CONDIÇÕES GERAIS

EXCELSIOR AZOS – PESSOAS INDIVIDUAL – CONTRATAÇÃO DIGITAL (B2C)

Processo SUSEP: 15414.604989/2023-35

v.fevereiro

CLÁUSULA 1 - INFORMAÇÕES PRELIMINARES 5
CLÁUSULA 2 – OBJETIVO DO SEGURO 5
CLÁUSULA 3 - DEFINIÇÕES 5
CLÁUSULA 4 - ÂMBITO GEOGRÁFICO 10
CLÁUSULA 5 – COBERTURAS 10
CLÁUSULA 6 – RISCOS EXCLUÍDOS 10
CLÁUSULA 7 – CONTRATAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO 11
CLÁUSULA 8 – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO 13
CLÁUSULA 9 – INFORMAÇÕES SOBRE RISCO E DECLARAÇÕES PARA A FORMAÇÃO DO CONTRATO 13
CLÁUSULA 10 – PAGAMENTO DO PRÊMIO 14
CLÁUSULA 11 – PERÍODO DE TOLERÂNCIA 14
CLÁUSULA 12 – BENEFICIÁRIOS 15
CLÁUSULA 13 – CAPITAL SEGURADO 16
CLÁUSULA 14 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIOS 16
CLÁUSULA 15 – REAJUSTE DO PRÊMIO POR IDADE 17
CLÁUSULA 16 – PRAZO CARÊNCIA 17
CLÁUSULA 17 – FRANQUIA 17
CLÁUSULA 18 – INDENIZAÇÃO 17
CLÁUSULA 19 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS 18
CLÁUSULA 20 – JUNTA MÉDICA 20
CLÁUSULA 21 - RESCISÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO 20
CLÁUSULA 22 - PERDA DE DIREITO 21
CLÁUSULA 23 - PRESCRIÇÃO 23
CLÁUSULA 24 – FORO 23
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE (M) 24
CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS 24
CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS 24
CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO 24
CLÁUSULA 4 – PRAZO DE CARÊNCIA 24
CLÁUSULA 5 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE 25
CLÁUSULA 6 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS 25
CLÁUSULA 7 – RATIFICAÇÃO 27
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE MAJORADA (IPTA MAJORADA) 28

CLÁUSULA 1 - RISCOS COBERTOS 28
CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS 30
CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO 30
CLÁUSULA 4 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE 30
CLÁUSULA 5 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS 30
CLÁUSULA 6 – RATIFICAÇÃO 32
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DOENÇAS GRAVES 10 (DG10) 33
CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS 33
CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS 35
CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO 36
CLÁUSULA 4 – PRAZO DE CARÊNCIA 37
CLÁUSULA 5 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE 38
CLÁUSULA 6 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS 38
CLÁUSULA 7 – RATIFICAÇÃO 41
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DOENÇAS GRAVES 13 (DG13) 42
CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS 42
CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS 45
CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO 46
CLÁUSULA 4 – PRAZO DE CARÊNCIA 47
CLÁUSULA 5 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE 48
CLÁUSULA 6 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS 49
CLÁUSULA 7 – RATIFICAÇÃO 51
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL INDIVIDUAL (AF) 52
CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS 52
CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS 54
CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO 54
CLÁUSULA 4 – PRAZO DE CARÊNCIA 54
CLÁUSULA 5 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE 54
CLÁUSULA 6 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS 55
CLÁUSULA 7 - CONCORRÊNCIA DE APÓLICES 56
CLÁUSULA 8 – RATIFICAÇÃO 57
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL FAMILIAR (AFF) 58

CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS..... 58
CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS 60
CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO 60
CLÁUSULA 4 – PRAZO DE CARÊNCIA 60
CLÁUSULA 5 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE .. 61
CLÁUSULA 7 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS 61
CLÁUSULA 7 - CONCORRÊNCIA DE APÓLICES 63
CLÁUSULA 8 – RATIFICAÇÃO 63

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO **EXCELSIOR AZOS – PESSOAS INDIVIDUAL – CONTRATAÇÃO DIGITAL (B2C)**

CLÁUSULA 1 - INFORMAÇÕES PRELIMINARES

1.1. Estas são as Condições Gerais do Plano EXCELSIOR AZOS – PESSOAS INDIVIDUAL – CONTRATAÇÃO DIGITAL (B2C), nome fantasia, do Ramo Principal 1391 - Vida; este Plano é regido pelas disposições contidas nestas Condições.

