

SEGURO VIDA

Condições Contratuais

Versão 1.0c

CNPJ 28.196.889/0001-43
Processo SUSEP nº 15414.900079/2016-51

NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO

Central de Atendimento Digital - www.bbseguros.com.br

Atendimento online via Chat (exceto feriados)

Horário de atendimento: de 2ª a 6ª feira, das 8h às 20h40
sábados das 9h às 15h20

Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC).....0800 729 7000

Deficientes auditivos ou de fala0800 962 7373

Horário de atendimento: 24 horas (todos os dias)

Canal utilizado para Acionamento do Seguro e da Assistência 24h (Brasil)

Assistência 24h no exterior (55) 16 3111-8600

Horário de atendimento: 24 horas (todos os dias)

Contratação, renovação e alteração na Apólice0800 729 0400

Ligações de celular (capitais e regiões metropolitanas) (55) 11 4004-0009

Horário de atendimento (exceto feriados): de 2ª a 6ª feira, das 08h30 às 21h10
sábados: Contratação, Renovação: das 08h30 às 18h, exceto feriados nacionais.
Alteração na Apólice: das 10h às 16h20, exceto feriados nacionais.

Ouvidoria BB Seguros0800 880 2930

Deficientes auditivos ou de fala0800 775 7003

Horário de atendimento: de 2ª a 6ª feira, das 8h às 18h (exceto feriados)

A Ouvidoria poderá ser acionada para atuar na defesa dos direitos dos consumidores, esclarecer e/ou solucionar demandas já tratadas pelos canais de atendimento habituais.

Canal de Conduta Ética0800 444 8256

Horário de atendimento: 24h (todos os dias)

de 2ª a 6ª feira, das 9h às 19h com atendentes especializados,
demais horários apenas atendimento eletrônico.

www.canaldecondutaetica.com.br/bbseguros

Canal exclusivo para denúncias sobre quaisquer práticas suspeitas de desvio de conduta ética relacionadas ao seguro.

As denúncias poderão ser feitas de forma anônima ou identificada e serão recepcionadas por uma empresa independente e especializada, assegurando o sigilo absoluto e o tratamento adequado a cada situação.

É importante fornecer o máximo de informações possíveis, possibilitando assim a análise assertiva do caso.

Todas as denúncias serão analisadas, investigadas e terão as medidas cabíveis aplicadas.

BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Av. das Nações Unidas, 14.261 • Ala A • 29º andar

04794-000 • Vila Gertrudes • São Paulo/SP

CNPJ: 28.196.889/0001-43

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS	5
CLÁUSULA 1 - OBJETIVO DO SEGURO	5
CLÁUSULA 2 - DEFINIÇÕES	5
CLÁUSULA 3 - COBERTURAS DO SEGURO	8
CLÁUSULA 4 - RISCOS EXCLUÍDOS	18
CLÁUSULA 5 - ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA	20
CLÁUSULA 6 - FRANQUIA	20
CLÁUSULA 7 - CARÊNCIA	20
CLÁUSULA 8 - ACEITAÇÃO DO SEGURO	20
CLÁUSULA 9 - INÍCIO DE VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE	22
CLÁUSULA 10 - PAGAMENTO DE PRÊMIO	22
CLÁUSULA 11 - CANCELAMENTO DA APÓLICE	23
CLÁUSULA 12 - INADIMPLÊNCIA, SUSPENSÃO E CANCELAMENTO	24
CLÁUSULA 13 - CAPITAL SEGURADO	25
CLÁUSULA 14 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	26
CLÁUSULA 15 - TABELA DE REENQUADRAMENTO ETÁRIO	26
CLÁUSULA 16 - CUSTEIO DO SEGURO	26
CLÁUSULA 17 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	26
CLÁUSULA 18 - BENEFICIÁRIOS	31
CLÁUSULA 19 - PERDA DE DIREITOS	32
CLÁUSULA 20 - REGIME FINANCEIRO	33
CLÁUSULA 21 - PROPAGANDA E PUBLICIDADE	33
CLÁUSULA 22 - PRESCRIÇÃO	33
CLÁUSULA 23 - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	33
CLÁUSULA 24 - FORO	34
CONDIÇÕES ESPECIAIS	34
CLÁUSULA ADICIONAL DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A)	
CLÁUSULA 25 - APLICAÇÃO DA CLÁUSULA	34
CLÁUSULA 26 - INÍCIO DA COBERTURA	35
CLÁUSULA 27 - CAPITAL SEGURADO	35
CLÁUSULA 28 - BENEFICIÁRIOS	35
CLÁUSULA 29 - PAGAMENTO DE PRÊMIO	35

CLÁUSULA 30 - COBERTURA	35
CLÁUSULA 31 - TÉRMINO DAS COBERTURAS DESTA CLÁUSULA	35
CLÁUSULA 32 - DISPOSIÇÕES GERAIS	36
COBERTURA ADICIONAL DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER	36
CLÁUSULA 33 - OBJETIVO DA COBERTURA.....	36
CLÁUSULA 34 - DEFINIÇÕES.....	36
CLÁUSULA 35 - RISCOS COBERTOS.....	37
CLÁUSULA 36 - RISCOS EXCLUÍDOS	38
CLÁUSULA 37 - CARÊNCIA	38
CLÁUSULA 38 - INÍCIO DE VIGÊNCIA.....	38
CLÁUSULA 39 - TÉRMINO DA COBERTURA DO SEGURO	38
CLÁUSULA 40 - CAPITAL SEGURADO	38
CLÁUSULA 41 - TABELA DE REENQUADRAMENTO ETÁRIO.....	39
CLÁUSULA 42 - PAGAMENTO DE PRÊMIO.....	40
CLÁUSULA 43 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	40
CLÁUSULA 44 - BENEFICIÁRIO	40
CLÁUSULA 45 - DISPOSIÇÕES GERAIS	41
COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES	41
CLÁUSULA 46 - OBJETIVO DA COBERTURA.....	41
CLÁUSULA 47 - DEFINIÇÕES.....	41
CLÁUSULA 48 - RISCOS COBERTOS.....	42
CLÁUSULA 49 - RISCOS EXCLUÍDOS	43
CLÁUSULA 50 - CARÊNCIA.....	44
CLÁUSULA 51 - INÍCIO DE VIGÊNCIA.....	44
CLÁUSULA 52 - TÉRMINO DA COBERTURA DO SEGURO	45
CLÁUSULA 53 - CAPITAL SEGURADO	45
CLÁUSULA 54 - TABELA DE REENQUADRAMENTO ETÁRIO.....	45
CLÁUSULA 55 - PAGAMENTO DE PRÊMIO.....	46
CLÁUSULA 56 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	46
CLÁUSULA 57 - BENEFICIÁRIO	48
CLÁUSULA 58 - DISPOSIÇÕES GERAIS	48

CONDIÇÕES GERAIS

CLÁUSULA 1 - OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. O presente seguro de pessoas tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio, o pagamento de indenização ao próprio segurado ou ao seu(s) beneficiário(s), conforme o caso, respeitadas as condições contratuais em vigor na data de ocorrência do evento coberto e as coberturas e os limites dos capitais segurados, **observando os riscos expressamente excluídos.**

CLÁUSULA 2 - DEFINIÇÕES

- 2.1. **Acidente Pessoal:** O evento com data caracterizada, exclusivo e **DIRETAMENTE externo, súbito, involuntário e violento, CAUSADOR DE LESÃO FÍSICA** que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha **como consequência DIRETA a morte ou a invalidez permanente, total ou parcial, DO SEGURADO**, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a) Incluem-se nesse conceito:

- i. o suicídio, ou a sua tentativa, desde que não ocorrido nos primeiros 2 (dois) anos de contratação que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- ii. os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- iii. os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- iv. os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- v. os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) **excluem-se desse conceito:**

- i. **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 visivelmente causado em decorrência de acidente coberto;**
- ii. **as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- iii. **as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com esses, assim como as lesões classificadas como: Lesão por esforços repetitivos-LER, Doenças Osteo-Musculares RELACIONADAS ao Trabalho-DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo-LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**

iv. 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 nesta cláusula.

- 2.2. Apólice:** Documento que formaliza o contrato de seguro, estabelecendo os direitos e as obrigações da sociedade seguradora e do segurado e discriminando as garantias contratadas.
- 2.3. Ato Ilícito:** ato consistente na ação ou omissão voluntária do indivíduo, por negligência, por imprudência ou por imperícia que acaba por violar direito alheio ou causar prejuízo a outrem.
- 2.4. Aviso de Sinistro:** Comunicação de um sinistro, que o segurado ou beneficiário são obrigados a fazer à seguradora, com a finalidade de dar conhecimento imediato da ocorrência de um evento passível de cobertura.
- 2.5. Beneficiário:** Pessoa física designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do evento coberto.
- 2.6. Capital Segurado:** Valor máximo para a cobertura contratada, vigente na data do evento coberto, a ser pago pela seguradora ao beneficiário.
- 2.7. Carência:** Período, contado a partir da data de início da vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução da vigência do seguro, no caso de suspensão, durante o qual o beneficiário não terá direito ao capital segurado, no caso de ocorrência de evento coberto.
- 2.8. Coberturas:** Risco assumido pela seguradora, conforme o contrato de seguro, respeitados os eventos não cobertos e riscos excluídos.
- 2.9. Comoriência:** É a **presunção** de morte simultânea, quando do falecimento de dois ou mais indivíduos na mesma ocasião, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro.
- 2.10. Companheira(o):** É a pessoa que convive em união estável ou condição equiparada, configurada na convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família, devidamente comprovada por decisão judicial, escritura pública ou pelos meios previstos contratualmente.
- 2.11. Condições Contratuais:** Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais e apólice.
- 2.12. Condições Especiais:** Conjunto de disposições específicas relativas a cada modalidade de cobertura de um plano de seguro que, eventualmente, alteram as condições gerais.
- 2.13. Condições gerais:** Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da seguradora, dos segurados e dos beneficiários.
- 2.14. Corretor:** É o intermediário, seja pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado e legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguro entre as sociedades seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas.
- O corretor de seguros responderá civilmente perante os segurados e as seguradoras pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência no exercício da profissão.**
- 2.15. Custeio do Seguro:** É o pagamento do seguro, que será efetuado integralmente pelo segurado.

- 2.16. Declaração Pessoal de Saúde e Atividade:** Documento utilizado para avaliação do risco pela seguradora, no qual o proponente presta as informações e declarações sobre a atividade profissional exercida e o seu estado de saúde.
- 2.17. Diária de Internação Hospitalar:** É o valor contratado pelo segurado por dia, por período superior a 48 (quarenta e oito) horas de hospitalização, comprovados através de notas fiscais ou qualquer outro instrumento legal de cobrança, pedido médico de internação acompanhado de relatório médico ou declaração do hospital onde ocorreu a internação.
- 2.18. Doenças e Lesões Preexistentes e suas Consequências:** São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo segurado, anteriormente à data da contratação do seguro, de seu conhecimento, não declarada na contratação do seguro, caracterizando-se pela omissão de tratamento ou pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações do seu estado de saúde.
- 2.19. Doença Profissional:** É toda e qualquer deficiência e/ou enfraquecimento da saúde humana, causada por uma exposição contínua a condições inerentes à ocupação de uma pessoa, ou seja, é aquela que decorre da atividade profissional desempenhada.
- 2.20. Endosso:** Documento emitido pela seguradora por meio do qual se formaliza qualquer eventual alteração na apólice.
- 2.21. Foro:** Âmbito geográfico competente para as disputas judiciais decorrentes do seguro.
- 2.22. Franquia:** Período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito à cobertura do seguro.
- 2.23. Hospital:** Instituição legalmente autorizada pelo Ministério da Saúde correspondente, para o diagnóstico, cuidados médicos e cirúrgicos de feridos ou doentes, oferecendo centros cirúrgicos, médicos e enfermeiras certificados, disponíveis 24 (vinte e quatro) horas por dia. **Não se entende como estabelecimento hospitalar: casa de saúde, ambulatórios, instituições para atendimento de deficientes mentais e/ou doentes psiquiátricos, centro de diagnose, laboratórios, “day hospital”, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescença para idosos ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool.**
- 2.24. Impotência Funcional:** É a alteração de função orgânica ou de partes do organismo que gera prejuízo impeditivo ao indivíduo.
- 2.25. Indenização:** É o valor a ser pago ao beneficiário pela seguradora na ocorrência do evento coberto, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada, vigente na data da ocorrência do sinistro.
- 2.26. Médico/Médico-Assistente:** Profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, responsável pelo acompanhamento clínico e pelo diagnóstico do segurado.
Não serão aceitos como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da seguradora.
- 2.27. Período de Cobertura:** Prazo durante o qual o(s) beneficiário(s) fará(ão) jus ao capital segurado contratado em caso de ocorrência de evento coberto.
- 2.28. Prêmio:** Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.
- 2.29. Prêmio Comercial:** Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos se houver.

