para esta cobertura, desde que o tratamento se inicie em até 30 (trinta) dias contados da data do acidente, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e da Proposta de Contratação.

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

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.

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

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

A Seguradora reserva-se 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.

CLÁUSULA 2ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos definidos no item Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas por Acidente as despesas decorrentes de:

- a. Estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b. Aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

CLÁUSULA 3ª - CAPITAIS SEGURADOS

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

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

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

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

FRANQUIA: O período de Franquia será estabelecido contratualmente, quando aplicável, deverá respeitar o limite máximo de até 30% (trinta) por cento do valor da indenização.

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

CLÁUSULA 5ª - REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

Não há

CLÁUSULA 6ª - OCORRÊNCIA DO SINISTRO

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

I. Cópia Simples

- a. Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado e do beneficiário;
- b. Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- c. Pedido médico acompanhado do resultado de exames realizados;
- d. Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

II. Cópia Autenticada

- a. Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão do Registro da Ocorrência Policial (B.O.). Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- b. Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- c. Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML).

III. Documento Original

- a. Nota Fiscal discriminando os serviços/valores em que deve constar o nome do Segurado e nome do responsável pelo pagamento das despesas juntamente com os pedidos médicos dos procedimentos realizados. Para reembolso de honorários médicos, deverá

constar no recibo ou nota fiscal original o procedimento realizado conforme tabela da A.M.B.;

- b. Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão e o tratamento realizado.

CLÁUSULA 7ª - RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE FUNERAL FAMILIAR

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

Essa cobertura tem como objetivo garantir a prestação de serviços de assistência funeral ou o reembolso dos gastos funerários até o limite da cobertura contratada, caso venha a ocorrer a morte do Segurado, seu Cônjuge e/ou Filhos até 21 anos ou 24 anos, se dependente na regulamentação do Imposto de Renda destas Condições Especiais, exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas das Condições Gerais e da Proposta de Contratação.

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

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

Nas localidades onde não esteja disponível rede credenciada com o prestador do serviço de assistência, a indenização será na forma de reembolso, limitado aos valores da nota fiscal.

CLÁUSULA 2ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos definidos no item Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura de Funeral Familiar:

- a. Cremação do Corpo fora do município de residência habitual do segurado;
- b. Transporte ou repatriamento para cremação ou sepultamento fora do município de moradia habitual no Brasil.

CLÁUSULA 3ª - CAPITAIS SEGURADOS

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

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

Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado

individual, a data da morte do segurado.

CLÁUSULA 4ª - CARÊNCIA

A cobertura deste seguro está sujeita ao período de carência definido na apólice de Seguro.

Haverá carência para o suicídio ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos contados do início de vigência do seguro ou, de sua recondução depois de suspenso.

Não haverá carência para morte em decorrência de acidente pessoal

CLÁUSULA 5ª - REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

Anualmente, a cada aniversário da apólice ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir.

Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente, exclusivamente para a cobertura de Funeral Familiar.

Ajuste Anual			Ajuste Anual			Ajuste Anual			Ajuste Anual		
Idade	Homem	Mulher	Idade	Homem	Mulher	Idade	Homem	Mulher	Idade	Homem	Mulher
14	0,00%	0,00%	39	4,59%	4,61%	64	8,81%	9,89%	89	8,86%	11,95%
15	1,76%	4,17%	40	6,09%	5,32%	65	9,44%	9,97%	90	8,65%	11,54%
16	1,66%	4,35%	41	7,59%	6,06%	66	10,00%	9,92%	91	8,40%	10,99%
17	1,56%	4,50%	42	8,82%	6,73%	67	10,50%	9,82%	92	8,15%	10,35%
18	1,74%	4,47%	43	9,84%	7,32%	68	10,88%	9,68%	93	7,88%	9,66%
19	1,91%	4,43%	44	10,53%	7,77%	69	11,11%	9,68%	94	7,61%	8,97%
20	2,13%	4,53%	45	10,86%	8,26%	70	11,22%	9,84%	95	7,34%	8,28%
21	2,34%	4,20%	46	10,90%	8,65%	71	11,16%	10,22%	96	7,07%	7,61%
22	2,59%	4,30%	47	10,67%	8,90%	72	11,00%	10,75%	97	6,82%	6,97%
23	2,65%	4,12%	48	10,27%	9,29%	73	10,77%	11,33%	98	6,72%	6,57%
24	2,87%	3,96%	49	9,85%	9,36%	74	10,56%	11,85%	99	6,73%	6,34%
25	2,74%	4,04%	50	9,40%	9,53%	75	10,38%	12,25%	100	6,96%	6,44%
26	2,72%	3,66%	51	8,99%	9,49%	76	10,26%	12,51%	101	7,35%	6,79%
27	2,38%	3,53%	52	8,61%	9,42%	77	10,20%	12,61%	102	7,85%	7,33%
28	2,06%	3,19%	53	8,25%	9,32%	78	10,16%	12,63%	103	8,40%	7,99%
29	1,65%	2,89%	54	7,91%	9,18%	79	10,13%	12,62%	104	8,97%	8,71%
30	1,17%	2,71%	55	7,61%	9,10%	80	10,08%	12,61%	105	9,52%	9,43%
31	0,85%	2,44%	56	7,31%	9,03%	81	10,01%	12,62%	106	10,02%	10,12%
32	0,40%	2,29%	57	7,04%	9,00%	82	9,92%	12,64%	107	10,45%	10,73%
33	0,30%	2,14%	58	6,81%	9,00%	83	9,81%	12,64%	108	10,81%	11,24%
34	0,10%	2,19%	59	6,74%	9,07%	84	9,68%	12,61%	109	11,08%	11,65%
35	0,15%	2,23%	60	6,80%	9,18%	85	9,54%	12,57%	110	11,28%	11,95%
36	0,79%	2,71%	61	7,12%	9,34%	86	9,39%	12,49%	111	11,39%	12,14%
37	1,57%	3,15%	62	7,58%	9,56%	87	9,23%	12,39%	112	11,44%	12,24%
38	2,99%	3,79%	63	8,18%	9,74%	88	9,05%	12,23%	113	11,43%	12,26%

CLÁUSULA 6ª - OCORRÊNCIA DO SINISTRO

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

I. Cópia Simples

- a. Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado e do beneficiário;
- b. Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência no mês do evento do Segurado e do beneficiário;
- c. Exame(s) de diagnóstico de doença que causou o Óbito se houver;
- d. Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome de quem arcou com as despesas do funeral.