1.2. Este plano destina-se à cobertura de segurados individuais.

1.3. A aceitação da proposta de seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

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

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

1.6. Todos os valores constantes dos documentos relativos a este plano de seguro serão expressos em moeda corrente nacional.

1.7. Este plano está estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto, não permite a concessão de resgate, saldamento ou devolução e de prêmios ao Segurado ou ao Beneficiário, uma vez que cada Prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações no período da Cobertura.

1.8. Em caso de inclusão de menores de 14 anos, é permitido exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas.

CLÁUSULA 2 – OBJETIVO DO SEGURO

2.1. Garantir o pagamento de indenização ao Segurado ou ao beneficiário pela ocorrência dos riscos especificados como cobertos, de acordo com as coberturas e limites dos Capitais Segurados contratados, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e das demais Condições Contratuais.**

CLÁUSULA 3 - DEFINIÇÕES

3.1. **ACIDENTE PESSOAL** – evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou

parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que, inclui-se nesse conceito o suicídio voluntário, ou a sua tentativa, nos dois primeiros anos de vigência, contados do início de vigência individual do seguro, observada a legislação em vigor.

3.1.1. Excluem-se do conceito de acidente pessoal:

a) quaisquer doenças, conforme apuradas nos termos dessa Apólice, mesmo as consideradas acidentes pela legislação previdenciária;

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

c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no item 3.1 desta Cláusula.

3.2. **APÓLICE** – Documento emitido pela sociedade seguradora que formaliza a aceitação das coberturas solicitadas pelo proponente, nos planos individuais (apólice individual), ou pelo estipulante, nos planos coletivos (apólice coletiva).

3.3. **AVISO DE SINISTRO** – Obrigação do Segurado ou do Beneficiário, visando acautelar seus interesses, de comunicar a ocorrência de sinistro garantido pela apólice, à Seguradora, para que esta inicie seu processo de regulação.

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

3.5. **BENEFICIÁRIO** – Pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

3.6. **CAPITAL SEGURADO** – Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago ou reembolsado pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.

3.7. **CARÊNCIA** – Período de tempo ininterrupto, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

3.8. **COBERTURA** - Proteção contra determinado risco, contratada pelo Segurado, de acordo com as condições da Apólice.

3.9. **COMORIÊNCIA** - É a morte simultânea ou praticamente simultânea de duas ou mais pessoas, do segurado e Beneficiário(s), em circunstâncias que não permitem determinar quem faleceu primeiro.

3.10. **CONDIÇÕES CONTRATUAIS** – Conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro.

3.11. **CONDIÇÕES ESPECIAIS** - É o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

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

3.13. **DATA DE EXIGIBILIDADE** – Data a partir da qual incide atualização de valores a serem pagos como indenização, reembolso de despesas cobertas e recebimento ou devolução de prêmios, conforme previsto nestas condições.

3.14. **DESPESAS DE CONTRATAÇÃO** – São despesas e custos efetivamente incorridos pela Seguradora durante o processo de formação e administração do contrato de seguro, tais como, mas não limitados a: custos operacionais e administrativos; despesas com análise de risco e subscrição; emissão de apólice; comissões e remunerações pagas aos Intermediários; despesas com comunicação e atendimento ao cliente; despesas com os serviços de regulação e liquidação do sinistro.

3.15. **DOCUMENTOS CONTRATUAIS** – A Proposta, as Condições Gerais, o Questionário de Avaliação de Risco, a Apólice e o Endosso.

3.16. **DOCUMENTOS CONTRATUAIS**– A proposta, a apólice, o certificado individual (nas apólices coletivas) e o endosso.

3.17. **DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES** – são as doenças ou lesões, ou qualquer condição de saúde ou doença, inclusive as congênitas, de conhecimento do proponente anteriormente à contratação do seguro e não declaradas no Questionário de Avaliação de Risco. Isso inclui doenças crônicas, lesões ou condições que precisam de tratamento contínuo. São Riscos Excluídos de todas as Coberturas deste seguro.

3.18. **DOWNLOAD** – Ato de transferir (baixar) um ou mais arquivos de um servidor remoto para um computador local. É um procedimento muito comum e necessário.