- 2.30. Pro rata Temporis:** É o cálculo do prêmio do seguro, proporcional aos dias de vigência do contrato.
- 2.31. Proponente:** Pessoa física que demonstra interesse em contratar a(s) cobertura(s) do seguro, a partir da apresentação da proposta de contratação.
- 2.32. Proposta de Contratação:** Documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de contratar cobertura(s), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 2.33. Redução Funcional:** É a alteração de função, de intensidade variável, que pode gerar disfunção ou insuficiência de órgãos ou de partes do organismo.
- 2.34. Regime Financeiro de Repartição Simples:** É a estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse período.
- 2.35. Regulação de Sinistro:** É o processo administrativo que visa verificar as causas e circunstâncias de um evento, a partir de sua comunicação pelo beneficiário e, em face dessas verificações, concluir sobre a sua cobertura, bem como se o segurado cumpriu todas as suas obrigações legais e contratuais.
- 2.36. Reintegração do Capital Segurado:** É o restabelecimento do capital segurado após o pagamento de uma indenização.
- 2.37. Riscos Excluídos:** Correspondem aos riscos previstos nas condições contratuais não cobertos pelo plano de seguro contratado.
- 2.38. Segurado:** Pessoa física, com interesse segurável, sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 2.39. Segurado Dependente:** É o cônjuge ou companheiro(a) do segurado principal, quando incluído no contrato de seguro, desde que não seja segurado principal.
- 2.40. Seguradora:** É empresa legalmente constituída para comercializar seguro e que se responsabiliza pela(s) cobertura(s) contratada(s), mediante recebimento de prêmio, conforme estabelecido nestas condições contratuais.
- 2.41. Sinistro:** A ocorrência de um evento coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.
- 2.42. Vigência do Seguro:** Período no qual a apólice do seguro está em vigor e as coberturas de risco contratadas serão garantidas pela seguradora.

CLÁUSULA 3 - COBERTURAS DO SEGURO

- 3.1. As coberturas descritas nestas condições gerais não poderão ser comercializadas isoladamente. Todas as coberturas descritas nestas condições gerais são de contratação obrigatória.**
- 3.2. Cobertura de Morte, Natural ou Acidental (MNA):** É a garantia do pagamento de indenização ao beneficiário do seguro de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de morte natural ou acidental do segurado, durante a vigência do seguro, observada as condições contratuais e **os riscos expressamente excluídos.**

- 3.3. Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA):** É a garantia de pagamento de uma indenização ao próprio segurado, referente à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, durante a vigência do seguro, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, **causada por acidente coberto, calculada conforme a TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE**, constante no subitem 3.3.5, desta cláusula e desde que não se trate de risco expressamente excluído, limitado ao valor correspondente a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para essa cobertura.
- 3.3.1. Para fim deste seguro, considera-se Invalidez Permanente Total ou Parcial por acidente** aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação e determine a perda total ou parcial do uso de um membro ou órgão.
- 3.3.2. No caso de Invalidez Permanente decorrente de Acidente Pessoal coberto**, após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e verificada a existência de Invalidez Permanente **AVALIADA QUANDO DA ALTA MÉDICA DEFINITIVA**, a seguradora pagará ao próprio segurado, de uma só vez, uma indenização, de acordo com a **TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE**, descrita no subitem 3.3.5.
- a) Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para a sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau de 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);
 - b) Em todos os casos de Invalidez Permanente Parcial não especificados na citada tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente da sua profissão;
 - c) QUANDO de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder a da indenização prevista para sua perda total;
 - d) A perda ou maior redução funcional de membro ou órgão já defeituoso antes do acidente será indenizada, deduzindo-se do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente;
 - e) A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

3.3.3. As indenizações pelas coberturas de Morte e Invalidez Permanente Total ou Parcial por acidente (IPA) não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por IPA, verificar-se a morte do segurado em decorrência do mesmo acidente, a seguradora pagará a indenização relativa a Morte, deduzido o valor já pago pela IPA.

3.3.4. Após o pagamento de indenização referente à cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, haverá reintegração do capital segurado após cada sinistro.

3.3.5. TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

Caracterizada a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, conforme previsto nestas condições gerais, a indenização será efetuada conforme tabela abaixo:

INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA DE MORTE
	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 e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100

INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA DE MORTE
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Mudez incurável	50
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Perda total da visão de um olho	30
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20

INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA DE MORTE
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	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 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 da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 (um terço) do valor do dedo respectivo	
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos de uma parte do mesmo pé	25
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20

INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA DE MORTE
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, indenização equivalente a ½ (metade), e dos demais dedos, equivalente a 1/3 (um terço) do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 4 (quatro) centímetros	10
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 3 (três) centímetros	06
	Encurtamento de um dos membros inferiores de menos de 3 (três) centímetros	sem indenização
PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA		
A Perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela		
DIVERSAS	MANDÍBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	Em grau máximo	15
	Em grau médio	10

INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA DE MORTE
DIVERSAS	Em grau mínimo	05
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	Perda total do olfato	7
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais	
	Bilateral com fístulas	25
	Unilateral com fístulas	15
	Bilateral	14
	Unilateral	7
	Lesões da pálpebra	
	Entrópio bilateral	14
	Ptose palpebral bilateral	10
	Entrópio bilateral	7
	Ectrópio bilateral	6
	Má oclusão palpebral bilateral	6
	Ptose palpebral unilateral	5
	Ectrópio unilateral	3
	Má oclusão palpebral unilateral	3
	APARELHO DA FONAÇÃO	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
Perda de substância (palato mole e duro)	15	
DIVERSAS	SISTEMA AUDITIVO	
	Amputação total das duas orelhas	16
	Amputação total de uma orelha	8
	PERDA DO BAÇO	15
	APARELHO URINÁRIO	
	Incontinência urinária permanente	30
	Cistostomia (definitiva)	30
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Perda de rim único	75
	Perda de um rim, com rim remanescente	
	Redução da função renal (dialítica)	75
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Com função preservada	30

INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA DE MORTE
DIVERSAS	APARELHO REPRODUTOR E GENITAL	
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda do útero antes da menopausa	30
	Perda de dois testículos	15
	Perda de dois ovários	15
	Perda do útero depois da menopausa	10
	Perda de um testículo	05
	Perda de um ovário	05
	PESCOÇO	
	Traqueostomia definitiva	40
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	TÓRAX	
	APARELHO RESPIRATÓRIO	
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
	Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia - parcial ou total)	
	Com insuficiência respiratória	75
	Com redução em grau médio da função respiratória	50
	Com redução em grau mínimo da função respiratória	25
	Com função respiratória preservada	15
	MAMAS (FEMININAS)	
	Mastectomia bilateral	20
	Mastectomia unilateral	10
	ABDOMEM (ÓRGÃO E VÍSCERAS)	
	Gastrectomia total	40
	Gastrectomia subtotal	20
	INTESTINO DELGADO	
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
	Ressecção parcial	20
	INTESTINO GROSSO	
	Colostomia definitiva	40
	Colectomia total	40
	Colectomia parcial	20

INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA DE MORTE
DIVERSAS	RETO E ÂNUS	
	Incontinência fecal com prolapso	50
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Retenção anal	10
	FÍGADO	
	Lobectomia com insuficiência hepática	50
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
	Epilepsia pós-traumática	20
	Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
	HÉRNIAS	
	Hérnia de Disco Cervical	20
	Hérnia de Disco Lombar e Torácica	25
	Hérnia de Diafragma (sem comprometimento respiratório)	20
	Hérnia de Diafragma (com comprometimento respiratório)	40
	Hérnia Inguinal ou Inguino Escrotal	10
	Hérnia Incisional	20
	Hérnia de Hiato	10
	Hérnia Umbilical	10
	Hérnia Epigástrica	10

3.4. Cobertura de Acessibilidade Física em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente: É a garantia do pagamento de uma indenização adicional, **correspondente a 50% (cinquenta por cento) do capital segurado relativo à cobertura de Morte Natural ou Acidental**, caso se caracterize uma Invalidez Permanente Total ou Parcial de valor superior a 50% (cinquenta por cento), **calculada conforme a TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE**, constante no subitem 3.3.5 desta cláusula e desde que não se trate de risco expressamente excluído.

3.4.1. As indenizações pelas coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e acessibilidade Física em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente se acumulam.

3.4.2. APÓS O PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO REFERENTE À COBERTURA DE ACESSIBILIDADE FÍSICA EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE , NÃO HAVERÁ REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E A MESMA SERÁ EXCLUÍDA DA APÓLICE DE SEGURO.

3.5. Auxílio-Funeral: Garante o reembolso das despesas incorridas com o funeral, tendo o beneficiário a livre escolha do prestador de serviço, podendo o beneficiário optar de forma expressa, se assim desejar, pela prestação de serviço da rede credenciada, até o limite do capital segurado contratado, em caso de falecimento do(s) segurado(s) designado(s) na proposta de contratação, **desde que não se trate de risco expressamente excluído.**

3.5.1. O beneficiário poderá optar pelo reembolso ou pela prestação do serviço de sepultamento ou cremação do segurado (onde existir este serviço no município de moradia habitual do segurado), por meio de rede credenciada à seguradora, respeitado os limites e critérios estabelecidos na apólice de seguro.

3.5.2. Caso o beneficiário opte pelo reembolso:

- a) Será vedada a utilização de quaisquer serviços da rede especializada de prestadores de serviços credenciada;
- b) O reembolso dos gastos suportados será efetuado até o limite do capital segurado contratado e mediante comprovação por notas fiscais originais ou cópia(s) autenticada(s), sem rasuras.

3.5.3. Caso o beneficiário opte pela prestação de serviços:

- a) Deverá ser utilizada a rede especializada de prestadores de serviços credenciada, por meio do Serviço de Atendimento aos Clientes (SAC) da seguradora. A ligação é gratuita e pode ser feita de qualquer lugar do Brasil.

3.5.4. Entende-se por “despesas com funeral” a cobertura das despesas com sepultamento ou cremação (quando houver o serviço disponível no município de moradia habitual do segurado), de acordo com o limite de despesas previamente acordado e conforme os itens abaixo relacionados:

- Urna/caixão;
- Higienização Básica;
- Ornamentação do corpo;
- Coroa de flores da estação;
- Véu;
- Paramentos (essa);
- Velas;
- Carro Fúnebre para remoção dentro do município de moradia habitual;
- Repatriamento até o município de moradia habitual;
- Registro em cartório, quando autorizado pela legislação local;
- Livro de presença;

- Locação de sala para velório somente em capelas municipais ou particulares;
- Taxas de sepultamento em cemitério municipal ou em outro cemitério com valor equivalente;
- Taxas de cremação (onde existir este serviço no município de moradia atual);
- Locação de jazigo em cemitério no município do segurado ou em cemitério de outro município, desde que o valor seja equivalente ao que seria pago em cemitério no município do segurado, quando necessário e disponível na cidade.

3.5.5. Todos os itens acima serão disponibilizados conforme infra-estrutura local. Não caberá a seguradora a responsabilidade pela falta de itens que não estejam disponíveis ou não sejam comercializados em determinadas praças.

3.5.6. Nas situações nas quais os valores dos itens forem regulamentados pela legislação municipal e houver necessidade de urnas especiais (gorda, zincada) e/ou preparação do corpo para o velório em razão da data do óbito, o capital segurado contratado poderá ser insuficiente. **A SEGURADORA NÃO SE RESPONSABILIZA PELOS VALORES QUE ULTRAPASSAREM O CAPITAL SEGURADO CONTRATADO, SENDO OS MESMOS DE RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA DO BENEFICIÁRIO OU DA FAMÍLIA DO SEGURADO.**

3.5.7. Cremação: Traslado do corpo da cidade onde ocorrer o óbito para a cidade mais próxima que tenha o serviço de cremação num raio máximo de 100 km (cem quilômetros), e o posterior retorno das cinzas aos familiares.

3.5.8. Sepultamento: Sepultamento do corpo em jazigo da família, em cemitério municipal, na cidade indicada por esta.

3.5.8.1. Não havendo jazigo da família será alugado jazigo pelo período de até 3 (três) anos em cemitério público, conforme legislação local. E quando não for possível o aluguel em cemitério público, será alugado em cemitério particular, no qual exista acordo com prefeitura local.

3.5.9. Traslado: Traslado da cidade onde ocorrer o óbito até o local de domicílio do segurado ou local de sepultamento, conforme designado pela família.

- a) O traslado do corpo para a realização do funeral ou cremação em outro município será realizado até o limite do capital segurado contratado. Caso o beneficiário tenha optado pela prestação do serviço, em vez do reembolso das despesas, o traslado será realizado até o município desejado, **desde que não ultrapasse a distância entre o município onde ocorreu o óbito e o município de moradia habitual do segurado;**
- b) Caso a família opte pela realização do funeral ou cremação fora desse limite descrito na alínea "a", **deverá assumir integralmente a responsabilidade pela diferença do pagamento das despesas.** A partir da chegada do corpo nesse município, a prestadora de serviço assumirá os serviços garantidos pelo seguro;
- c) **A SEGURADORA FICARÁ ISENTA DA RESPONSABILIDADE DE PRESTAR O SERVIÇO, CASO HAJA RECUSA DA FAMÍLIA EM EFETUAR O PAGAMENTO DO(S) VALOR(ES) EXCEDENTE(S).**

3.6. Cobertura de Diárias de Internação Hospitalar decorrente de Acidente (DIH_A): É a garantia do pagamento de um valor fixo por dia de hospitalização do segurado em consequência de acidente pessoal, limitado ao número máximo de diárias contratado e definidos na apólice, observado o período de franquia, sendo vedada a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares incorridas, de acordo com os riscos cobertos e **desde que não se trate de risco expressamente excluído.**

3.6.1. Riscos Cobertos:

a) Estão cobertas as diárias de internação hospitalar do segurado, determinadas por médico e comprovadas por meio da documentação obrigatória, por motivo de acidente pessoal, ocorrido durante a vigência do risco individual, após o período de franquia previsto na **CLÁUSULA 6 - FRANQUIA**;

b) **Limite Máximo de Eventos:** Será limitado em 3 (três) internações hospitalares a cada 12 (doze) meses contados a partir do último aniversário da apólice.