II. Cópia Autenticada

- a. Certidão de Óbito;
- b. Certidão de Nascimento e/ou Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito, ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência.
- c. Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito.

III. Documento Original

- a. Relatório médico devidamente assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados;
- b. Nota Fiscal discriminando os serviços/valores, onde deve constar o nome do Segurado e contendo o nome do responsável pelo pagamento das despesas;

CLÁUSULA 7ª - RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA CAUSADA POR ACIDENTE (DIT-A)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura será garantido, ao próprio Segurado, o pagamento das diárias a que tiver direito, caso este venha a ficar impossibilitado, por consequência de acidente pessoal coberto, de forma contínua e ininterruptamente de exercer qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação durante o período em que se encontrar sob tratamento, por determinação médica, observado o limite máximo de diárias estabelecidos na Apólice e o período de franquia.

A incapacidade é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

A cobertura de diárias por incapacidade é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, de no máximo 15 (quinze) dias, observado o limite contratual

máximo por evento fixado nas condições gerais e especiais.

O reconhecimento de incapacidade por instituições oficiais de previdência ou assemelhados não caracteriza por si só o estado de incapacidade temporária do segurado, a qual deverá ser avaliada conforme critérios da seguradora

CLÁUSULA 2ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a) doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
- d) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
- e) tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
- f) doenças degenerativas da coluna vertebral inclusive hérnia discal, com exceção de tratamento cirúrgico;
- g) infecções oportunistas e doenças provocadas pela síndrome de imunodeficiência adquirida (sida/aids);
- h) doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;
- i) doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de alzheimer, doença de parkinson, entre outras.
- j) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.
- k) transtornos mentais e psiquiátricos;
- l) acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;
- m) lesões que não requerem atenção médica;
- n) internações em função do diagnóstico e / ou avaliação do estado de saúde (check-

up);

o) cirurgia plástica, exceto aquelas com finalidade reparadora comprovada diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;

p) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia

q) gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto; e

r) quaisquer eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme descrito nas condições gerais.

CLÁUSULA 3ª - CAPITAL SEGURADO

O Capital estará especificado na Apólice e/ou Contrato e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa na Apólice/Certificado Individual de Seguro.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada "data do evento coberto" o primeiro dia do afastamento do Segurado das atividades laborativas por ele exercidas, em decorrência exclusiva de acidente pessoal coberto e constatada através da análise da documentação apresentada.

O Capital Segurado corresponde a cada diária de afastamento devendo o seu valor ser multiplicado pelo período de afastamento, observados a Franquia e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 180 (cento e oitenta) dias contado da data do último retorno as atividades laborativas.

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA E CARÊNCIA

FRANQUIA: O período de Franquia será estabelecido contratualmente, quando aplicável, deverá respeitar o limite máximo de 15 (quinze) dias ininterruptos a contar da data evento (data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica).

As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia e se estenderão até o final do período de afastamento do Segurado, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.

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

CLÁUSULA 5ª – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

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

Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a) Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s);
- b) Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- c) Carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;
- d) Cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- e) Relatório do médico assistente comprovando o período de afastamento, com diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
- f) Comprovante dos últimos 3 (três) meses do pagamento INSS comprovando atividade desempenhada, ou a inscrição na entidade correspondente com o último comprovante de pagamento da contribuição fiscal do antes do pagamento reivindicação trabalhadores por conta própria, ou, ainda, as demonstrações contábeis certificadas pelo contador legal designado;
- g) cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar; e
- h) exames médicos que estejam relacionados com o evento.

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

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

CLÁUSULA 6ª – REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

O capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro, observando-se que a soma de utilizações em um mesmo período contratual, ainda que por diferentes sinistros, não poderá exceder ao capital segurado contratado na cobertura básica.

A reintegração não se dá para o mesmo acidente e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

CLÁUSULA 7ª – RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA CAUSADA POR ACIDENTE OU DOENÇA (DIT-AD)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura será garantido, ao próprio Segurado, o pagamento das diárias a que tiver direito, caso este venha a ficar impossibilitado, por consequência de causas naturais (doença) ou acidente pessoal cobertos, de forma contínua e ininterruptamente de exercer qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação durante o período em que se encontrar sob tratamento, por determinação médica, observado o limite máximo de diárias contratado e respeitados os períodos de franquia e carência estabelecidos na Apólice.

A indenização está limitada ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura e será paga de uma única vez.

A cobertura de diárias por incapacidade é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, de no máximo 15 (quinze) dias, observado o limite contratual máximo por evento fixado nas condições gerais e especiais.

O reconhecimento de incapacidade por instituições oficiais de previdência ou assemelhados não caracteriza por si só o estado de incapacidade temporária do segurado, a qual deverá ser avaliada conforme critérios da seguradora.