3.19. **EMOLUMENTOS** - Conjunto de despesas adicionais que a Seguradora cobra do Segurado, correspondente às parcelas de impostos e outros encargos a que está sujeito o seguro.

3.20. **ENDOSSO** – Documento, emitido pela sociedade seguradora, por meio do qual são formalizadas alterações do seguro contratado, de comum acordo

entre as partes envolvidas.

3.21. **FRANQUIA** - Período contínuo de tempo, determinado na apólice, contado a partir da data do sinistro, durante o qual a Seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.

3.22. **INDENIZAÇÃO** – Valor a ser pago pela Seguradora no caso de ocorrência de sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura contratada.

3.23. **INÍCIO DE VIGÊNCIA** - Data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.

3.24. **INTERESSE LEGÍTIMO** - Vínculo econômico, patrimonial, jurídico ou afetivo que justifique a contratação do seguro. A ausência ou impossibilidade de existência de interesse legítimo torna o contrato ineficaz ou nulo.

3.25. **JURO DE MORA** – Encargo financeiro por atraso no pagamento ou recebimento de algum valor, após a aplicação do índice de atualização de valores monetários.

3.26. **LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO** – Ato final do processo de regulação do sinistro que consiste no pagamento ou não pagamento de indenização ao Beneficiário.

3.27. **MÉDICO ASSISTENTE** - Profissional legalmente licenciado para a prática da medicina que esteja assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada. Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

3.28. **PRÊMIO** – é o valor pago à Seguradora, nos termos previamente ajustados, como contraprestação ao custeio da(s) cobertura(s) contratada(s) e constantes da Apólice de Seguro.

3.29. **PRÊMIO LÍQUIDO** – Valor do Prêmio sem os emolumentos.

3.30. **PRESCRIÇÃO** – Perda do direito da pretensão de todo e qualquer pedido reclamando um interesse, em razão do transcurso do prazo fixado em lei.

3.31. **PROPONENTE** - Interessado em contratar a cobertura (ou coberturas) para si.

3.32. **PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO** – Documento preenchido pelo proponente contendo a sua declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, por meio da qual o mesmo expressa a intenção de contratar o seguro e as coberturas escolhidas, manifestando pleno conhecimento das disposições contratuais que regem este seguro. Integra a Proposta de Contratação o Questionário de Avaliação de Risco, por meio do qual o proponente deve prestar à Seguradora as informações sobre seu estado de saúde de seu conhecimento, hábitos de vida e profissão, de forma verdadeira e completa, sob pena de, em caso de inexatidão ou omissão,

perder o direito à garantia.

3.33. "**PRO RATA TEMPORIS**" – Cálculo cujo resultado é proporcional ao tempo decorrido. Nos contratos de seguro, diz-se do prêmio quando é calculado proporcionalmente aos dias já decorridos do contrato.

3.34. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE RISCO - Documento que reúne informações necessárias à aceitação do seguro e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio, por meio do qual o proponente ou Segurado presta informações completas e verdadeiras sobre as suas condições de saúde na data de contratação do seguro, bem como sobre o interesse e o risco a serem garantidos. Ele faz parte integrante da Proposta de Contratação e é elaborado pela Seguradora.

3.35. **REGULAÇÃO DE SINISTRO** – Procedimento técnico-administrativo promovido pela Seguradora que se inicia com o aviso de sinistro e que tem o objetivo de constatar o evento reclamado, apurar a cobertura em relação à apólice contratada, avaliar a extensão do prejuízo decorrente e que se conclui com a definição acerca do pagamento ou não da indenização.

3.36. **RISCO EXCLUÍDOS** – São aqueles riscos previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais da(s) Cobertura(s) contratadas, que não serão cobertos por este seguro.

3.37. RISCOS TECNICAMENTE IMPOSSÍVEIS DE GARANTIA - Considera-se riscos tecnicamente impossíveis de garantia: (i) riscos novos que não são da mesma natureza do interesse segurável deste seguro e/ou são de ramos não operados pela seguradora ou, ainda que operados, não habitualmente negociados pela seguradora, (ii) riscos novos para os quais a seguradora não esteja apta a obter, em condições técnicas e comerciais satisfatórias, resseguro e/ou cosseguro e (iii) riscos novos cujo impacto atuarial altere substancialmente as reservas matemáticas referente a apólice.