3.6.2. A contratação desta cobertura não implica em garantia de internação hospitalar. A responsabilidade pela obtenção de vaga para internação em hospital é do próprio segurado, de seus familiares ou de seu acompanhante.

3.6.3. A indenização será paga somente APÓS A ALTA MÉDICA DEFINITIVA, para a contabilização dos dias de internação.

CLÁUSULA 4 - RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS, DESTE SEGURO OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA:

- A) DO USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, INCLUINDO A EXPLOÇÃO NUCLEAR PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO A CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA, OU A EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;**
- B) DE ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, DE GUERRA QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, INVASÕES, ATOS MILITARES, HOSTILIDADES, DE GUERRA CIVIL OU GUERRILHA, DE REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES; EXCETO SE DECORRENTE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR OU ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;**
- C) DE LESÕES OU DOENÇAS PREEXISTENTES DE CONHECIMENTO DO SEGURADO E NÃO DECLARADA NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO OU QUE O OBRIGUE A FAZER ACOMPANHAMENTO MÉDICO OU USO DE MEDICAMENTO DE FORMA CONTINUADA OU TRATAMENTO EM REGIME HOSPITALAR EM PERÍODO CUJOS EFEITOS PERSISTAM ATÉ A DATA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO E, QUE CONTRIBUA DIRETA OU INDIRETAMENTE NA CARACTERIZAÇÃO DE UM EVENTO PREVISTO NESTAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS;**
- D) DA TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS, OCORRIDOS ANTES DE COMPLETADOS 2 (DOIS) ANOS DE VIGÊNCIA DO SEGURO, CONTADOS DO INÍCIO DA RESPECTIVA COBERTURA DO SEGURO OU DO AUMENTO DE CAPITAL SEGURADO, CUJA EXCLUSÃO SERÁ APLICADA SOMENTE EM RELAÇÃO AO CAPITAL SEGURADO AUMENTADO;**

- E) DANOS E PERDAS CAUSADAS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATO TERRORISTA, CABENDO À SEGURADORA COMPROVAR COM DOCUMENTAÇÃO HÁBIL, ACOMPANHADA DE LAUDO CIRCUNSTANCIADO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTE DE SEU PROPÓSITO, E DESDE QUE ESTE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATENTÓRIO À ORDEM PÚBLICA PELA AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE;
- F) DE ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO BENEFICIÁRIO OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO;
- G) OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DE FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA;
- H) EPIDEMIAS E PANDEMIAS, DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE.

4.2. ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NO ITEM 4.1, ESTARÃO, TAMBÉM, EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL:

- A) DESPESAS COM COMPRA DE JAZIGO.

4.3. ALÉM DAS EXCLUSÕES PREVISTAS NO ITEM 4.1, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE:

- A) DOENÇAS MENTAIS, PSIQUIÁTRICAS, ESTRESSE E DEPRESSÃO, INCLUINDO AS INTERNAÇÕES EM DEPARTAMENTOS PSIQUIÁTRICOS DE HOSPITAIS GERAIS OU PRONTOS-SOCORROS PARA TRATAMENTO DESTAS DOENÇAS E/OU AQUELAS QUE EXIJAM PSICANÁLISE, SONOTERAPIA OU PSICOTERAPIA;
- B) INTERNAÇÕES DOMICILIARES (“HOME CARE”);
- C) INTERNAÇÕES EM CLÍNICAS OU INSTITUIÇÕES PARA ACOMODAÇÃO OU TRATAMENTO DE IDOSOS, INCLUINDO ASILOS E CASAS DE REPOUSO;
- D) DANOS ESTÉTICOS;
- E) CIRURGIAS PLÁSTICAS, EXCETO AS PÓS-ACIDENTAIS RESTAURADORAS QUE SEJAM NECESSÁRIAS PARA RESTABELECIMENTO DO SEGURADO EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO;
- F) A PERDA DE DENTES OU TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DE QUALQUER ESPÉCIE;
- G) INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE COBERTO;
- H) INTERNAÇÕES HOSPITALARES PARA INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA, ESPERA PARA A REALIZAÇÃO DE CIRURGIA, AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SANIDADE (“CHECK-UP”), REPOUSO OU GERIATRIA;
- I) ESTADOS DE CONVALESCENÇA (APÓS A ALTA MÉDICA) E AS DESPESAS DE ACOMPANHANTES;
- J) INTERNAÇÕES HOSPITALARES REALIZADAS POR PROFISSIONAIS DE ESPECIALIDADES NÃO RECONHECIDAS PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA OU POR MÉDICOS QUE NÃO SEJAM LEGALMENTE HABILITADOS;

- K) LESÕES CORPORAIS, BEM COMO SUAS CONSEQUÊNCIAS, DECORRENTES DE ACIDENTES OCORRIDOS ANTES DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO RISCO INDIVIDUAL;
- L) PROCEDIMENTOS NÃO PREVISTOS NO CÓDIGO BRASILEIRO DE ÉTICA MÉDICA, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS EXPERIMENTAIS E TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS NÃO RECONHECIDOS PELO SERVIÇO NACIONAL DE FISCALIZAÇÃO DE MEDICINA E FARMÁCIA;
- M) ATOS CONTRÁRIOS À LEI, INCLUSIVE A DIREÇÃO DE VEÍCULOS AUTOMOTORES, INCLUINDO MOTOS, BARCOS, AERONAVES E ASSEMELHADOS, SEM A DEVIDA HABILITAÇÃO OU SEM A UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA OBRIGATÓRIOS POR LEI, COMO CAPACETES E CINTOS DE SEGURANÇA;
- N) EVENTOS NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO.

CLÁUSULA 5 - ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

- 5.1. O âmbito territorial de cobertura é o globo terrestre.

CLÁUSULA 6 - FRANQUIA

- 6.1. PARA A COBERTURA DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE SERÁ APLICADA FRANQUIA DE 2 (DUAS) DIÁRIAS, DESTA FORMA, INICIA-SE A COBERTURA A PARTIR DA 3ª (TERCEIRA) DIÁRIA.
- 6.1.1. PARA O CÁLCULO DA RESPONSABILIDADE DA SEGURADORA E DO CAPITAL SEGURADO, CONSIDERA- SE A QUANTIDADE DE DIÁRIAS A PARTIR DA DATA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR SUBTRAINDO O PERÍODO DE FRANQUIA, CONFORME DEFINIDO NO ITEM 6.1 DESTA CLÁUSULA.

CLÁUSULA 7 - CARÊNCIA

- 7.1. HAVERÁ CARÊNCIA DE 2 (DOIS) ANOS ININTERRUPTOS PARA A TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS.
- 7.2. O PRAZO DE CARÊNCIA SERÁ CONTADO A PARTIR DA DATA DE INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA OU DO AUMENTO DO CAPITAL SEGURADO POR SOLICITAÇÃO DO SEGURADO, CUJA EXCLUSÃO SERÁ APLICADA SOMENTE EM RELAÇÃO AO CAPITAL SEGURADO AUMENTADO.
- 7.3. NÃO HÁ PRAZO DE CARÊNCIA PARA SINISTROS DECORRENTES DE ACIDENTES PESSOAIS, RESSALVADA A HIPÓTESE PREVISTA NO ITEM 7.1.

CLÁUSULA 8 - ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 8.1. A ACEITAÇÃO DO SEGURO ESTARÁ SUJEITA À ANÁLISE DO RISCO.
- 8.2. Poderá ser aceito como segurado, todo proponente que esteja, na data da contratação do seguro, em plenas condições de exercer atividade profissional, ou aposentado por idade ou tempo de serviço e que se encontre em perfeitas condições de saúde e com idade compreendida entre 18 (dezoito) anos e 70 (setenta) anos completos.
- 8.3. A CONTRATAÇÃO DA APÓLICE SE FORMALIZARÁ APÓS A ACEITAÇÃO DA SEGURADORA DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO E DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE DEVIDAMENTE ASSINADA PELO PROPONENTE E/ OU CORRETOR, APÓS O CONHECIMENTO DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO E AS DEMAIS INFORMAÇÕES DEFINIDAS PELAS DISPOSIÇÕES LEGAIS E REGULAMENTARES EM VIGOR.

- 8.4. A seguradora tem o prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data de protocolo da proposta na seguradora, seja para seguros novos ou renovações bem como para alterações que impliquem modificação do risco, para aceitação ou recusa do risco.**
- 8.5. O prazo de 15 (quinze) dias para a análise e aceitação do risco ou alteração da proposta será suspenso, quando a seguradora verificar que as informações contidas na proposta de contratação são insuficientes e solicitar, por uma única vez, a apresentação de novos documentos ou de exames. A contagem do prazo de 15 (quinze) dias voltará a correr a partir da data em que ocorrer o protocolo de entrega do que tiver sido solicitado.**
- 8.5.1. Serão considerados como pendentes, sem contagem de prazo, os processos de aceitação do seguro com documentação incompleta até a data do protocolo de recebimento do último documento exigido.**
- 8.6. O seguro será automaticamente aceito, caso a seguradora não manifeste por escrito, o motivo da recusa no prazo de 15 (quinze) dias, contados da data em que a proposta de contratação for protocolizada junto à seguradora.**
- 8.7. Na proposta de contratação deverão ser prestadas todas as informações que permitirão à Seguradora avaliar as condições de aceitação ou de recusa do seguro, e que, na existência de omissões ou de declarações inverídicas, que possam influir na aceitação da proposta ou no prêmio, ensejará a perda do direito à cobertura e nulidade do contrato, conforme disposto no Código Civil Brasileiro.**
- 8.8. O pagamento antecipado do seguro, não caracteriza a aceitação da proposta.**
- 8.9. No caso de não aceitação de seguro em que já tenha havido pagamento do prêmio à seguradora, os valores pagos, líquidos de IOF, serão devolvidos deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos após a formalização da recusa, sendo garantida a cobertura do seguro da data do recebimento da proposta até a data da formalização da recusa.**
- 8.10. O PRÊMIO, A QUE SE REFERE NO ITEM 8.9, SERÁ ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE–ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, COM BASE NA VARIAÇÃO POSITIVA APURADA ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DA FORMALIZAÇÃO DA RECUSA E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO.**
- 8.10.1. No caso de extinção do índice pactuado no item 8.10, o índice a ser utilizado será o IGP-M/FGV (Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas) ou outro índice admitido oficialmente que venha a substituí-lo.**
- 8.11. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 8.10, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O PRÊMIO ATUALIZADO, DE 0,25% (VINTE E CINCO CENTÉSIMOS POR CENTO) AO MÊS “PRO RATA TEMPORIS”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO FIM DO PRAZO DE 10 (DEZ) DIAS CORRIDOS PARA DEVOLUÇÃO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.**
- 8.12. É VEDADA A CONTRATAÇÃO DO SEGURO POR PROCURAÇÃO.**

CLÁUSULA 9 - INÍCIO DE VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

- 9.1.** O início de vigência do seguro será às 24 (vinte e quatro) horas da data de contratação da proposta pelo segurado, desde que aceita pela seguradora.
- 9.1.1.** As propostas de contratação que tenham sido recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta de contratação ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.
- 9.1.2.** As propostas de contratação que tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela seguradora.
- 9.2.** O prazo de vigência da apólice será de 5 (cinco) anos, podendo ser renovada automaticamente uma única vez, por igual período, salvo se a seguradora ou segurado, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias da data de renovação, comunicar por escrito o desinteresse pela continuidade.
- 9.3.** As renovações posteriores a primeira deverão ser expressas entre as partes, seguradora e segurado, sendo que cabe à seguradora, com no mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência à data de renovação, comunicar por escrito o interesse pela renovação do seguro.
- 9.4.** A aceitação da proposta, bem como de cada alteração ou renovação, implicará na emissão do respectivo endosso ou apólice de seguro, quando o caso, pela seguradora. **Em caso de inexatidão das informações da apólice, o segurado deverá comunicar imediatamente a seguradora para a sua regularização. Caso seja comprovado que as informações inexatas da apólice são decorrentes das declarações do proponente imputadas na proposta de contratação, e não havendo a correção imediata das informações após o recebimento da apólice, o segurado poderá perder o direito à indenização.**

CLÁUSULA 10 - PAGAMENTO DE PRÊMIO

- 10.1.** O valor do prêmio inicial será determinado em função da idade do segurado, das coberturas contratadas, do capital segurado e da periodicidade de pagamento do prêmio, definidos na proposta de contratação.
- 10.2.** Anualmente no aniversário da apólice, o valor do prêmio será reajustado em função do reenquadramento de taxas por mudança de idade do segurado, de acordo com a tabela descrita na CLÁUSULA 15 - TABELA DE REENQUADRAMENTO ETÁRIO, desta condição geral.
- 10.3.** Para garantir seu direito à cobertura, o segurado deverá efetuar o pagamento do prêmio anual do seguro até a data de seu vencimento, podendo ser em 1 (uma) parcela ou fracionado em até 12 (doze) parcelas, de acordo com o escolhido na proposta de contratação.
- 10.3.1.** Em caso de pagamento fracionado do prêmio, o segurado poderá antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a consequente redução proporcional dos juros pactuados, quando couber.
- 10.3.2.** Para os prêmios fracionados, a data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice.
- 10.3.3.** Não será permitida cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento.