CLÁUSULA 2ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a) lesões no joelho intra-articular; Entesopatia; Luxação do ombro (acrômio - clavicular ou glenohumeral) e fraturas patológicas;
- b) lombalgia, radiculopatia, dor ciática e outras neurites; lesões degenerativas da coluna vertebral, com a exceção do tratamento cirúrgico. As condições do sistema nervoso simpático.
- c) entorses, distensões e contusões;
- d) transtornos mentais e psiquiátricos;
- e) acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;
- f) lesões que não requerem atenção médica;
- g) internações em função do diagnóstico e / ou avaliação do estado de saúde (check-up);

- h) cirurgia plástica, exceto aquelas com finalidade reparadora comprovada diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- i) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- j) acidentes e suas consequências ocorridas antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
- k) tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;
- l) gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto.

Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

CLÁUSULA 3ª - CAPITAL SEGURADO

O Capital estará especificado na Apólice e/ou Contrato e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa na Apólice/Certificado Individual de Seguro.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada "data do evento coberto" o primeiro dia do afastamento do Segurado das atividades laborativas por ele exercidas, em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto e constatada através da análise da documentação apresentada.

O Capital Segurado corresponde a cada diária de afastamento devendo o seu valor ser multiplicado pelo período de afastamento, observados a Franquia e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 180 (cento e oitenta) dias contado da data do último retorno as atividades laborativas.

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA E CARÊNCIA

FRANQUIA: O período de Franquia será estabelecido contratualmente, quando aplicável, deverá respeitar o limite máximo de 15 (quinze) dias ininterruptos a contar da data evento (data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica). As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia e se estenderão até o final do período de afastamento do Segurado, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.

CARÊNCIA: A cobertura deste seguro está sujeito ao período de carência de 90 (noventa) dias.

O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

Para eventos decorrentes de Acidentes Pessoais, não haverá carência.

Haverá carência para tentativa de suicídio ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 5ª – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

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

Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a) Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s)
- b) Segurado(s);
- c) Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- d) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;
- e) cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- f) relatório do médico assistente comprovando o período de afastamento, com diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
- g) comprovante dos últimos 3 (três) meses do pagamento INSS comprovando atividade desempenhada, ou a inscrição na entidade correspondente com o último comprovante de pagamento da contribuição fiscal do antes do pagamento reivindicação trabalhadores por conta própria, ou, ainda, as demonstrações contábeis certificadas pelo contador legal designado;
- h) cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar
- i) Exames médicos que estejam relacionados com o evento. O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização. A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

j) comprovante dos últimos 3 (três) meses do pagamento INSS comprovando atividade desempenhada, ou a inscrição na entidade correspondente com o último comprovante de pagamento da contribuição fiscal do antes do pagamento reivindicação trabalhadores por conta própria, ou, ainda, as demonstrações contábeis certificadas pelo contador legal designado;

k) cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar

l) Exames médicos que estejam relacionados com o evento. O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização. A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

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

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

CLÁUSULA 6ª – REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

O capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro, observando-se que a soma de utilizações em um mesmo período contratual, ainda que por diferentes sinistros, não poderá exceder ao capital segurado contratado na cobertura básica.

A reintegração não se dá para o mesmo acidente e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

CLÁUSULA 7ª – RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE QUEIMADURA GRAVE (QG)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura será garantido, ao(s) próprio Segurado o pagamento do Capital Segurado, decorrente de Diagnóstico de Queimadura Grave, observado os riscos excluídos e demais termos previstos nas Condições Contratuais do seguro e nesta cláusula.

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

Esta cobertura será contratada apenas para o 1º (primeiro) diagnóstico de Queimadura Grave, uma vez caracterizado o evento como coberto e indenizado, o seguro será cancelado.

CLÁUSULA 2ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a) Queimaduras decorrentes de auto-agressão.

CLÁUSULA 3ª - CAPITAL SEGURADO

O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o limite máximo estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 6ª das Condições Gerais.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada "data do evento coberto" a data da ocorrência do acidente

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA E CARÊNCIA

FRANQUIA: Não haverá aplicação de Franquia para esta cobertura.

CARÊNCIA: Há carência de dois anos, para qualquer Cobertura, contados a partir da Vigência inicial do Contrato, ou da sua recondução, depois de suspenso, em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticada pelo segurado.

Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

CLÁUSULA 5ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

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

Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a) Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s);
- b) cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- c) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo

dirigido pelo segurado;

- d) cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- e) relatório do médico informando o histórico do evento causador do evento, a superfície corporal atingida, a profundidade das queimaduras e o tratamento realizado;
- f) comprovante de atendimento hospitalar devido à queimadura;
- g) Para queimadura de terceiro grau, laudo de Cirurgião Plástico.

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

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

CLÁUSULA 6ª – RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Esta Cobertura, desde que contratada e mediante pagamento do prêmio correspondente, garante o pagamento de uma indenização ao segurado, limitado ao capital segurado contratado, caso o Segurado venha a perder involuntariamente o vínculo empregatício durante o decorrer da vigência do seguro, respeitando os períodos de carência e franquia, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do seguro.

CLÁUSULA 2ª – DEFINIÇÕES

Configura-se como desemprego involuntário a perda involuntária de vínculo empregatício devidamente caracterizado Indevidamente caracterizado na rescisão do contrato de trabalho do Segurado, regido pela CLT – Consolidação das Leis do Trabalho, que não tenha sido por ele motivada e que não tenha decorrido de justa causa, com a consequente cessação do pagamento de salário pelo seu empregador.