3.38. **SEGURADO** – Pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

3.39. **SEGURADORA** – Companhia Excelsior de Seguros, Seguradora autorizada pela SUSEP a funcionar no Brasil.

3.40. **SINISTRO** – Ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do seguro.

3.41. **SUSEP** – Superintendência de Seguros Privados – Autarquia com poderes de normatização, controle e fiscalização do mercado de seguros no Brasil.

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

CLÁUSULA 4 - ÂMBITO GEOGRÁFICO

4.1. As disposições deste seguro aplicam-se aos sinistros ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

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

CLÁUSULA 5 – COBERTURAS

5.1. As coberturas a seguir listadas são passíveis de contratação, respeitando-se as conjugações de planos disponibilizadas pela Seguradora. As respectivas definições, riscos excluídos e demais características estão previstas nas Condições Especiais de cada cobertura:

a) Morte (M);
b) Invalidez Permanente Total por Acidente Majorada (IPTA Majorada);
c) Doenças Graves 10 (DG10);
d) Doenças Graves 13 (DG13);
e) Assistência Funeral Individual (AFI);
f) Assistência Funeral Familiar (AFF);

5.2. As coberturas do seguro são aquelas discriminadas na Proposta de Contratação e, quando contratadas, estarão expressas e ratificadas na Apólice.

5.3. As coberturas deste plano poderão ser contratadas isoladamente, exceto as coberturas de Assistência Funeral Individual (AFI) e Assistência Funeral Familiar (AFF).

CLÁUSULA 6 – RISCOS EXCLUÍDOS

6.1. Estão expressamente excluídos de <u>todas as garantias e cobertura deste seguro</u> os eventos e sinistros ocorridos decorrentes, direta ou indiretamente, de:

a) Doenças ou lesões pré-existentes à contratação do seguro omitidos voluntariamente pelo Segurado na Proposta de Contratação e/ou no Questionário de Avaliação de Risco.
b) 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;
c) Suicídio voluntário ou sua tentativa, quando ocorrido nos dois primeiros anos de vigência, contados do início de vigência individual do seguro.
d) Epidemias, Endemias e pandemias declaradas por órgão competente;
e) Ato reconhecidamente perigoso. Essa exclusão não é aplicada quando a morte ou a incapacidade decorrer do trabalho ou for por ato de humanidade em auxílio de outrem, utilização de

meio de transporte mais arriscado, prestação de serviço militar e prática de esporte.

f) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, salvo quando o Sinistro for dolosamente provocado pelo Beneficiário e existirem outros Beneficiários, os quais receberão o valor a eles devido redefinido proporcionalmente pela eliminação do Beneficiário autor do ato ou da omissão dolosos;

g) Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

h) Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, ressalvados quando se tratar de Segurado militar e em exercício de suas funções e atos de humanidade em auxílio de outrem;

i) Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

j) Ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente; e

k) Do Segurado dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeiram aptidão, sem que possua habilitação legal e apropriada.

CLÁUSULA 7 – CONTRATAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO

7.1. A contratação ou alteração do seguro, bem como a renovação não automática, será feita mediante Proposta de Contratação assinada pelo proponente, por seu representante ou por corretor de seguros habilitado, e entregue, sob protocolo, à Seguradora. Cabe à Seguradora fornecer ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora do seu recebimento.

7.2. As condições contratuais do seguro estarão à disposição do proponente previamente à assinatura da proposta de contratação, seja por vias físicas, digitais ou instruções de acesso à rede, devendo o proponente declarar que tomou ciência das condições contratuais.

7.3. A Proposta de Contratação também poderá ser formalizada por meio de login e senha, necessariamente pré-cadastrados pelo proponente/representante legal em ambiente seguro.

7.4. A aceitação do proponente estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

7.5. A Seguradora terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias, contados da data de recepção da proposta, para aceitá-la ou não, bem como para

alterações que impliquem modificação do risco.

7.6. A solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta poderá ocorrer apenas uma vez, desde que a Seguradora fundamente o pedido, hipótese em que o prazo de 25 (vinte e cinco) dias mencionado no item anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que a Seguradora receber os documentos.

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

7.8. A ausência de manifestação, por escrito, da Seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

7.9. A critério da Seguradora, poderá ser exigido o Questionário de Avaliação de Risco do proponente, quando da contratação ou da adesão ao seguro.