- 10.4.** O segurado poderá optar pela a forma de pagamento de débito em conta mediante **preenchimento de autorização de débito devidamente assinada ou débito em cartão de crédito emitido pela instituição financeira que comercializa o seguro.**
- 10.5.** Nos casos de opção de pagamento por débito em conta, a 1ª (primeira) parcela do prêmio, poderá ser debitada no ato da contratação ou após a respectiva aceitação da proposta pela seguradora. As demais parcelas subseqüentes à 1ª (primeira) parcela do prêmio fracionado ou o prêmio anual na renovação será debitado na data de vencimento definida pelo segurado na proposta de contratação.
- 10.6.** Para os casos de opção pelo pagamento por fatura do cartão de crédito, os prêmios serão debitados no vencimento da fatura do cartão. Nesse caso, o não pagamento de pelo menos a fatura mínima do cartão, acarretará na inadimplência do segurado, ocorrendo ajuste da vigência em função do prêmio pago, obedecido o disposto na **CLÁUSULA 12 - INADIMPLÊNCIA, SUSPENSÃO E CANCELAMENTO.**
- 10.7.** **A SUSPENSÃO DA AUTORIZAÇÃO DO DÉBITO EM CONTA OU EM FATURA DE CARTÃO DE CRÉDITO CARACTERIZARÁ INADIMPLÊNCIA DO SEGURADO, SENDO APLICADO O DISPOSTO NA CLÁUSULA 12 - INADIMPLÊNCIA, SUSPENSÃO E CANCELAMENTO.**
- 10.8.** O segurado poderá solicitar a substituição da forma de pagamento do prêmio de débito em conta para cartão de crédito ou vice-versa.
- 10.9.** Caso a data estabelecida para pagamento do prêmio de seguro corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o segurado poderá efetuar o pagamento do prêmio no 1º (primeiro) dia útil subseqüente em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas coberturas, e sem acréscimo de valor.
- 10.10.** **NÃO HAVERÁ DEVOLUÇÃO DE PRÊMIOS NO SEGURO, RESPEITADA A VIGÊNCIA DOS PRÊMIOS PAGOS, EM CASO DE NÃO RENOVAÇÃO, CONFORME O DISPOSTO NA CLÁUSULA 9 - INÍCIO DE VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE E NA CLÁUSULA 11 - CANCELAMENTO DA APÓLICE.**
- 10.11.** Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar.
- 10.12.** O segurado deverá continuar pagando o valor integral do prêmio de seguro, independente de qualquer indenização que tenha sido efetuada **em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente**, pois o capital é reintegrado.
- 10.13.** Após o pagamento de indenização referente à cobertura de Acessibilidade Física em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, respeitado o período cujo prêmio tenha sido integralmente pago, não haverá cobrança de prêmio para esta cobertura.

CLÁUSULA 11 - CANCELAMENTO DA APÓLICE

- 11.1.** A rescisão do seguro só poderá ser realizada mediante acordo entre as partes contratantes.
- 11.2.** No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.
- 11.2.1.** Em caso de pagamento de prêmio anual em 1 (uma) parcela, a seguradora reterá do prêmio, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.
- 11.2.2.** Em caso de pagamento de prêmio fracionado, a sociedade seguradora reterá do prêmio, além dos emolumentos, a parte do tempo decorrido, calculado “pro rata temporis”, entre a data de início de vigência, ou aniversário da apólice, e a data de cancelamento do seguro.

- 11.3. As apólices não poderão ser canceladas pela seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.
- 11.4. Independentemente de acordo entre as partes, a apólice será cancelada nas seguintes situações:
- No final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitado o período ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos;
 - Pela seguradora, quando da inobservância pelo segurado de quaisquer obrigações previstas na proposta de contratação e na respectiva apólice;
 - Quando o segurado, mediante solicitação por escrito e protocolado na seguradora, requerer o cancelamento do seguro.
- 11.5. Além das situações mencionadas anteriormente, a apólice estará automaticamente cancelada:
- Com o óbito do segurado;
 - Por falta de pagamento do prêmio, respeitado o que dispõe na CLÁUSULA 12 - INADIMPLÊNCIA, SUSPENSÃO E CANCELAMENTO.

CLÁUSULA 12 - INADIMPLÊNCIA, SUSPENSÃO E CANCELAMENTO

12.1. EM CASO DE PAGAMENTO DO PRÊMIO FRACIONADO:

- 12.1.1. O NÃO PAGAMENTO DA 1ª (PRIMEIRA) PARCELA DO PRÊMIO, ATÉ A DATA DE SEU VENCIMENTO, CARACTERIZA A NÃO EFETIVAÇÃO DO CONTRATO DO SEGURO.
- 12.1.2. NA FALTA DE PAGAMENTO DE PARCELA POSTERIOR À PRIMEIRA, HAVERÁ SUSPENSÃO DA COBERTURA ENQUANTO NÃO OCORRER O CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL.
- 12.1.3. O NÃO PAGAMENTO DO PRÊMIO POR PARTE DO SEGURADO NOS PRAZOS ESTIPULADOS, ACARRETERÁ A SUSPENSÃO DAS COBERTURAS DESTE SEGURO A PARTIR DAS 24 (VINTE E QUATRO) HORAS DA DATA DO VENCIMENTO DO PRÊMIO NÃO PAGO ATÉ AS 24 (VINTE E QUATRO) HORAS DA DATA DO EFETIVO CANCELAMENTO DA APÓLICE, SENDO QUE, EM CASO DE SINISTRO NESTE PERÍODO, O SEGURADO E SEUS BENEFICIÁRIOS NÃO TERÃO DIREITO ÀS GARANTIAS DO SEGURO.
- 12.1.4. AS COBERTURAS SERÃO RESTABELECIDAS A PARTIR DAS 24 (VINTE E QUATRO) HORAS DO DIA EM QUE O SEGURADO RETOMAR O PAGAMENTO DO PRÊMIO, DESDE QUE NÃO ULTRAPASSADOS O PERÍODO DE SUSPENSÃO.
- 12.1.5. A seguradora enviará correspondência ao segurado, em até 10 (dez) dias após a falta de pagamento da 1ª (primeira) parcela inadimplente, advertindo quanto à necessidade de quitação do prêmio de seguro em atraso. Esta correspondência funciona como **NOTIFICAÇÃO** para o cumprimento da contraprestação do contrato (pagamento do prêmio), **SOB PENA DA APLICAÇÃO DO DISPOSTO NO ITEM 11.5 DA CLÁUSULA 11 - CANCELAMENTO DA APÓLICE DESTAS CONDIÇÕES GERAIS.**

12.1.6. NÃO RESTABELECIDO O PAGAMENTO DO PRÊMIO, O SEGURADO SERÁ INFORMADO DO CANCELAMENTO DA APÓLICE, COM O PRAZO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA AJUSTADO EM FUNÇÃO DO PRÊMIO EFETIVAMENTE PAGO, TOMANDO-SE POR BASE O CÁLCULO “PRO RATA TEMPORIS”.

12.1.7. RESTABELECIDO O PAGAMENTO DO PRÊMIO ANTES DO CANCELAMENTO CONFORME O ITEM 11.5 DA CLÁUSULA 11 - CANCELAMENTO DA APÓLICE, FICARÁ RESTAURADO O PRAZO ORIGINAL DE VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL.

12.2. EM CASO DE PAGAMENTO ANUAL:

12.2.1. DECORRIDO O PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS DA DATA DE VENCIMENTO, SEM QUE O PAGAMENTO DO PRÊMIO TENHA SIDO EFETUADO, O SEGURO ESTARÁ AUTOMATICAMENTE E DE PLENO DIREITO CANCELADO, E NÃO PODERÁ MAIS SER RESTABELECIDO.

12.2.2. HAVENDO INTERESSE DEVERÁ SER CONTRATADO UM NOVO SEGURO ATENDENDO TODOS OS PRÉ-REQUISITOS PARA ACEITAÇÃO DO PROPONENTE, CONFORME O DISPOSTO NA CLÁUSULA 8 - ACEITAÇÃO DO SEGURO. EM CASO DE NOVA CONTRATAÇÃO, NÃO SERÁ ADMITIDO QUALQUER VÍNCULO COM O SEGURO CANCELADO POR FALTA DE PAGAMENTO.

CLÁUSULA 13 - CAPITAL SEGURADO

13.1. O capital segurado corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro coberto pela apólice e vigente na data do evento, respeitando os limites estabelecidos na contratação.

13.2. Para a cobertura de Diárias de Internação Hospitalar Decorrente de Acidente, o capital segurado será definido na apólice, **respeitado o limite máximo de 60 (sessenta) diárias** e, corresponde ao valor máximo de indenização diária devida na ocorrência de um sinistro coberto pela apólice e vigente na data do evento.

13.2.1. Para os casos de re-internação, isto é, nova internação após alta médica, mas por causa do mesmo acidente, serão somadas as diárias da internação anterior e respeitado o limite máximo contratado, não sendo considerado como outro evento, exceto quando o intervalo entre as internações for superior a 6 (seis) meses.

13.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros:

a) Para as coberturas de Morte Natural ou Acidental e Auxílio-Funeral: a data do falecimento;

b) Para as coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, acessibilidade Física em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Diárias de Internação Hospitalar Decorrente de Acidente: a data do acidente.

13.4. Todos os valores são expressos em moeda corrente nacional.

CLÁUSULA 14 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

14.1. Os capitais segurados e os prêmios de cada segurado sofrerão atualizações monetárias anualmente, com base na variação do IGP-M/FGV-Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas, acumulado dos últimos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao aniversário do seguro.

14.1.1. No caso de extinção do índice acima pactuado, o índice a ser utilizado será o IPCA/IBGE-ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA ou outro índice admitido oficialmente, que venha a substituí-lo.

CLÁUSULA 15 - TABELA DE REENQUADRAMENTO ETÁRIO

15.1. Anualmente, na data de aniversário da apólice, o valor do prêmio das coberturas de Morte Natural ou Acidental e Auxílio-Funeral serão reajustado em função da nova idade do segurado e assim do seu risco, conforme os seguintes percentuais por faixa etária:

Faixa Etária	Percentual de Reenquadramento Anual
De 18 até 34 anos	5,15%
De 35 até 44 anos	9,45%
De 45 até 54 anos	11,55%
De 55 até 64 anos	8,05%
A partir de 65 anos	8,90%

15.2. Além do reajuste a que se refere o item acima, anualmente, na mesma data, haverá atualização monetária do capital segurado, e conseqüentemente do prêmio, conforme previsto na CLÁUSULA 14 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.

CLÁUSULA 16 - CUSTEIO DO SEGURO

16.1. O custeio do prêmio do seguro será integralmente pago pelo segurado.

CLÁUSULA 17 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

17.1. Ocorrendo qualquer um dos eventos cobertos pelo seguro, o segurado ou seu beneficiário deverá comunicar imediatamente o sinistro à seguradora, por meio do Serviço de Atendimento aos Clientes (SAC).

17.2. Para o processo de regulação do sinistro deverão ser apresentados pelo segurado ou beneficiários os documentos básicos relacionados abaixo:

17.2.1. Documentação para **qualquer evento**:

- a) Formulário “aviso de sinistro” assinado;
- b) Cópia do RG e CPF do segurado que sofreu o sinistro;
- c) Cópia do comprovante de residência em nome do segurado e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de sinistro (solicitante);
- d) Formulário Individual “Autorização de Pagamento de Sinistro”.

17.2.2. Além dos documentos descritos no subitem 17.2.1, para o processo de regulação de sinistro da cobertura de **Morte Natural**, deverão ser apresentados também os seguintes documentos:

- a) Certidão de óbito da pessoa que sofreu o sinistro;
- b) Relatório Médico carimbado e assinado pelo médico assistente, com firma reconhecida em cartório;
- c) Formulário de Autorização de Pesquisa Médica;
- d) Exames médicos realizados, que comprovem o diagnóstico firmado e indicado no Relatório Médico apresentado, se o caso;
- e) Quando a **Morte tiver ocorrido por Acidente, além do documento descrito na alínea “a” deste item**, também deverão ser apresentados:
 - i. Cópia do Laudo de Necropsia;
 - ii. Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO), **se cabível**;
 - iii. Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), **se cabível**;
 - iv. Cópia do Brevê de Piloto, **em caso de acidente aeronáutico e se o segurado for o piloto**;
 - v. Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), **se acidente automobilístico e o segurado for o condutor**;
 - vi. Cópia do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente;
 - vii. Cópia dos Laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (se o condutor do veículo for o segurado).

17.2.3. Além dos documentos descritos no subitem 17.2.1, para o processo de regulação de sinistro da cobertura de **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente** deverão ser apresentados também os seguintes documentos:

- a) Cópia da carta de concessão de aposentadoria, no caso de IPA Total (se houver);
- b) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente automobilístico e se o segurado for o condutor;
- c) Cópia do Comunicado de Acidente do Trabalho (CAT), se houver;
- d) Cópias dos Laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (se o condutor do veículo for o segurado);
- e) Original dos Exames de raio X do segmento (órgão ou parte do corpo) afetado, com Laudo Radiológico (ou Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Eletroencefalograma, Eletroneuromiografia);
- f) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO), se cabível;
- g) Relatório médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo médico assistente da pessoa que sofreu o sinistro, com firma reconhecida em cartório;
- h) Formulário de Autorização de Pesquisa Médica.