CLÁUSULA 3ª – ELEGIBILIDADE

Serão elegíveis ao recebimento da Indenização, os Segurados que na data da rescisão involuntária do contrato de trabalho tiverem vínculo empregatício, exclusivamente ao regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), apresentando período mínimo de 12 meses consecutivos e ininterruptos de duração do contrato de trabalho para o atual empregador, e desde que o seguro não esteja cancelado, a cobertura suspensa ou o evento prescrito como risco excluído na data do evento. Exclusivamente para a contagem do período mínimo de vínculo empregatício, será considerado o período de

aviso prévio quando trabalhado. Para recebimento da indenização, além do requisito do subitem 3.1 acima, o segurado deverá permanecer na condição de desempregado pelo período de 90 (noventa) dias correspondentes a franquia, bem como pelo período adicional estabelecido contratualmente, correspondente ao número de parcelas indenizáveis.

O vínculo empregatício que o Segurado deve manter com uma pessoa jurídica ou pessoa física (Empregador), será através de Contrato de trabalho formalizado pela Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) e que receba pagamentos periódicos consecutivos, com uma jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais, na data do evento.

Para ter direito à cobertura de Desemprego Involuntário, é obrigatório que o segurado tenha cumprido o Aviso Prévio ou, encaminhe documento que comprove a dispensa do mesmo.

Após pagamento da Indenização para se ter direito a um novo benefício de Desemprego Involuntário é necessário que se comprove novo período de 12 (doze) meses consecutivos de trabalho com um mesmo empregador entre o pagamento final de um sinistro e a reclamação de outro sinistro.

CLÁUSULA 4ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados na cláusula – “riscos excluídos” das condições gerais estão também excluídos, salvo disposição contrária, em favor do segurado:

- a) Aposentadorias;
- b) Vínculo empregatício, direto ou indireto, com familiares até o 3º grau de parentesco;
- c) Jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador segurado;
- d) Renúncia ou pedido de demissão voluntária do vínculo empregatício;
- e) Trabalhos de profissionais liberais ou funcionários que tenham cargo público com estabilidade de emprego;
- f) Funcionários que tenham cargo de eleição pública, e que não forem regidos pela consolidação das leis do trabalho, incluindo-se assessores, e outros de nomeação em diário oficial;
- g) Término de um contrato de trabalho por tempo determinado, inclusive contratos de estágios;
- h) Demissão por justa causa do trabalhador segurado;
- i) Falência;
- j) Demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador;
- k) Campanhas de demissão em massa. Para fins deste seguro considerar-se-á
- l) em massa o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) do seu quadro de funcionários no mesmo mês;

- m) Programas de demissão voluntária (pdv) ou plano de demissão incentivado (pdi), motivados pelo empregador do segurado;
- n) Acordo entre empregado e empregador;
- o) Dispensa com imediata admissão em empresa seja ela ou não, do mesmo grupo econômico, coligada, filiada, associada, subsidiária e/ ou acionista;
- p) Funcionários que já se encontrem em período de aviso prévio na data da contratação do seguro;
- q) Segurados não considerados elegíveis a indenização, conforme previsto nestas condições especiais – desemprego involuntário;
- r) Transferências entre empresas, decorrentes de fusões, aquisições e/ou parcerias;
- s) Desemprego ocorrido dentro do período de carência estabelecido no contrato;
- t) Segurados que tenham sido demitidos durante o período de experiência anotado na carteira profissional.

CLÁUSULA 5ª – CAPITAL SEGURADO

O capital segurado corresponderá ao valor contratado pelo segurado na data de ocorrência do evento coberto, respeitado o limite máximo estabelecido no Certificado de Seguro.

O valor da obrigação mencionada no item 5.1. anterior será pago após o cumprimento do período de franquia, desde que o segurado não esteja exercendo nenhuma outra atividade remunerada.

Para efeito de determinação do capital segurado, será considerada como "data da ocorrência do evento coberto" a data indicada no Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, independentemente do aviso prévio ser cumprido ou indenizado.

Anualmente o Capital Segurado será corrigido automaticamente no aniversário de contratação do Bilhete de Seguro, de acordo com o índice pactuado nas Condições Gerais do seguro, ou a qualquer tempo mediante a solicitação do segurado e aceitação da Seguradora

CLÁUSULA 6ª – FRANQUIA/CARÊNCIA

FRANQUIA: O período de Franquia poderá ser estabelecido contratualmente e quando aplicável, deverá constar no Certificado de Seguro, respeitado o limite mínimo de 31 (trinta e um) dias e máximo de 90 (noventa) dias ininterruptos a contar da efetiva ocorrência do evento coberto onde o segurado deverá permanecer na qualidade de desempregado para poder reclamar a cobertura do seguro.

CARÊNCIA: O período de Carência será estabelecido contratualmente respeitado o limite mínimo de 31 (trinta e um) dias e máximo de até 50% (Cinquenta por cento) da vigência da apólice e será contado a partir do início de vigência individual devidamente informado no Certificado de Seguro, ou da recondução da vigência em caso de suspensão.

CLÁUSULA 7ª – PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

Documentos Básicos em caso de Sinistros

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula "PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS", item – "Documentos Básicos em Caso de Sinistros" das Condições Gerais, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos:

- a) Formulário "Aviso de Sinistro", devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Formulário "Autorização para Crédito de Indenização", devidamente preenchido e
- c) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- d) Cópia do Termo de Rescisão Contratual, devidamente homologado pelo sindicato ou por outro órgão competente;
- e) Cópia da CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social) – página do contrato de trabalho onde consta o registro da saída do empregado;
- f) Cópia do Formulário de Dispensa do M.T.E – CD;
- g) Cópia da Carteira de Trabalho devidamente atualizada (carimbo + CNPJ da empresa empregadora + assinatura + data), autenticada em cartório devidamente datada, dentro do mês do benefício ao final de cada mês de desemprego.
- h) Cópia do Certificado de Seguro do Seguro;

Para a continuidade do processo de indenização a Seguradora poderá solicitar a atualização e reenvio das informações necessárias, periodicamente.