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

I. a data da manifestação expressa pela sociedade seguradora;
II. a data de emissão da apólice com consequente envio e/ou disponibilização do documento contratual; ou
III. a data de término do prazo previsto no item 7.4. acima, quando caracterizada a aceitação tácita da proposta, conforme especificado no item 7.7 desta cláusula.

7.11. A cobrança total ou parcial de prêmio antes da aceitação da proposta somente será admitida em caso de oferecimento de cobertura provisória ao proponente, para sinistros ocorridos no período de análise da proposta, e desde que expressamente prevista nas condições contratuais e solicitada pelo proponente na proposta.

7.12. Quando a forma de pagamento escolhida for cartão de crédito, no ato da contratação da proposta será realizada uma pré-reserva do valor da primeira parcela do prêmio. Esse valor somente será debitado após a aceitação da proposta pela seguradora. A pré-reserva não caracteriza pagamento do seguro e, portanto, não há cobertura nesse período. O pagamento do prêmio será efetivado na data de aceitação da proposta, momento a partir do qual terá início a vigência da cobertura.

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

7.14. Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento do prêmio total ou parcial, a restituição do Prêmio efetivamente pago a título de cobertura provisória será realizada integralmente no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, a contar da data de formalização da recusa da proposta.

7.14.1. Se a restituição for feita posteriormente ao prazo máximo estabelecido no item 7.12 acima, a restituição estará sujeita à atualização e juros de mora, serão atualizados com base na variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), na hipótese de extinção do índice definido nesta cláusula, , será adotado o índice que vier a substituí-lo reconhecidamente pelos órgãos oficiais.

CLÁUSULA 8 – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

8.1. O prazo de vigência do seguro será de 5 (cinco) anos, podendo ser renovado nos termos da Legislação e desta Condição geral.

8.2. O seguro poderá ser cancelado de acordo com a CLÁUSULA 20 - RESCISÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO.

8.3. Se contratadas, a vigência das coberturas de Doenças Graves 10 e Doenças Graves 13 terminarão na data do primeiro aniversário da apólice posterior ao segurado completar 75 anos de idade.

8.4. A apólice e os endossos terão seu início e término de vigência às 24h (vinte e quatro horas) das datas para tal fim neles indicadas.

8.5. A Seguradora emitirá e enviará a Apólice no início e a cada renovação do seguro. Em caso de utilização de meios remotos na emissão de documentos contratuais, será garantido a possibilidade de impressão ou download do documento pelo cliente.

8.6. Este seguro não será renovado automaticamente, sendo que a renovação demandará manifestação expressa do Segurado e da Seguradora.

8.7. O pagamento do prêmio, ou a autorização de débito feita pelo Segurado, demonstram de forma clara a sua vontade de renovar o seguro — desde que a Seguradora tenha enviado previamente uma notificação informando sobre a possibilidade de renovação. Esse procedimento não caracteriza renovação automática da apólice.

8.7.1. A manifestação se tornará sem efeito, caso a Seguradora se manifeste com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias em relação ao término de vigência da apólice, informando a não aceitação da renovação do seguro.

8.8. Na renovação do seguro não haverá necessidade de nova avaliação das condições de saúde e atividade do proponente para permanência no seguro.

8.9. Qualquer alteração nas Condições Contratuais deste seguro será realizada por endosso à apólice, com a concordância expressa e escrita do Segurado ou de seu representante.

CLÁUSULA 9 – INFORMAÇÕES SOBRE RISCO E DECLARAÇÕES PARA A FORMAÇÃO DO CONTRATO

9.1. O seguro será nulo quando o Segurado ou a Seguradora souberem, no

momento da formalização da Proposta, que o risco é impossível ou já se realizou.

9.2. O contrato de seguro só é válido se houver Interesse Legítimo do Proponente, Segurado ou Beneficiário.

9.3. O Proponente é obrigado a declarar, no momento da contratação, qualquer interesse alheio que lhes seja conhecido e que possa ser objeto do seguro, sob pena de perda do direito do Seguro, conforme disposto na legislação aplicável.

9.4. Deverão ser declarados todos os elementos de que o Proponente tenha conhecimento sobre o interesse e o risco a serem garantidos, necessários à aceitação da proposta e fixação do Prêmio, conforme as regras ordinárias de conhecimento e boa-fé.