17.2.3.1. A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ CONCEDIDA POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA, OU ASSEMELHADAS, NÃO CARACTERIZA POR SI SÓ O ESTADO DE INVALIDEZ PERMANENTE DE QUE SE TRATA A COBERTURA CONTRATADA, DEVENDO SER COMPROVADA ATRAVÉS DE DECLARAÇÃO MÉDICA.

17.2.4. Além dos documentos descritos nos subitens 17.2.1 e 17.2.2, para o processo de regulação de sinistro da cobertura de **Auxílio Funeral deverão ser apresentados também os seguintes documentos:**

- a) Cópia da certidão de óbito do segurado;
- b) Cópia do RG, CPF e comprovante de residência da pessoa que efetuou o pagamento das despesas com o funeral;
- c) Originais das Notas fiscais e/ou recibos das despesas com o funeral.

17.2.5. Além dos documentos descritos no subitem 17.2.1, para o processo de regulação de sinistro da cobertura de **Diárias de Internação Hospitalar Decorrente de Acidente deverão ser apresentados também os seguintes documentos:**

- a) Relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas e diagnósticos necessários;
- b) Declaração da entidade hospitalar constatando: nome do segurado, data de internação hospitalar e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico.

17.2.5.1. O pagamento da indenização não tem caráter de reembolso.

17.2.6. O(s) beneficiário(s) indicado(s) pelo segurado, além dos documentos descritos nos subitens 17.2.1 e 17.2.2, deverão apresentar também os seguintes documentos:

- a) Cópias de RG(s) e CPF(s);
 - i. Na falta do RG, para beneficiário(s) menor(es) de idade poderá(ão) ser enviada(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento. **Independentemente da idade do(s) beneficiário(s), a(s) cópia(s) da(s) certidão(ões) de nascimento não dispensará(ão) o envio da(s) cópia(s) do(s) CPF(s) dele(s);**
- b) Se o cônjuge for o beneficiário do seguro é necessário o envio da Certidão de Casamento, extraída no cartório após o óbito, **necessária somente caso o estado civil do segurado seja casado, divorciado, separado ou viúvo.** Em caso de companheiro(a) é necessária Declaração que comprove união estável ou condição equiparada, firmada em cartório, ou emitida pelo **órgão previdenciário ou cópia da declaração de imposto de renda onde conste que o companheiro(a) seja dependente do segurado;**
- c) Cópia do(s) comprovante(s) de residência em nome do(s) beneficiário(s) e indicação de número de telefone para contato;
 - i. Caso o(s) beneficiário(s) seja(m) menor(es) de idade e não tenha(m) comprovante de endereço em seu(s) nome(s);

- ii. Encaminhar cópia do comprovante de residência do(s) representante(s) legal(is);
- iii. Encaminhar declaração assinada por seu(s) representante(s) legal(is), confirmando seu(s) respectivo(s) endereço(s).

17.2.7. Na falta de beneficiário(s) indicado(s) pelo segurado, o(s) beneficiário(s) legal(is), além dos documentos descritos nos subitens 17.2.1 e 17.2.2, deverão apresentar e enviar à seguradora os seguintes documentos:

- a) Declaração do(s) herdeiro(s) legal(is) com firma reconhecida em cartório, informando o número total de filhos do segurado, contendo o nome completo e suas respectivas datas de nascimento.

17.3. A SEGURADORA SE RESERVA NO DIREITO DE SUBMETER O SEGURADO A EXAMES REALIZADOS POR MÉDICO DE SUA INDICAÇÃO PARA CONSTATAR:

- a) **Em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:** perícia médica para confirmação do grau ou permanência da invalidez;
- b) **Em caso de Acessibilidade física em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:** perícia médica para confirmação do grau ou permanência da invalidez.

17.4. Os menores de 18 (dezoito) anos deverão ser assistidos por um dos seus pais, e na sua falta, por quem legalmente os represente nos atos da vida civil, mediante apresentação de documentação comprobatória.

17.5. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora deverá 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.

17.6. A junta médica de que trata no item anterior, 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.** O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro pelo segurado.

17.7. O NÃO COMPARECIMENTO DO MÉDICO INDICADO PELAS PARTES SERÁ REGISTRADO EM ATA PELOS MÉDICOS QUE COMPARECEREM E CASO AS PARTES RESOLVAM REALIZAR NOVA JUNTA A PARTE QUE IMPOSSIBILITOU A REALIZAÇÃO DA JUNTA DEVERÁ ARCAR COM TODAS AS DESPESAS.

17.8. A RECUSA DO SEGURADO PARA A REALIZAÇÃO DA JUNTA MÉDICA E/OU DA PERÍCIA MÉDICA ENSEJARÁ NO ENCERRAMENTO DO PROCESSO DE SINISTRO SEM INDENIZAÇÃO POR IMPOSSIBILIDADE DA CARACTERIZAÇÃO DE UMAS DAS COBERTURAS CONTRATADAS.

17.9. O SEGURADO ACIDENTADO DEVERÁ RECORRER IMEDIATAMENTE, A SUA CUSTA, AOS SERVIÇOS DE MÉDICOS LEGALMENTE HABILITADOS, SUBMETENDO-SE AO TRATAMENTO EXIGIDO PARA UMA CURA COMPLETA.

17.10. AS DESPESAS EFETUADAS COM A COMPROVAÇÃO DO SINISTRO E DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO CORRERÃO POR CONTA DO SEGURADO OU DE SEU(S) BENEFICIÁRIO(S), SALVO AS DIRETAMENTE REALIZADAS PELA SEGURADORA.

- 17.11. O segurado, ao fazer contratação do seguro, autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os dados clínicos e cirúrgicos, a empreender visita hospitalar ou domiciliar e a requerer e a proceder a exames físicos e complementares. Os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para a seguradora por meio de seu médico assistente.**
- 17.12. A seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a liquidação do sinistro, contados da data em que lhe tiverem sido entregues todos os documentos e informações previstas no item 17.2.**
- 17.13. A seguradora se reserva ao direito de solicitar quaisquer documentos ou exames complementares além dos mencionados no item 17.2, mediante dúvida fundada e justificável. Neste caso, será suspensa a contagem do prazo de 30 (trinta) dias de que trata o item 18.12 da CLÁUSULA 18 - BENEFICIÁRIOS, no caso de solicitação de nova documentação ou informações necessárias para a liquidação de sinistro, voltando a correr a contagem do prazo a partir do 1º (primeiro) dia útil subsequente àquele em que ocorrer a entrega protocolada do que tiver sido solicitado.**
- 17.14. SERÃO CONSIDERADOS COMO PENDENTES, SEM CONTAGEM DE PRAZO PARA PAGAMENTO, OS PROCESSOS DE SINISTRO COM DOCUMENTAÇÃO INCOMPLETA ATÉ A DATA DO PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DO ÚLTIMO DOCUMENTO EXIGIDO, EM CASO DE DÚVIDA FUNDADA E JUSTIFICÁVEL.**
- 17.15. A NÃO ENTREGA DOS DOCUMENTOS SOLICITADOS, EM ATÉ 90 (NOVENTA) DIAS, SEM QUALQUER JUSTIFICATIVA, ENSEJARÁ NO ENCERRAMENTO DO PROCESSO ADMINISTRATIVAMENTE. O PROCESSO PODERÁ SER REABERTO A QUALQUER TEMPO, MEDIANTE SOLICITAÇÃO DO BENEFICIÁRIO COM A APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS, OBSERVADO O PRAZO PRESCRICIONAL PREVISTO EM LEI.**
- 17.16. Será efetuada a atualização dos valores das indenizações a serem pagas desde a data da última atualização aplicada sobre o capital segurado até a data da ocorrência do evento gerador do sinistro, conforme previsto na CLÁUSULA 14 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.**
- 17.17. VENCIDO O PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS PARA A REGULAÇÃO DO SINISTRO, APÓS ENTREGA DE TODA A DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÕES SOLICITADAS NESTA CLÁUSULA, AS INDENIZAÇÕES SERÃO ATUALIZADAS DESDE A DATA DO EVENTO PELO IPCA/IBGE-ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, COM BASE NA VARIAÇÃO POSITIVA APURADA ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DA OCORRÊNCIA DO EVENTO, CONFORME DEFINIDO NO ITEM 13.3 DA CLÁUSULA 13 - CAPITAL SEGURADO, E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO.**
- 17.17.1. No caso de extinção do índice pactuado no item 17.17, o índice a ser utilizado será o IGP-M/FGV (Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas) ou outro índice admitido oficialmente que venha a substituí-lo.**
- 17.18. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 17.17, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O VALOR DA INDENIZAÇÃO ATUALIZADA, DE 0,25% (VINTE E CINCO CENTÉSIMOS POR CENTO) AO MÊS “PRO RATA TEMPORIS”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO FIM DO PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS PARA REGULAÇÃO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.**

- 17.19.** O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.
- 17.20.** A indenização de qualquer uma das coberturas contratadas será paga sob a forma de parcela única, em moeda corrente e em território nacional.

CLÁUSULA 18 - BENEFICIÁRIOS

- 18.1.** No caso da ocorrência do evento morte do segurado, a(s) indenização(ões) correspondente(s) à(s) cobertura(s) de Morte Natural ou Acidental contratada(s) será(ão) paga(s) sob a forma de parcela única e será devida aos beneficiários indicados pelo segurado. Na falta de indicação expressa de beneficiários ou se por qualquer motivo não prevalecer a que foi feita sem que haja outro beneficiário indicado, serão beneficiários aqueles designados por lei, ou seja, metade ao cônjuge e o restante aos herdeiros legais, obedecida a ordem de vocação hereditária.
- 18.2.** Para efeitos deste seguro, a(o) companheira(o) será equiparado ao cônjuge, caso seja comprovada a união estável e que o segurado era solteiro(a) ou separado(a) de fato.
- 18.3.** Em caso de falecimento do único beneficiário(a) indicado na proposta de contratação e na apólice de seguro antes do óbito do segurado (premoriência) e não tenha sido indicado novo beneficiário em seu lugar, o capital segurado será pago aos beneficiários legais do segurado, conforme item 18.1.
- 18.4.** Em caso de falecimento de um dos beneficiários indicados na proposta de contratação e na apólice de seguro antes do óbito do segurado (premoriência) e não tenha sido indicado novo beneficiário em seu lugar, será aplicada a cláusula de reversão, com a distribuição do capital segurado destinado ao beneficiário pré-morto entre os demais beneficiários indicados, respeitada a proporcionalidade conferida pelo segurado a cada um, de forma a preservar a sua manifestação de vontade.
- 18.5.** Em caso de falecimento simultâneo do segurado com um dos beneficiários, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro (comoriência), serão aplicadas as mesmas regras dos itens 18.3 e 18.4, preferencialmente a cláusula de reversão, considerando que o beneficiário comoriente não adquire direito ao capital segurado.
- 18.6.** EM CASO DE INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIO IMPEDIDO POR LEI OU QUE TENHA PROVOCADO A MORTE DO SEGURADO, OU AINDA, NA IMPOSSIBILIDADE DE PAGAMENTO AO(S) BENEFICIÁRIO(S) INDICADO(S), A(S) PARTE(S) DO CAPITAL SEGURADO QUE CABERIA(M) A ESTE(S) SERÁ(ÃO) PAGA(S) AOS DEMAIS BENEFICIÁRIOS INDICADO(S), EM PARTES PROPORCIONAIS, RESPEITADO O PERCENTUAL ORIGINALMENTE DEFINIDO PELO SEGURADO E, NA FALTA DE OUTROS BENEFICIÁRIOS SERÁ PAGO CONFORME LEGISLAÇÃO EM VIGOR.
- 18.7.** SE O SEGURADO NÃO RENUNCIAR À FACULDADE, PODERÁ, A QUALQUER TEMPO, SUBSTITUIR O BENEFICIÁRIO, POR ATO ENTRE VIVOS OU DE ÚLTIMA VONTADE, MEDIANTE CONTATO COM O SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE E ENCAMINHAMENTO DE CORRESPONDÊNCIA NOMEANDO OS NOVOS BENEFICIÁRIOS.
- 18.7.1.** O CONTATO COM O SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE NÃO FORMALIZA A SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO E NÃO DISPENSA O ENVIO DE CORRESPONDÊNCIA DEVIDAMENTE ASSINADA.

18.7.2. QUALQUER ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO SOMENTE TERÁ VALIDADE 24 (VINTE E QUATRO) HORAS DA DATA DO PROTOCOLO NA SEGURADORA DA CORRESPONDÊNCIA DEVIDAMENTE ASSINADA PELO SEGURADO.

18.7.3. EM CASO DE NÃO RECEBIMENTO DA FORMALIZAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO, DEVIDAMENTE ASSINADA PELO SEGURADO, A SEGURADORA APLICARÁ A DISTRIBUIÇÃO DO CAPITAL SEGURADO CONFORME A INDICAÇÃO IMEDIATAMENTE ANTERIOR.

18.8. No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Acessibilidade Física em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Diárias de Internação Hospitalar Decorrente de Acidente o beneficiário será o próprio segurado.