CLÁUSULA 8ª – FORMA DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

Parcela Única

O pagamento do capital segurado se dará na forma de uma única prestação no valor do capital segurado contratado, desde que não exerça nenhuma outra atividade remunerada, observado o limite de capital contratado estabelecido no Certificado de Seguro.

CLÁUSULA 9ª – RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE REEMBOLSO DE DESPESAS COM CIRURGIA DECORRENTE DE ACIDENTE OU DOENÇA - (RCDAD)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura e pagamento de prêmio adicional, a presente cobertura garante o ao segurado ou seu representante legal o reembolso das despesas

com cirurgias decorrentes de acidente ou doença coberta até o valor do capital segurado contratado, observados os riscos excluídos e elegibilidade para a cobertura.

CLÁUSULA 2ª – CIRURGIAS COBERTAS

Estão cobertas pelo seguro as seguintes cirurgias cujo prazo de internação seja igual ou superior a 24 (vinte e quatro) horas após a sua realização: Cirurgia Decorrente de Acidente, caracterizada pela necessidade de intervenção cirúrgica em decorrência de acidente coberto ocorrido em data posterior a contratação desta cobertura, desde que prescrita por profissional médico legalmente habilitado e comprovada(s) por meio da documentação, observados os riscos excluídos.

Cirurgia do Coração, caracterizada pela necessidade de intervenção cirúrgica decorrente de cardiopatia grave diagnosticada em data posterior a data de contratação desta cobertura, e devidamente comprovada e prescrita por profissional médico devidamente habilitado;

Cirurgia Cerebral, caracterizada pela necessidade de intervenção cirúrgica decorrente de doença grave, acidente vascular cerebral e ou acidente grave diagnosticada(o) em data posterior a data de contratação desta cobertura devidamente comprovada e prescrita por profissional médico devidamente habilitado;

Transplante de órgãos vitais, caracterizada pela necessidade de transplante diagnosticada(o) em data posterior a data de contratação desta cobertura consiste na transferência de coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor) diagnosticada(o) em data posterior a data de contratação desta cobertura. A indicação de transplante deve ser feita por profissional médico devidamente habilitado para a função.

Esta cobertura não poderá ser contratada quando contratada a cobertura de Diagnóstico de Doença Grave.

CLÁUSULA 3ª – CAPITAL SEGURADO

Capital estará especificado na Apólice e/ou Contrato e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa na Apólice e Certificado Individual de Seguro.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada "data do evento coberto conforme abaixo:

- Cirurgia Cardíaca e Cerebral: a data do diagnóstico da doença que originou a necessidade e prescrição da cirurgia;
- Transplante de Órgãos Vitais: a data do diagnóstico da doença que originou a necessidade e prescrição do transplante;
- Cirurgia decorrente de Acidente, a data do acidente que originou a necessidade e prescrição da cirurgia.

CLÁUSULA 4ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos mencionados no item EXCLUSÕES GERAIS das condições gerais também estarão excluídos da Cobertura de Reembolso de Despesas com Cirurgia Decorrente de Acidente ou Doença:

- a) Cirurgia(s) decorrente(s) de diagnósticos e/ou acidentes anteriores a contratação do seguro;
- b) Cirurgia(s) cujo prazo de internação para realização do procedimento seja igual ou inferior a 24 (vinte e quatro) horas;
- c) Cirurgias que não requerem procedimento invasivo realizado em ambiente hospitalar e que, para efeito deste plano de seguro, não exija permanência no hospital superior a 24 horas, após realização do procedimento;
- d) Cirurgia Plástica Estética;
- e) Cirurgias não indicadas na "cláusula 2º CIRURGIAS COBERTAS".

CLÁUSULA 5ª – CARÊNCIA

CARÊNCIA: O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de 90 (noventa) dias, durante o qual o Segurado não fará jus a cobertura desta Cobertura. A contagem do período de até 90 (noventa) dias se iniciará na data de início de vigência da cobertura.

CARÊNCIA: O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual da cobertura. O período de Carência poderá, a critério da seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 6ª – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Na ocorrência de sinistro que possa acarretar responsabilidade à Seguradora, esta deverá ser comunicada pelo estipulante ou pelo Segurado, seus representantes ou qualquer meio de comunicação idôneo, porém não desobrigando o Segurado, seu representante ou beneficiários a apresentar(em) posteriormente o formulário próprio de aviso de sinistro preenchido.

A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referentes ao evento:

Documentos complementares de acordo com o tratamento ou cirurgia indicada:

- a) Para cirurgias decorrentes de acidente: Radiografias e exames que comprove a lesão e relatório completo e detalhado da necessidade cirurgia devidamente assinado pelo cirurgião responsável.

- b) Para tratamento de Câncer (neoplasia): Resultado do exame anatomopatológico;
- c) Para Cirurgia Cardíaca: Resultado dos exames, Eletrocardiograma, Enzimas Cardíacas, Ecocardiograma, Cintilografia Cardíaca e relatório médico solicitando a cirurgia;
- d) Para Cirurgia Cerebral: Resultado da Tomografia Computadorizada de Crânio e e relatório médico indicando a cirurgia;
- e) Para Transplante de Órgãos Vitais: Prontuário Hospitalar com Relatório completo e detalhado da necessidade Cirurgia devidamente assinado pelo cirurgião responsável.
- f) Para todos os eventos: Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença ou acidente), incluindo laudos, imagens e resultados de exames, referentes aos itens anteriores.

A Seguradora se reserva o direito de solicitar quaisquer outros documentos quando necessário para elucidação do sinistro.

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

Documentos complementares de acordo com o tratamento ou cirurgia indicada:

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

CLÁUSULA 7ª – JUNTA MÉDICA

No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do diagnóstico da necessidade da cirurgia, a Seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica composta por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.

Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora. O prazo para a constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

As despesas efetuadas com a legitimação da comprovação da necessidade de cirurgia e/ou tratamento são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre a necessidade de tratamento ou quadro cirúrgico contatado.

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

Não estando comprovado a realização do tratamento e/ou cirurgia, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das

Condições Especiais sem qualquer devolução de prêmios.

CLÁUSULA 8ª – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE FRATURA DE OSSOS

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento de uma indenização, calculada de acordo com os percentuais indicados na Tabela de Fraturas Cobertas, no Item 6º Indenização desta Condição Especial, aplicados sobre o valor do capital segurado definido para esta cobertura, observados os demais termos destas Condições Especiais, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

A fratura de ossos, deve estar relacionada exclusivamente à ocorrência de acidente pessoal que não seja considerado risco excluído das Condições Gerais e das presentes Condições Especiais, e desde que, ocorrido durante o período de vigência do seguro.

Para fins desta cobertura, define-se como:

- a) **fratura completa:** ocorre quando a fratura se dá em toda superfície do osso, ficando o mesmo dividido em duas partes distintas;
- b) **fratura incompleta:** ocorre quando a fratura acomete apenas parte da superfície
- c) **fratura cominutiva:** mais de uma fratura ocorrida no mesmo osso;
- d) **fratura exposta:** ocorre quando os tecidos moles sobrejacentes foram rompidos, expondo a fratura ao ambiente exterior;
- e) **fratura de Colles:** fratura no osso rádio ao nível do punho; e
- f) **fratura dos dedos:** no mínimo de três dedos, das mãos ou dos pés, sofridas pelo segurado em um mesmo evento.

CLÁUSULA 2ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos descritos nas Condições Gerais como excluídos, também não haverá cobertura quando a fratura de ossos ocorrer em consequência de:

- a) osteoporose (porosidade no osso causada por diminuição progressiva da densidade óssea);
- b) fraturas patológicas, entendidas como aquelas nas quais o osso é fraturado em uma área enfraquecida por uma doença, por um grau de esforço que teria deixado intacto o osso normal, tal como tumor ósseo, metástase de tumores e doenças do metabolismo ósseo (osteoporose);
- c) acidentes em que o Segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo que deu causa à fratura de ossos;
- d) Acidentes ocorridos em consequência de eventos causados exclusivamente pela não utilização, por parte do Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

- e) acidentes e suas consequências ocorridos antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
- f) quaisquer doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente;
- g) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos;
- h) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- i) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meio de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esportes ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- j) autolesões, voluntárias e premeditadas ou sua tentativa;
- k) fratura de osso com doença antes do início da cobertura do seguro; e
- l) eventos que não se incluem no conceito de acidente pessoal, conforme definido nas Condições Gerais.

CLÁUSULA 3ª – ÂMBITO GEOGRÁFICO

Esta cobertura é válida **somente para eventos ocorridos em Território Nacional Brasileiro.**

CLÁUSULA 4ª – CARÊNCIA

Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais. Para os demais, o prazo máximo de carência será de até 2 (dois) anos. Entretanto, este prazo não excederá em hipótese alguma, metade do prazo de vigência.

CLÁUSULA 5ª – FRANQUIA

Não haverá franquia para essa cobertura.

CLÁUSULA 6ª – INDENIZAÇÃO

O valor da indenização será calculado sobre o valor do capital segurado definido na apólice, de acordo com os percentuais indicados na Tabela de Lesões Cobertas abaixo:

Cobertura por Fratura de Ossos	% aplicável sobre o valor total do capital segurado
Vértebra Cervical	100%
Quadril ou Pelve ou Bacia	80%
Crânio	53%

Fêmur, Calcâneo, Úmero	40%
Tornozelo, Perna, Cotovelo, Escápula	33%
Maxilar, Clavícula, Antebraços, Punho (ossos do carpo)	27%
Pescoço	25%
Vértebra Torácica ou Lombar (cada)	20%
Osso esterno, patela (rótula)	13%
Mão (metacarpos, exceto dedos e ossos do carpo)	11%
Pés (exceto calcâneo e dedos do pé), Cóccix	10%
Face ou Nariz (exceto Crânio e Maxilar)	4%
Costelas (cada)	3%
Dedos da mão e do pé (cada)	1%

Em caso de ocorrência de um sinistro, o valor do capital indenizado será reintegrado após 12 (doze) meses da data de ocorrência do evento.

Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação do sinistro, será considerada como data do evento, a data do acidente.

O valor da indenização, depois de calculado com os percentuais da tabela acima descrita, será pago sob forma de parcela única.

Quando do mesmo acidente resultar em mais de uma fratura acidental, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).

CLÁUSULA 7ª – DOCUMENTOS PARA ANÁLISE DO SINISTRO

Ocorrendo um sinistro, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo segurado ou seu representante, através da Central de Atendimento da Seguradora, por meio do telefone indicado na apólice do seguro.

Deverão ser apresentados à Seguradora os seguintes documentos:

- a) Autorização para crédito de pagamento em conta corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- b) Aviso de sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);
- c) Cópia do boletim de ocorrência ou certidão de ocorrência policial, se for o caso;
- d) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação do segurado, brevê do Segurado e atestado de navegabilidade da aeronave, carteira de habilitação náutica do Segurado, se este era o condutor do veículo ou piloto no momento do acidente, respectivamente;
- e) Cópia de documento de identificação, CPF e comprovante de residência do Segurado;
- f) Cópia da comunicação de acidente de trabalho (CAT), juntamente com o aviso de sinistro, nos casos de acidente de trabalho;
- g) Radiografia e outros exames complementares que tenham sido realizados do segmento atingido;
- h) Relatório detalhado do médico atestando a fratura, anexando os exames realizados pelo Segurado e indicando a data do evento, as circunstâncias, as consequências do

acidente sofrido, bem como o tratamento prescrito.