9.5. A omissão ou falsidade dolosa nas informações implicará na perda do direito do Segurado e Beneficiário à Cobertura do seguro, sem prejuízo da cobrança do Prêmio e do ressarcimento das Despesas de Contratação incorridas pela Seguradora.

CLÁUSULA 10 – PAGAMENTO DO PRÊMIO

10.1. O pagamento dos prêmios é de responsabilidade do Segurado.

10.2. Os prêmios serão calculados com base nas taxas e critérios constantes da Proposta de Contratação, Apólice e Condições Especiais.

10.3. O pagamento do prêmio será efetuado conforme opção feita na Proposta de Contratação.

10.4. Para garantir seu direito à cobertura, o Segurado deverá efetuar o pagamento dos prêmios à Seguradora até a data acordada.

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

10.6. A falta de pagamento da primeira fatura, implicará no cancelamento da apólice.

10.7. Iniciada a vigência da cobertura, se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio sem que este tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado, podendo, quando for o caso, haver o abatimento do prêmio na indenização.

CLÁUSULA 11 – PERÍODO DE TOLERÂNCIA

11.1. Em caso de atraso no pagamento de qualquer parcela do prêmio, exceto a primeira, o Segurado será notificado por meio idôneo, com comprovação de

recebimento, para regularizar o(s) pagamento(s) pendentes no prazo de tolerância de 60 (sessenta) dias, avisando que o contrato será encerrado se o atraso não for regularizado.

11.2. As notificações referentes à mora e suas consequências serão realizadas por qualquer meio idôneo, incluindo, mas não se limitando a aplicativos da seguradora, e-mail, aplicativos de mensagens eletrônicas e outros.

11.3. O Período de Tolerância é definido como o período de até 60 (sessenta) dias corridos e consecutivos, contados da data de vencimento do prêmio vencido e não pago, durante o qual o segurado ainda terá direito às coberturas.

11.4. Decorridos 60 (sessenta) dias contados da data de vencimento sem que o prêmio tenha sido quitado, a apólice será automaticamente e de pleno direito cancelada, mediante comunicado prévio, a partir do 61º dia de vencimento da fatura em atraso, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba qualquer restituição de prêmio anterior, ficando o Segurado obrigado ao pagamento dos prêmios vencidos relativos ao período de cobertura.

11.5. A cobrança de parcelas vencidas após o cancelamento da apólice não implica obrigação da Seguradora de reativá-la.

CLÁUSULA 12 – BENEFICIÁRIOS

12.1. Cabe exclusivamente ao Segurado, por manifestação expressa de vontade, a qualquer tempo, antes da ocorrência do Sinistro, nomear ou substituir seu(s) Beneficiário(s).

12.2. No caso das coberturas de Invalidez Permanente Total por Acidente Majorada (IPTA – Majorada), Doenças Graves 10 (DG10) e Doenças Graves 13 (DG13), o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

12.3. No caso da cobertura de Assistência Funeral Individual (AFI) e Assistência Funeral Familiar (AFF) será a pessoa física ou jurídica que, mediante apresentação de comprovantes originais, tiver realizado o pagamento das despesas com o funeral, observado o Capital Segurado.

12.4. Para a cobertura de Morte (M), os beneficiários do seguro serão designados livremente pelo Segurado, ressalvadas as restrições legais, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada.

12.5. Será considerada, em caso de Sinistro, a última indicação e/ou alteração de Beneficiário(s) feita pelo Segurado por ato entre vivos ou de última vontade, e recebida pela Seguradora antes do Sinistro.

12.6. Caso a Seguradora não tenha sido informada sobre a substituição do Beneficiário ocorrida por ato entre vivos ou declaração de última vontade do Segurado, estará desobrigada de qualquer responsabilidade ao realizar o pagamento ao Beneficiário anteriormente indicado.

12.7. Caso um ou mais Beneficiários venham a falecer antes do Segurado, o Capital Segurado será redistribuído entre os remanescentes em partes proporcionais, observando o percentual indicado de participação de cada um.

12.8. Não pode ser instituído Beneficiário pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do Segurado.

12.9. É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

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

12.11. Na falta das pessoas indicadas neste item, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

12.12. Em sendo os beneficiários menores de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.

CLÁUSULA 13 – CAPITAL SEGURADO

13.1. O Capital Segurado, por cobertura, será indicado na Apólice e representa o limite máximo de responsabilidade da Seguradora em caso de sinistro coberto.