18.8.1. Se durante a regulação do sinistro ocorrer o óbito do segurado, o valor correspondente será pago aos beneficiários indicados na apólice.

CLÁUSULA 19 - PERDA DE DIREITOS

19.1. A SEGURADORA NÃO PAGARÁ QUALQUER INDENIZAÇÃO REFERENTE AO PRESENTE SEGURO, NEM RESTITUIRÁ O PRÊMIO DO SEGURO E TERÁ AINDA O DIREITO AO RECEBIMENTO DO PRÊMIO VENCIDO, SE O SEGURADO, SEU(S) PREPOSTO(S), SEU(S) BENEFICIÁRIO(S), SEU CORRETOR OU SEU(S) REPRESENTANTE(S) LEGAL(IS):

- a) **AGRAVAR INTENCIONALMENTE O RISCO;**
- b) **FIZER(EM) DECLARAÇÕES INEXATAS OU OMITIR(EM) CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DA PROPOSTA OU NO VALOR DO PRÊMIO. NESTE CASO, O SEGURADO TAMBÉM FICARÁ OBRIGADO AO PAGAMENTO DO PRÊMIO VENCIDO;**
- c) **FALTAR COM O CUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES AJUSTADAS POR ESTE SEGURO;**
- d) **NO CASO DE FRAUDE CONSUMADA OU TENTATIVA DE FRAUDE, SIMULAR ACIDENTE OU AGRAVAR AS SUAS CONSEQUÊNCIAS.**

19.2. SE A INEXATIDÃO OU A OMISSÃO NAS DECLARAÇÕES PREVISTAS NO ITEM 19.1 ALÍNEA “B)” NÃO RESULTAR DE MÁ-FÉ, A SEGURADORA PODERÁ:

- I. **NA HIPÓTESE DE NÃO OCORRÊNCIA DO SINISTRO:**
 - a) **CANCELAR O SEGURO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, A PARCELA PROPORCIONAL AO TEMPO DECORRIDO; OU**
 - b) **MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA.**
- II. **NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO PARCIAL DO CAPITAL SEGURADO:**
 - a) **CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, ACRESCIDO DA DIFERENÇA CABÍVEL, A PARCELA CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO TEMPO DECORRIDO; OU**

- b) **MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU 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 DE INDENIZAÇÃO, MEDIANTE COBRANÇA DA DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL.**
- 19.3. O(A) SEGURADO(A) É OBRIGADO(A) A COMUNICAR À SEGURADORA, LOGO QUE SAIBA, DE TODO E QUALQUER INCIDENTE SUSCETÍVEL DE AGRAVAR CONSIDERAVELMENTE O RISCO COBERTO, SOB PENA DE PERDER O DIREITO À COBERTURA, SE PROVADO QUE SILENCIOU-SE DE MÁ-FÉ, CONFORME LEGISLAÇÃO EM VIGOR.**
- 19.3.1. COMUNICADA A RESPEITO DE QUALQUER INCIDENTE, A SEGURADORA PODERÁ CANCELAR O SEGURO, MEDIANTE COMUNICAÇÃO POR ESCRITO AO SEGURADO, DESDE QUE O FAÇA NO PRAZO MÁXIMO DE 15 (QUINZE) DIAS APÓS O RECEBIMENTO DO AVISO.**
 - 19.3.2. ENTENDE-SE COMO ALTERAÇÃO DE RISCO OCORRÊNCIAS COMO: DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO E NA DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE OU MUDANÇA DE ATIVIDADE/PROFISSÃO DO SEGURADO.**
 - 19.3.3. A RESCISÃO 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 20 - REGIME FINANCEIRO

- 20.1.** Este plano de seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto, não haverá devolução ou resgate de prêmios de seguro ao segurado ou ao beneficiário, para a indenização em forma de pagamento único.

CLÁUSULA 21 - PROPAGANDA E PUBLICIDADE

- 21.1.** A propaganda e promoção do seguro, por parte do corretor, somente poderão ser feitas com autorização expressa da seguradora, respeitadas rigorosamente as condições da apólice e as normas de seguro. Fica a seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas respectivas divulgações **por ela expressamente autorizada.**

CLÁUSULA 22 - PRESCRIÇÃO

- 22.1.** Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

CLÁUSULA 23 - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- 23.1.** O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
- 23.2.** O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.
- 23.3.** Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por endosso à apólice, com concordância expressa e escrita do segurado, seu representante ou por seu corretor de seguros.

- 23.4.** As condições contratuais deste produto protocoladas pela seguradora na SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da proposta de contratação.

CLÁUSULA 24 - FORO

- 24.1.** Fica eleito o Foro da Comarca de domicílio do(a) segurado(a) ou do beneficiário, conforme o caso, com a exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir eventuais litígios decorrentes do presente contrato.
- 24.2.** Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

CLÁUSULA ADICIONAL DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A)

CLÁUSULA 25 - APLICAÇÃO DA CLÁUSULA

- 25.1.** Quando solicitada a contratação da Cláusula Suplementar pelo segurado, por escrito e mediante pagamento de prêmio adicional, seu cônjuge/companheiro poderá ser incluído como segurado dependente na apólice, participando com as mesmas coberturas do segurado e capitais segurados definidos conforme **CLÁUSULA 27 - CAPITAL SEGURADO, desde que o(a) ele(a) esteja em perfeitas condições de saúde e com idade compreendida entre 18 (dezoito) anos e 70 (setenta) anos completos, respeitada as condições contidas nesta cláusula e nas condições gerais do seguro.**
- 25.1.1.** O segurado dependente poderá participar com as mesmas coberturas do segurado.
- 25.1.2.** O(a) companheiro(a), entendido para todos os efeitos desta cláusula, a pessoa que com o segurado conviva em união estável, ou condição equiparada, de forma pública e notória com o objetivo de constituir família, poderá figurar como segurado dependente, desde que atendidos os requisitos do item 25.1.
- 25.1.3.** Para comprovação da união estável podem ser apresentados, dentre outros, os seguintes documentos:
- a) Certidão de nascimento do(s) filho(s) havido em comum;
 - b) Certidão de casamento religioso;
 - c) Declaração de Imposto de Renda do segurado, em que conste o companheiro(a) como seu dependente;
 - d) Anotação constante na Carteira Profissional (CP) e/ou Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS), feita pelo órgão competente;
 - e) Prova de mesmo domicílio;
 - f) Anotação constante de ficha ou livro de registro de empregados;
 - g) Registro em associação de qualquer natureza, onde conste o interessado como dependente do segurado;
 - h) Original da Escritura Declaratória de União Estável, ou condição equiparada, firmada em cartório;

- i) Quaisquer outros documentos que possam levar à convicção do fato a comprovar, a ser avaliado pela seguradora.

25.2. Não pode ser incluído nesta cláusula suplementar o cônjuge ou companheiro(a) que possua uma apólice ativa neste mesmo plano de seguro, independentemente desta cláusula.

CLÁUSULA 26 - INÍCIO DA COBERTURA

26.1. Desde que o cônjuge/companheiro(a) esteja em boas condições de saúde, a cobertura dos riscos individuais previstos no seguro começa a vigorar na data da contratação, conforme a **CLÁUSULA 9 - INÍCIO DE VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE** das condições gerais.

CLÁUSULA 27 - CAPITAL SEGURADO

27.1. O capital segurado corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência de sinistro coberto pela apólice e vigente na data do evento, sendo respeitado o limite máximo de 100% (cem por cento) do que couber ao segurado.

CLÁUSULA 28 - BENEFICIÁRIOS

28.1. A indenização por Morte, devida por esta cláusula suplementar, será paga ao segurado.

28.1.1. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(a) segurado(a) dependente, o capital segurado referente a cobertura do segurado dependente, deverá ser pago aos seus beneficiários legais, nos termos da legislação vigente.

28.2. A indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Acessibilidade Física em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, será paga ao segurado dependente-cônjuge/companheiro(a).

28.2.1. Se durante a regulação do sinistro ocorrer o óbito do segurado, o valor correspondente será pago ao segurado principal.

CLÁUSULA 29 - PAGAMENTO DE PRÊMIO

29.1. A cobrança do prêmio relativo ao seguro do cônjuge ou companheiro(a) será feita em conjunto com o prêmio de seguro do segurado, e em conformidade com as condições gerais da apólice.

CLÁUSULA 30 - COBERTURA

30.1. Serão estendidas ao cônjuge, as coberturas do seguro, desde que contratada(s) e em vigor para o respectivo segurado, observadas as condições gerais do seguro, inclusive o período de carência.

CLÁUSULA 31 - TÉRMINO DAS COBERTURAS DESTA CLÁUSULA

31.1. Além das situações previstas na **CLÁUSULA 9 - INÍCIO DE VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE** das condições gerais, a cobertura de qualquer segurado dependente terminará obrigatoriamente:

- a) No caso de cancelamento da respectiva cláusula;
- b) Quando terminar o seguro do segurado, qualquer que seja a causa;
- c) No caso de separação de fato ou judicial e/ou divórcio do casal;
- d) No caso de cancelamento do registro, quando se tratar de companheiro(a), e/ou

- peelo fim da convivência conjugal;
- e) Por solicitação do segurado;
 - f) Com o pagamento da indenização por Morte, por ocasião de sinistro ocorrido com o cônjuge ou companheiro(a), ou seja, o segurado dependente; e
 - g) com a inclusão do dependente como segurado em outra apólice deste mesmo plano de seguro.

CLÁUSULA 32 - DISPOSIÇÕES GERAIS

32.1. Aplicam-se a esta cláusula as condições gerais previstas na apólice no que não conflitarem com as disposições específicas desta cláusula suplementar de inclusão facultativa de cônjuge.

COBERTURA ADICIONAL DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

CLÁUSULA 33 - OBJETIVO DA COBERTURA

33.1. O objetivo desta cobertura, se contratada, mediante o pagamento do prêmio adicional, é a garantia do pagamento de indenização para os segurados por serem diagnosticados com seu primeiro câncer, **exceto os do tipo pele não-melanoma e/ou carcinomas in situ**, nos termos destas condições especiais e das condições gerais, desde que a apólice esteja em vigor na data da ocorrência do evento e **que este não decorra de risco expressamente excluído**.

CLÁUSULA 34 - DEFINIÇÕES

Além das definições indicadas na **CLÁUSULA 2 - DEFINIÇÕES** das condições gerais, também aplicam-se à presente cobertura, as seguintes definições:

- 34.1. **Câncer:** É a designação genérica de neoplasia maligna, esta caracterizada pelo crescimento anormal e desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo se espalhar para outras regiões do organismo.
- 34.2. **Carcinoma:** É um tumor maligno desenvolvido a partir de células epiteliais, glandulares (Adenocarcinoma) ou do trofoblasto (Córiocarcinoma) que tende a invadir tecidos circulares originando metástases.
- 34.3. **Carcinoma Primário:** É o tumor maligno original, podendo surgir em qualquer órgão ou tecido do corpo. Em geral, o câncer recebe o nome de acordo com sua localização inicial.
- 34.4. **Carcinoma in situ:** É a neoplasia que está ainda localizada e limitada ao seu ponto de origem, porém, é uma lesão pré-neoplásica, ou seja, se não removida, evoluirá com alta probabilidade para carcinoma epidermóide invasivo.
- 34.5. **Diagnóstico de Câncer:** É o conjunto de medidas de ordem médica capazes de estabelecer a confirmação de uma doença neoplásica maligna (câncer), nos termos das condições contratuais desse seguro.

O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER TERÁ DE ATENDER, INTEGRALMENTE, OS CRITÉRIOS ESTABELECIDOS NA LITERATURA MUNDIAL E ACEITOS PELAS RESPECTIVAS SOCIEDADES MÉDICO-CIENTÍFICAS ESPECIALIZADAS E PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL.

- 34.6. **Estádio da Neoplasia:** É a fase da evolução de uma neoplasia. O conceito de estágio é utilizado na caracterização da progressão de uma neoplasia possibilitando a sua classificação, orientando a determinação da melhor conduta médica e subsidiando definições ao prognóstico da doença.