Toda cópia de documento deverá ser autenticada em cartório.

Caso o Segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização por esta cobertura, o valor devido será pago aos seus herdeiros legais.

CLÁUSULA 8ª – INFORMAÇÕES GERAIS

Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

A cobertura descrita nestas condições especiais **está condicionada à contratação da cobertura de morte pelo segurado**, observadas eventuais restrições e limites previstos.

O pagamento de indenização com base nesta cobertura não implica, por parte da seguradora, no reconhecimento de que passam a ser devidas as indenizações previstas por outras coberturas contratadas pelo segurado.

Esta cobertura será regida pelas condições gerais do seguro, além destas condições especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA (IFTT)

CLÁUSULA 1ª – RISCOS COBERTOS

Esta cobertura, desde que contratada e mediante pagamento do prêmio correspondente, garante o pagamento de uma indenização ao próprio segurado, limitado ao capital segurado contratado, em caso de afastamento temporário da ocupação profissional habitual do segurado em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto, respeitando os períodos de franquia e carência, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do seguro.

A cobertura de incapacidade física total e temporária é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, observado o limite de capital segurado contratado.

A incapacidade de que trata a presente cobertura é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

O tempo previsto de incapacidade deverá ser comprovado através de relatório médico emitido por profissional legalmente habilitado (médico) e exames que comprovem a incapacidade física total e temporária.

Após pagamento da Indenização para se ter direito a um novo benefício de Incapacidade Física Total e Temporária é necessário que se comprove, pelo menos, o período decorrido de 6 (seis) meses consecutivos entre o pagamento de um sinistro e a reclamação de outro sinistro.

CLÁUSULA 2ª – ELEGIBILIDADE

São elegíveis para a cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária, todas as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos devidamente comprovados, e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

CLÁUSULA 3ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de acidente pessoal e da cláusula "riscos excluídos" das condições gerais estão também excluídos, salvo disposição contrária, em favor do segurado:

- a) Tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
- b) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas conseqüências;
- c) Tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
- d) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- e) Doenças degenerativas da coluna vertebral inclusive hérnia discal, com exceção de tratamento cirúrgico;
- f) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela síndrome de imunodeficiência adquirida (sida/aids);
- g) Doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;
- h) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de alzheimer, doença de parkinson, entre outras.
- i) Incapacidades, doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores contratação do seguro, para as quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela conseqüentes, de conhecimento do segurado;
- j) Hospitalização para check-up;
- k) Afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pelo bilhete de seguro vigente depois de esgotado o capital segurado contratado para este mesmo evento coberto;
- l) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de lesões por esforço repetitivo (ler), distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (dort) e/ou lesão por trauma cumulativo (lrc), tais como, mas não se limitando a: tendinites, sinovites, síndrome do túnel do

carpo de qualquer etiologia, epicondilite lateral, tenossinovites, artrites, dor miofacial, cerviobraquialgias e todos os processos inflamatórios inespecíficos relacionados ou lesões similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências póstratamentos, 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.

m) Gravidez, parto ou aborto e suas conseqüências;

n) Procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, e mudança de sexo, bem como suas conseqüências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;

o) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de sinistro ocorrido na vigência do seguro;

p) Alterações, distúrbios ou doenças mentais e/ou psiquiátricas, inclusive o "stress";

q) Eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei.

CLÁUSULA 4ª – CAPITAL SEGURADO

O capital segurado corresponderá ao valor contratado pelo segurado na data de ocorrência do evento coberto, respeitado o limite máximo estabelecido no Certificado de Seguro.

O valor da obrigação mencionada no item 4.1. anterior será pago após o cumprimento do período de franquia, desde que o segurado não esteja exercendo nenhuma outra atividade remunerada.

Para efeito de determinação do capital segurado, será considerada "data da ocorrência do evento coberto" a data do laudo médico atestando a incapacidade total e temporária do segurado.

CLÁUSULA 5ª – FRANQUIA/CARÊNCIA

FRANQUIA: O período de Franquia poderá ser estabelecido contratualmente e quando aplicável, deverá constar na Apólice de Seguro, respeitado o limite máximo de 15 (quinze) dias ininterruptos a contar da efetiva ocorrência do evento coberto onde o segurado deverá permanecer na qualidade de afastado de suas atividade para poder reclamar a cobertura do seguro.

CARÊNCIA: O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente respeitando o limite mínimo de 31 (trinta e um) dias e máximo de até 50% (Cinquenta por cento) da vigência total do seguro e, quando aplicável, deverá constar na Apólice de Seguro, e será contado a partir do início de vigência ou do aumento do Capital Segurado ou da recondução da vigência em caso de suspensão.

O período de Carência, quando aplicável, poderá ainda, a critério da seguradora, ser

reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 6ª – PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

Comprovação da Incapacidade

O Segurado deverá comprovar a condição de incapacidade temporária fundamentada no tempo médio de dias através de apresentação de declaração médica apropriada para esta finalidade.

Caso a Seguradora conteste a Declaração Médica apresentada, poderá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação, a constituição de junta médica de acordo com o Item 9.6. das Condições Gerais.