- 34.7. Exame Anatomopatológico:** É o exame composto de estudo macroscópico e microscópico de material orgânico voltado ao estabelecimento de diagnósticos. Tais exames são utilizados quando da realização de biópsias e de coletas de material, como ocorre nos exames preventivos na mulher. A parte microscópica também é chamada de exame histopatológico. O exame anatomopatológico é um dos exames de escolha para o diagnóstico de câncer.
- 34.8. Exames de Prevenção:** São procedimentos de investigação médica capazes de antecipar o diagnóstico de situações clínicas que sejam precursoras de doenças ou mesmo realizar seus diagnósticos precocemente. Para fins aplicados a esta apólice os exames de prevenção mencionados são aqueles capazes de antecipar o conhecimento de lesões que possam estar relacionadas aos cânceres de mama e de colo do útero.
- 34.9. Médico Especialista:** É o profissional médico reconhecido segundo critérios estabelecidos e referendados em Resolução expedida pelo Conselho Federal de Medicina, como especialista em um segmento da medicina, chamado de especialidade médica.
- 34.10. Metástase:** É o crescimento de uma neoplasia em região do organismo diferente daquela na qual o tumor se originou, sem que haja continuidade entre a lesão à distância (metástase) e o foco inicial (tumor primário), caracterizando disseminação da doença.
- 34.11. Neoplasia:** É uma proliferação anormal e independente de tecido orgânico, fora do controle do organismo com efeitos agressivos sobre o hospedeiro.
- 34.12. Neoplasia Benigna:** É uma proliferação anormal e independente de tecido orgânico, fora do controle do organismo, mas de caráter benigno, no qual os efeitos agressivos sobre o hospedeiro tendem a se limitar ao local do seu desenvolvimento.
- 34.13. Neoplasia Maligna:** É uma proliferação anormal e independente de tecido orgânico, fora do controle do organismo, com a característica de invasão e destruição dos tecidos locais e os normais ao seu redor, no qual os efeitos agressivos sobre o hospedeiro não se limitam ao local do seu desenvolvimento, podendo disseminar para outras regiões além daquela em que se originou.
- 34.14. Neoplasia Maligna de Pele Não-Melanoma:** O câncer de pele não melanoma é um dos mais comuns, se desenvolve lentamente e dificilmente se espalha para outras áreas do corpo. Tem origem nas camadas mais externas, geralmente é o das células basais ou escamosas, sendo o último com risco maior de invadir o tecido gorduroso, atingir os linfonodos, e outros órgãos.
- 34.15. Prazo de Carência:** Período, contado a partir da data de início de vigência do seguro, do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual a seguradora está isenta de responsabilidade indenizatória, ou seja, em que o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados em eventual ocorrência de sinistro.
- 34.16. Prognóstico:** É a previsão médica da evolução ou de um resultado provável de uma doença que, nos termos dessa apólice de seguros, se faz voltado ao câncer de mama e de colo do útero.

CLÁUSULA 35 - RISCOS COBERTOS

- 35.1.** É a garantia de pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta cobertura, mediante o pagamento de prêmio adicional. **O EVENTO SERÁ COBERTO, EM CASO DA PRIMEIRA NEOPLASIA MALIGNA DIAGNOSTICADA, DESDE QUE, CUMULATIVAMENTE, SEJAM CUMPRIDOS OS SEGUINTE REQUISITOS:**
- I. QUE A NEOPLASIA MALIGNA TENHA O SEU PRIMEIRO DIAGNÓSTICO, OBRIGATORIAMENTE EM VIDA DO SEGURADO, COMPROVADO EM DATA POSTERIOR AO INÍCIO DA VIGÊNCIA DA COBERTURA DA APÓLICE;**

II. O EVENTO COBERTO OCORRA DEPOIS DE FINDO O PERÍODO DE CARÊNCIA DETERMINADO NA CLÁUSULA 9 - INÍCIO DE VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE, DAS CONDIÇÕES GERAIS.

35.1.1. Após o pagamento de indenização referente à cobertura de Diagnóstico de Câncer, não há reintegração do capital segurado, portanto, **SOMENTE HAVERÁ GARANTIA DESTA COBERTURA PARA A PRIMEIRA NEOPLASIA MALIGNA DIAGNOSTICADA, CONFORME O ITEM 36.1 DA CLÁUSULA 36 - RISCOS EXCLUÍDOS, ESTANDO EXCLUÍDAS, EM TODA E QUALQUER HIPÓTESE, PARA EFEITO DESTE SEGURO E DE SUAS RENOVAÇÕES, SE OCORREREM, A POSSIBILIDADE DE ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES PELO DIAGNÓSTICO DE MAIS DE UM CÂNCER.**

CLÁUSULA 36 - RISCOS EXCLUÍDOS

36.1. ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 4 - RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER:

- a) **NEOPLASIA MALIGNA CLASSIFICADA COMO CARCINOMA IN SITU;**
- b) **NEOPLASIAS BENIGNAS;**
- c) **NEOPLASIAS MALIGNAS DE PELE NÃO-MELANOMA;**
- d) **NEOPLASIAS NÃO PRIMÁRIAS.**

CLÁUSULA 37 - CARÊNCIA

37.1. PARA A COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER HAVERÁ CARÊNCIA DE 90 (NOVENTA) DIAS CORRIDOS.

37.2. O PRAZO DE CARÊNCIA SERÁ CONTADO A PARTIR DA DATA DE INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA OU DO AUMENTO DO CAPITAL SEGURADO DESTA COBERTURA, POR SOLICITAÇÃO DO SEGURADO.

CLÁUSULA 38 - INÍCIO DE VIGÊNCIA

38.1. A cobertura de Diagnóstico de Câncer começará a vigorar a partir da data de contratação da proposta pelo segurado ou da data da inclusão desta cobertura, desde que aceita pela seguradora.

CLÁUSULA 39 - TÉRMINO DA COBERTURA DO SEGURO

39.1. Além das situações previstas na **CLÁUSULA 11 - CANCELAMENTO DA APÓLICE** das condições gerais, a cobertura de Diagnóstico de Câncer cessa:

- a) **Com o pagamento de indenização por Diagnóstico de Câncer, por ocasião de sinistro ocorrido com o segurado; e**
- b) **Por solicitação do segurado.**

CLÁUSULA 40 - CAPITAL SEGURADO

40.1. O capital segurado corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência de sinistro coberto pela apólice e vigente na data do evento, sendo respeitado o limite máximo de 100% (cem por cento) do que couber à cobertura de Diagnóstico de Câncer.

40.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado desta cobertura, quando da liquidação dos sinistros, a data do relatório médico do diagnóstico de câncer, realizado em vida.

CLÁUSULA 41 - TABELA DE REENQUADRAMENTO ETÁRIO

41.1. Além do reajuste de prêmio previsto na **CLÁUSULA 14 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA** das condições gerais, anualmente, na data de aniversário da apólice, o valor do prêmio da cobertura de diagnóstico de câncer também será reajustado em função da idade e assim do seu risco, conforme a tabela a seguir:

Idade		% Reajuste do Prêmio	Idade		% Reajuste do Prêmio
De	Para		De	Para	
18	19	7,85%	49	50	8,01%
19	20	8,18%	50	51	8,52%
20	21	8,53%	51	52	9,09%
21	22	8,89%	52	53	9,70%
22	23	9,25%	53	54	10,37%
23	24	9,63%	54	55	5,90%
24	25	10,02%	55	56	6,01%
25	26	10,41%	56	57	6,13%
26	27	10,81%	57	58	6,26%
27	28	11,22%	58	59	6,39%
28	29	11,63%	59	60	5,02%
29	30	12,05%	60	61	5,06%
30	31	12,47%	61	62	5,10%
31	32	12,90%	62	63	5,14%
32	33	13,33%	63	64	5,19%
33	34	13,76%	64	65	5,23%
34	35	14,19%	65	66	5,27%
35	36	14,63%	66	67	5,32%
36	37	15,06%	67	68	5,36%
37	38	15,50%	68	69	5,40%
38	39	15,94%	69	70	5,45%
39	40	5,80%	70	71	5,49%
40	41	6,06%	71	72	5,53%
41	42	6,34%	72	73	5,58%
42	43	6,65%	73	74	5,62%
43	44	6,99%	74	75	5,66%
44	45	7,27%	75	76	5,70%
45	46	7,66%	76	77	5,75%
46	47	8,09%	77	78	5,79%
47	48	8,56%	78	79	5,83%
48	49	9,07%	79	80	5,87%

Idade		% Reajuste do Prêmio	Idade		% Reajuste do Prêmio
De	Para		De	Para	
80	81	5,92%	90	91	6,32%
81	82	5,96%	91	92	6,36%
82	83	6,00%	92	93	6,39%
83	84	6,04%	93	94	6,43%
84	85	6,08%	94	95	6,47%
85	86	6,12%	95	96	6,50%
86	87	6,16%	96	97	6,54%
87	88	6,20%	97	98	6,58%
88	89	6,24%	98	99	6,61%
89	90	6,28%			

CLÁUSULA 42 - PAGAMENTO DE PRÊMIO

42.1. A cobrança do prêmio relativo à cobertura de diagnóstico de câncer será feita em conjunto com o prêmio de seguro do segurado, e em conformidade com as condições gerais da apólice.

CLÁUSULA 43 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

43.1. Além dos documentos descritos no subitem **17.2.1** da **CLÁUSULA 17 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO** das condições gerais, para o processo de regulação de sinistro da cobertura de Diagnóstico de Câncer deverão ser apresentados também os seguintes documentos:

- a) Relatório médico devidamente assinado pelo médico assistente do segurado, contendo o resultado do exame anatomopatológico, estágio de neoplasia, tratamento realizado e a realizar de modo detalhado e prognóstico;
- b) Cópia do exame anatomopatológico que comprove o diagnóstico de câncer; e,
- c) Laudo do perito médico, **quando solicitado pela seguradora.**

43.2. O pagamento das indenizações relativas às coberturas de Morte Natural ou Acidental e Diagnóstico de Câncer se acumula, ou seja, se depois de paga uma indenização pela cobertura de Diagnóstico de Câncer, verificar-se a morte do segurado em decorrência do mesmo evento, a seguradora responderá também pela indenização referente à cobertura de morte, observado os termos e disposições das condições contratuais.

43.3. Após o pagamento de indenização referente à cobertura de diagnóstico de câncer, respeitado o período cujo prêmio tenha sido integralmente pago, não haverá cobrança de prêmio para esta cobertura, pois a cobertura será excluída.

CLÁUSULA 44 - BENEFICIÁRIO

44.1. No caso, o beneficiário da cobertura de Diagnóstico de Câncer é o próprio segurado.

44.1.1. Se durante a regulação do sinistro ocorrer o óbito do segurado, o valor correspondente será pago ao segurado principal.

CLÁUSULA 45 - DISPOSIÇÕES GERAIS

45.1. Aplicam-se a esta cláusula as condições gerais previstas na apólice no que não conflitarem com as disposições específicas desta cobertura adicional de Diagnóstico de Câncer.

COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES

CLÁUSULA 46 - OBJETIVO DA COBERTURA

46.1. O objetivo desta cobertura, se contratada, mediante pagamento de prêmio adicional, é a garantia do pagamento de indenização para o próprio segurado em decorrência de diagnóstico de uma das doenças previstas nos termos destas condições especiais e das condições gerais, desde que a apólice esteja em vigor na data da ocorrência do evento e que este não decorra de risco expressamente excluído.

CLÁUSULA 47 - DEFINIÇÕES

Além das definições indicadas na **CLÁUSULA 2 - DEFINIÇÕES** das condições gerais, também aplicam-se à presente cobertura, as seguintes definições:

- 47.1. **Acidente Vascular Cerebral:** Obstrução aguda da circulação sanguínea cardiovascular causada por hemorragia subaracnóidea, hemorragia intracerebral e infarto cerebral resultando em dano neurológico permanente (distúrbio de fala, perda de atividades, paralisia). O diagnóstico de acidente vascular cerebral crítico deve ser feito por meio de tomografia computadorizada do cérebro, ressonância magnética, e exame de fluido cefalorraquidiano.
- 47.2. **Cirurgia Coronariana:** Realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias que está ou estão estenosada(s) ou ocluída(s), com implante de ponte(s) vascular(es) na(s) artéria(s) coronária(s). A indicação de cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia.
- 47.3. **Carcinoma ou Câncer:** Doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolado de células malignas, e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por exame histológico conclusivo. A doença também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a Doença de Hodgkin.
- 47.4. **Infarto:** É a morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O infarto deverá ser comprovado através de laudo emitido por médico especialista e através de exames de eletrocardiograma e exames laboratoriais (enzimas específicas). O diagnóstico deve basear-se na ocorrência, concomitante, de:
- História de dores torácicas típicas;
 - Alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma–ECG (Depressão de onda, ondas T,Q);
 - Elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores de necrose miocárdica (incluindo CK-MB);
 - Avaliação de enzimas cardíacas, incluindo CK-MB.
- 47.5. **Insuficiência renal:** Etapa final de doença renal caracterizada pela perda crônica e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal. Deve ser diagnosticada por médico habilitado em nefrologia e demonstrada através de exames complementares apropriados.

- 47.6. Relatório Médico:** Documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina com a finalidade de registrar a sua opinião sobre as condições físicas e de saúde e respectivos fatos médicos correlatos do proponente ou segurado.
- 47.7. Prazo de Carência:** Período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual a seguradora está isenta de responsabilidade indenizatória, ou seja, em que o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados em eventual ocorrência de sinistro.
- 47.8. Transplante de Órgãos:** Necessidade médica do segurado de recepção de transplante em função de perda irreversível da função dos seguintes órgãos: fígado, coração, pulmão, pâncreas ou medula óssea.

CLÁUSULA 48 - RISCOS COBERTOS

- 48.1. Cobertura de Doenças Graves:** É a garantia de pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta cobertura, mediante o pagamento de prêmio adicional, **EM CASO DE DIAGNÓSTICO DE UMA DAS DOENÇAS RELACIONADAS A SEGUIR:**
- a) **CÂNCER PRIMÁRIO:** Deve ser diagnosticado por médico habilitado em oncologia e demonstrado através dos laudos de exames citológicos e histológicos apropriados para cada caso;
 - b) **INFARTO DO MIOCÁRDIO:** É o advento repentino de morte de parte do músculo cardíaco, como resultado de suprimento inadequado de sangue. O diagnóstico deve ser baseado em uma história de dor típica no peito, mudanças eletrocardiográficas e elevação de enzimas específicas, angina, obstrução coronariana (evoluindo necessariamente para hipocinésia permanente do músculo cardíaco). Para os efeitos dessa cobertura, o infarto do miocárdio deverá ter seu primeiro diagnóstico em data posterior ao início da vigência do certificado individual e findo do prazo de carência definido na **CLÁUSULA 50 - CARÊNCIA** desta condição especial. O diagnóstico de infarto do miocárdio poderá ser realizado no segurado tanto em vida quanto post-mortem;
 - c) **ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC):** Deve ser diagnosticado por médico habilitado em neurologia ou neurocirurgia e demonstrado por exames complementares apropriados. Deve ser provada a existência de déficit neurológico nos últimos 3 (três) meses;
 - d) **CIRÚRGIA CORONARIANA (A CÉU ABERTO):** A necessidade de cirurgia deve ser comprovada por exame de cateterismo coronariano;
 - e) **INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA (EM HEMODIÁLISE):** Deve ser diagnosticada por médico habilitado em nefrologia e demonstrada por exames complementares apropriados;
 - f) **TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS VITAIS:** Deve ser indicada por médico especialista habilitado na especialidade da patologia em questão. Estarão cobertos os segurados que necessitarem do transplante pela perda irreversível da função dos órgãos vitais relacionados abaixo:
 - I. **CORAÇÃO;**
 - II. **FÍGADO;**
 - III. **MEDULA ÓSSEA;**

IV. PÂNCREAS;

V. PULMÃO;

VI. RIM.

48.1.1. O DIAGNÓSTICO DEVE SER COMPROVADO POR RELATÓRIO MÉDICO E EMITIDO PELA PRIMEIRA VEZ EM DATA POSTERIOR AO INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA DA APÓLICE.

48.2. Após o pagamento de indenização referente à cobertura de Doenças Graves, não há reintegração do capital segurado, portanto, **SOMENTE HAVERÁ GARANTIA DESTA COBERTURA PARA O PRIMEIRO DIAGNÓSTICO DE UMA DAS DOENÇAS PREVISTAS NESTA CLÁUSULA, ESTANDO EXCLUÍDAS, EM TODA E QUALQUER HIPÓTESE, PARA EFEITO DESTA SEGURO E DE SUAS RENOVAÇÕES, SE OCORREREM, A POSSIBILIDADE DE ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES PELO DIAGNÓSTICO DE MAIS DE UMA DOENÇA.**

CLÁUSULA 49 - RISCOS EXCLUÍDOS

49.1. ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 4 - RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES:

- a) **DOENÇAS CAUSADAS INTENCIONALMENTE PELO PRÓPRIO SEGURADO;**
- b) **DOENÇAS PROVOCADAS POR EPIDEMIA DECLARADA POR AUTORIDADE COMPETENTE;**
- c) **PREJUÍZOS DECORRENTES DE INVALIDEZ PROFISSIONAL SEJA ELA PERMANENTE OU TEMPORÁRIA;**
- d) **ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA A COBERTURA DE CÂNCER:**
 - I. **NEOPLASIA MALIGNA CLASSIFICADA COMO CARCINOMA IN SITU;**
 - II. **NEOPLASIAS BENIGNAS;**
 - III. **NEOPLASIAS MALIGNAS DE PELE NÃO-MELANOMA;**
 - IV. **NEOPLASIAS NÃO PRIMÁRIAS;**
- e) **OS INFARTOS DO MIOCÁRDIO ANTIGOS DEMONSTRADOS ATRAVÉS DO ECOCARDIOGRAMA, TODA A ANGINA DO PEITO, INCLUINDO ANGINA ESTÁVEL E INSTÁVEL, ANGINA DECÚBITO, INFARTO DO MIOCÁRDIO SEM ELEVAÇÃO DO SEGMENTO “ST” NO ECOCARDIOGRAMA COM ELEVAÇÃO DA TROPONINA “I” OU “T” E OUTRAS SÍNDROMES CORONÁRIAS AGUDAS ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DE INFARTO, ALÉM DE:**
 - I. **INFARTOS DO MIOCÁRDIO ANTIGOS, DEMONSTRADOS POR ELETROCARDIOGRAMA.**
- f) **ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA A COBERTURA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL:**
 - II. **ANEURISMA CEREBRAL;**
 - III. **ATAQUES ISQUÊMICOS TRANSITÓRIOS;**

- IV. QUALQUER OUTRA ALTERAÇÃO NEUROLÓGICA, QUE NÃO A PARALISIA IRREVERSÍVEL, RESULTANTE DE ACIDENTE VASCULAR;
 - V. QUALQUER OUTRO TIPO DE ALTERAÇÃO NEUROLÓGICA NÃO ORIGINADA POR UM ACIDENTE VASCULAR;
 - VI. INJÚRIA CEREBRAL RESULTANTE DE HIPÓXIA OU TRAUMA;
 - VII. HEMORRAGIA CEREBRAL CAUSADA POR ACIDENTE;
 - VIII. HEMORRAGIA CEREBRAL CAUSADA POR TUMORES;
 - IX. HEMORRAGIA CEREBRAL CAUSADA POR CIRURGIAS NO CÉREBRO;
 - X. OBSTRUÇÃO DE ARTÉRIA OFTÁLMICA RESULTANDO EM DANO NEUROLÓGICO; E
 - XI. SINTOMAS NEUROLÓGICOS CAUSADO POR ENXAQUECAS;
- g) ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA A COBERTURA DE CIRURGIA CORONÁRIA:
- I. ANGIOPLASTIA;
 - II. OUTROS PROCEDIMENTOS INTRA-ARTERIAIS;
 - III. CIRURGIA TIPO “KEY-HOLE” (QUAISQUER PROCEDIMENTOS A TÓRAX FECHADO, UTILIZANDO-SE CATETERES CIRÚRGICOS); E
 - IV. QUAISQUER PROCEDIMENTOS OU TÉCNICAS NÃO CIRÚRGICAS;
- h) ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA A COBERTURA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS VITAIS:
- I. TRANSPLANTES DOS DEMAIS ÓRGÃOS NÃO LISTADOS NESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS;
 - II. TRANSPLANTE DE TECIDO;
 - III. TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO;
 - IV. TRANSPLANTE DE CÉLULAS-BETA DO PÂNCREAS;
 - V. AUTO-TRANSPLANTE (TRANSPLANTE DE PARTES DO INDIVÍDUO EM SI PRÓPRIO), EXCETO DE MEDULA ÓSSEA; E
 - VI. QUAISQUER TRANSPLANTES DE APENAS UMA PARTE DO ÓRGÃO.

CLÁUSULA 50 - CARÊNCIA

- 50.1. PARA A COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES HAVERÁ CARÊNCIA DE 90 (NOVENTA) DIAS CORRIDOS.
- 50.2. O PRAZO DE CARÊNCIA SERÁ CONTADO A PARTIR DA DATA DE INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA OU DO AUMENTO DO CAPITAL DA COBERTURA POR SOLICITAÇÃO DO SEGURADO.

CLÁUSULA 51 - INÍCIO DE VIGÊNCIA

- 51.1. A cobertura de Doenças Graves começará a vigorar a partir da data de contratação da proposta pelo segurado ou da data da inclusão desta cobertura, desde que aceita pela seguradora.

CLÁUSULA 52 - TÉRMINO DA COBERTURA DO SEGURO

52.1. Além das situações previstas na **CLÁUSULA 11 - CANCELAMENTO DA APÓLICE** das condições gerais, a cobertura de doenças graves cessa:

- a) Com o pagamento de indenização por Doenças Graves, por ocasião de sinistro ocorrido com o segurado; e,
- b) Por solicitação do segurado.

CLÁUSULA 53 - CAPITAL SEGURADO

53.1. O capital segurado corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência de sinistro coberto pela apólice e vigente na data do evento, sendo respeitado o limite máximo de 100% (cem por cento) do que couber à cobertura de Morte Natural ou Acidental.

53.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado desta cobertura, quando da liquidação dos sinistros, a data do relatório médico do diagnóstico.

CLÁUSULA 54 - TABELA DE REENQUADRAMENTO ETÁRIO

54.1. Além do reajuste de prêmio previsto na **CLÁUSULA 14 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA** das condições gerais, anualmente, na data de aniversário da apólice, o valor do prêmio da cobertura de Doenças Graves também será reajustado em função da idade e assim do seu risco, conforme a tabela a seguir:

Idade		% Reajuste do Prêmio	Idade		% Reajuste do Prêmio
De	Para		De	Para	
18	19	7,77%	36	37	12,00%
19	20	7,92%	37	38	12,38%
20	21	8,08%	38	39	12,78%
21	22	8,24%	39	40	6,59%
22	23	8,41%	40	41	6,77%
23	24	8,59%	41	42	6,95%
24	25	8,78%	42	43	7,15%
25	26	8,98%	43	44	7,36%
26	27	9,18%	44	45	7,54%
27	28	9,40%	45	46	7,79%
28	29	9,63%	46	47	8,05%
29	30	9,88%	47	48	8,34%
30	31	10,13%	48	49	8,65%
31	32	10,40%	49	50	8,01%
32	33	10,69%	50	51	8,33%
33	34	10,99%	51	52	8,68%
34	35	11,31%	52	53	9,06%
35	36	11,65%	53	54	9,48%

Idade		% Reajuste do Prêmio	Idade		% Reajuste do Prêmio
De	Para		De	Para	
54	55	6,72%	77	78	7,09%
55	56	6,81%	78	79	7,13%
56	57	6,89%	79	80	7,17%
57	58	6,98%	80	81	7,20%
58	59	7,07%	81	82	7,24%
59	60	6,26%	82	83	7,28%
60	61	6,31%	83	84	7,31%
61	62	6,37%	84	85	7,34%
62	63	6,42%	85	86	7,38%
63	64	6,47%	86	87	7,41%
64	65	6,51%	87	88	7,44%
65	66	6,56%	88	89	7,47%
66	67	6,61%	89	90	7,50%
67	68	6,66%	90	91	7,53%
68	69	6,70%	91	92	7,56%
69	70	6,75%	92	93	7,59%
70	71	6,79%	93	94	7,62%
71	72	6,84%	94	95	7,65%
72	73	6,88%	95	96	7,67%
73	74	6,92%	96	97	7,70%
74	75	6,97%	97	98	6,84%
75	76	7,01%	98	99	6,85%
76	77	7,05%			

CLÁUSULA 55 - PAGAMENTO DE PRÊMIO

55.1. A cobrança do prêmio relativo à cobertura de Doenças Graves será feita em conjunto com o prêmio de seguro do segurado, e em conformidade com as condições gerais da apólice.

CLÁUSULA 56 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

56.1. Além dos documentos descritos no subitem **17.2.1** da **CLÁUSULA 17 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO** das condições gerais, para o processo de regulação de sinistro da cobertura de Doenças Graves deverão ser apresentados também os seguintes documentos:

56.1.1. Para o evento decorrente de **Câncer** será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Declaração médica em formulário da seguradora, devidamente preenchida e assinada pelo médico assistente do segurado, contendo o resultado do exame anatomopatológico, estágio de neoplasia, tratamento realizado e a realizar de modo detalhado e prognóstico;
- b) Cópia do exame anatomopatológico que comprove o diagnóstico de câncer; e,
- c) Laudo do perito médico, **quando solicitado pela seguradora.**

56.1.2. Para o evento decorrente de **Infarto do Miocárdio** será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) **Relatório Médico de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em cardiologia demonstrado por pelo menos 2 (dois) dos seguintes sintomas ou sinais: histórico da dor precordial típica, alteração eletrocardiográfica, alterações das enzimas cardíacas, ou outros exames complementares aplicáveis ao caso.**

56.1.3. Para o evento decorrente de **Acidente Vascular Cerebral** será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) **Relatório Médico de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em neurologia ou neurocirurgia; e**
- b) **Exames complementares apropriados (tomografia computadorizada, ressonância magnética e exame de fluido cefalorraquidiano).**

56.1.4. Para o evento decorrente de **Cirurgia Coronariana** será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) **Relatório Médico de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em cirurgia cardíaca.**

56.1.5. Para o evento decorrente de **Insuficiência Renal Crônica** será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) **Relatório Médico de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em nefrologia; e**
- b) **Exames complementares apropriados.**

56.1.6. Para o evento decorrente de **Transplante de Órgãos Vitais** será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) **Relatório Médico de diagnóstico e exames complementares apropriados com recomendação feita pelo menos por 2 (dois) médicos habilitados na especialidade da patologia em questão.**

56.2. O pagamento das indenizações relativas às coberturas de Morte Natural ou Acidental e Doenças Graves se acumula, ou seja, se depois de paga uma indenização pela cobertura de Doenças Graves, verificar-se a morte do segurado em decorrência do mesmo evento, a seguradora responderá também pela indenização referente à cobertura de morte, observados os termos e disposições das condições contratuais.

56.3. Após o pagamento de indenização referente à cobertura de Doenças Graves, respeitado o período cujo prêmio tenha sido integralmente pago, não haverá cobrança de prêmio para esta cobertura, pois esta será excluída.

CLÁUSULA 57 - BENEFICIÁRIO

57.1. O beneficiário da cobertura de Doenças Graves é o próprio segurado.

57.1.1. Se durante a regulação do sinistro ocorrer o óbito do segurado, o valor correspondente será pago ao segurado principal.

CLÁUSULA 58 - DISPOSIÇÕES GERAIS

58.1. Aplicam-se a esta cláusula as condições gerais previstas na apólice no que não conflitarem com as disposições específicas desta cobertura adicional de Doenças Graves.