Documentos Básicos em caso de Sinistros

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula "PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS", item – "Documentos Básicos em Caso de Sinistros" das Condições Gerais, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos:

- a) Formulário "Aviso de Sinistro", devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Formulário "Autorização para Crédito de Indenização", devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- c) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- d) Comprovação de atividade profissional, podendo ser: Cópia da Guia de recolhimento do ISS (Imposto Sobre Serviços), ou última declaração do Imposto de Renda, ou Recibo de Pagamento de Autônomo, ou Carnê Leão – acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada, ou comprovante de pagamento do INSS, dos últimos 3 (três) meses anteriores a data da ocorrência do sinistro – acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada, ou inscrição na prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro;
- e) Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;
- f) Exames (laboratoriais, radiológicos e etc.) realizados para confirmação do diagnóstico e ou durante o acompanhamento da patologia;
- g) Cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar;

- h) Atestado de Incapacidade Temporária emitido por profissional habilitado, informando o período de afastamento.
- i) Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) quando aplicável;
- j) Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- k) Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s).

CLÁUSULA 7ª – FORMA DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

O pagamento do capital segurado se dará na forma de prestações sucessivas, de acordo com o período de meses em que o segurado permanecer afastado das suas ocupações profissionais em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto, observado o limite de parcelas mensais contratadas estabelecido na Apólice de Seguro.

O valor de cada prestação corresponderá ao valor da parcela da obrigação a ser paga no mês, observado o valor máximo estabelecido na Apólice de Seguro.

CLÁUSULA 8ª – RATIFICAÇÃO

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

ANEXO I - ASSISTÊNCIA FUNERAL

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

A Assistência Funeral tem por objetivo propiciar aos beneficiários em caso de falecimento do Segurado Titular, Cônjuge, Filhos até 21 anos ou 24 anos se dependente na regulamentação do Imposto de Renda, todo auxílio e prestação de serviços relativos ao funeral, disponibilizando um representante oficial da Seguradora que tomará todas as providências necessárias para a realização do mesmo.

CLÁUSULA 2ª - ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

A cobertura desta Assistência Funeral abrange a morte do Segurado, em qualquer parte do mundo, sendo que os serviços de sepultamento ou cremação (onde existir este serviço) ficam restritos ao município de domicílio e moradia habitual do segurado no território brasileiro.

CLÁUSULA 3ª - LIMITE DE DESPESAS

O conjunto dos serviços e itens garantidos estará limitado ao valor máximo de despesas estabelecido na apólice do seguro.

No caso da não utilização dos serviços, será reembolsado, mediante a apresentação de notas fiscais originais, o valor gasto para realização do funeral até o limite máximo estabelecido na cobertura de Funeral

CLÁUSULA 4ª - SERVIÇOS GARANTIDOS PELA ASSISTÊNCIA FUNERAL

Os serviços a seguir especificados serão prestados exclusivamente mediante o

acionamento da Central de Atendimento de Serviços Assistências (pelos Familiares e/ou Beneficiários, que solicitará as seguintes informações:

- Nome do Segurado;
- CPF;
- Razão Social do Estipulante; e
- CNPJ.

Confirmados todos os dados do segurado e estando o seguro em vigor, serão prestados os serviços previstos neste plano.

TRANSPORTE OU REPATRIAMENTO DO BENEFICIÁRIO FALECIDO

O serviço de Assistência Funeral tratará das formalidades para repatriamento do corpo, garantindo o pagamento das despesas de transporte até o local de inumação no Brasil, incluindo-se os gastos para o fornecimento de uma funerária para este transporte, observado o limite de despesas previsto na apólice.

Esse serviço está previsto nas seguintes condições:

- Falecimento e sepultamento do Segurado, dentro do município de moradia habitual no Brasil.
- Falecimento fora do município de moradia habitual no Brasil, incluindo-se qualquer lugar do mundo, e sepultamento no município de moradia habitual no Brasil.
- Falecimento fora do município de moradia habitual no Brasil e sepultamento fora do município de moradia habitual no Brasil. Neste caso, a Assistência arcará com os gastos limitado ao valor que seria despendido para o traslado à sua moradia habitual no Brasil.

ASSISTÊNCIA AO SEPULTAMENTO OU CREMAÇÃO DO BENEFICIÁRIO FALECIDO

O Serviço de Assistência Funeral garante, a prestação dos serviços de sepultamento ou cremação (onde existir esse serviço) que englobem os seguintes itens:

- Urna;
- Carro para enterro (no município de moradia habitual do Beneficiário);
- Carreto / caixão (no município de moradia habitual do Beneficiário));
- Serviço Assistencial;
- Registro de óbito;
- taxa de sepultamento ou cremação;
- Remoção do corpo (no município de moradia habitual);
- Paramentos;

- Aparelho de ozona;
- Mesa de condolências;
- Velas;
- Velório;
- Véu;
- Enfeite Floral e Coroas;
- Locação de Jazigo.

NOTA: Caso o segurado não possua jazigo ou sepultura, a Seguradora garantirá a locação de cemitério e jazigo por um período máximo de 03 (três) anos, tempo necessário para exumação. Após este período a locação fica sob responsabilidade dos familiares. Não sendo possível sepultamento por motivos alheios a vontade da Seguradora na cidade indicada pela família, este será feito na cidade mais próxima.

CLÁUSULA 5ª - COMUNICAÇÃO

Quando ocorrer algum fato objeto de cobertura das prestações dos serviços de Assistência Funeral, o beneficiário ou familiar do Segurado solicitará pelo telefone a Assistência correspondente, informando seu nome, número da apólice ou do Certificado Individual do Segurado, bem como o local onde se encontra o Segurado e o serviço de que necessita.

IMPORTANTE: consulte em sua apólice se esse serviço faz parte do seu contrato de seguro. A prestação de serviços de assistência funeral não caracteriza o direito à cobertura de morte como um risco coberto pelo seguro. A indenização da cobertura de morte estará sujeita a análise da documentação e demais circunstâncias da ocorrência do sinistro, respeitadas as demais cláusulas das condições gerais e da proposta de contratação.