13.2. A data do evento a ser considerada para determinação do Capital Segurado vigente na data do sinistro está estabelecida nas Condições Especiais das respectivas coberturas contratadas.

CLÁUSULA 14 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIOS

14.1. O valor do Capital Segurado e dos Prêmios do Seguro serão corrigidos anualmente com base na variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), na hipótese de extinção do índice definido nesta cláusula, será adotado o índice que vier a substituí-lo reconhecidamente pelos órgãos oficiais.

14.2. No caso de extinção ou vedação do índice de atualização de valores definido nos itens anteriores, a Seguradora adotará os procedimentos determinados pela legislação pertinente ou pelos órgãos públicos competentes.

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

14.4. Os capitais segurados e prêmios serão atualizados anualmente, na data de aniversário da contratação, com base na variação positiva acumulada nos últimos 12 (doze) meses que antecedem o 2º (segundo) mês anterior ao aniversário do seguro.

a) Exemplo:
Início de vigência: mês de Janeiro/2021
Mês de atualização monetária: mês de Janeiro/2022
IPCA acumulado (12 meses) do período de 01 de Novembro/2020 a 31 de Outubro/2021

CLÁUSULA 15 – REAJUSTE DO PRÊMIO POR IDADE

15.1. O Prêmio mensal estipulado na data de início de vigência do seguro será aquele estabelecido na Proposta de Contratação, sujeito as alterações decorrentes da mudança de idade de cada Segurado.

15.2. O prêmio sofrerá acréscimo, anualmente, na data de aniversário da contratação, em decorrência da mudança de idade do Segurado e consequentemente aumento de Risco, com a finalidade de manter o equilíbrio atuarial, financeiro e econômico do seguro, na forma da lei.

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

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

CLÁUSULA 16 – PRAZO CARÊNCIA

16.1. A existência de Prazo de Carência está estabelecida nas Condições Especiais de cada cobertura contratada, durante o qual a Seguradora não será responsável pelo pagamento da Indenização da respectiva cobertura e pela ocorrência do sinistro.

16.2. O Prazo de Carência não será aplicável na renovação do Seguro.

CLÁUSULA 17 – FRANQUIA

17.1. A existência de franquia está estabelecida nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

CLÁUSULA 18 – INDENIZAÇÃO

18.1. As indenizações deste seguro serão pagas no Brasil e em moeda nacional.

18.2. Caracterizado o sinistro, a Seguradora efetuará a indenização em parcela única, até o limite do Capital Segurado contratado, obedecendo à demais Condições Contratuais.

CLÁUSULA 19 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

19.1. Ocorrido o sinistro, cabe ao Segurado, ao seu Representante ou ao seu Beneficiário:

a) dar imediato aviso à Seguradora, por qualquer meio disponível, e comprovar satisfatoriamente a ocorrência do sinistro, bem como relatar-lhe todas as circunstâncias relacionadas ao evento;
b) prestar assistência à Seguradora, sempre que esta queira adotar medidas tendentes à elucidação de circunstâncias ou fatos ligados ao sinistro; e
c) fornecer à Seguradora todos os elementos de que disponha sobre o Sinistro, que permitam identificar com clareza o fato ocorrido, os efeitos no segurado, bem como os documentos necessários à liquidação do sinistro, conforme descritos nas Condições Especiais das coberturas contratadas. O não fornecimento da documentação solicitada acarreta a suspensão do prazo para pagamento da indenização.
d) facilitar a atuação dos peritos e profissionais indicados pela SEGURADORA, de forma a permitir a apuração dos fatos relacionados ao sinistro reclamado ou fatos anteriores que tenham relevância para o sinistro.

19.2. As despesas incorridas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou de seu Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

19.3. Este seguro, por limitações legais constantes das regras que regem os seguros e planos de saúde e nos termos da Lei nº 15.040/2024, não cobre e, nos seus termos não serão indenizadas ou reembolsadas como despesas de contenção e salvamento, quaisquer despesas relacionadas à contenção de doenças ou lesões, bem como gastos com prevenção, manutenção e preservação da saúde, ainda que tenham o objetivo de evitar um sinistro iminente ou atenuar os efeitos de um sinistro coberto. Essas despesas, que incluem, mas não se limitam, a exames de rotina, consultas médicas, vacinas, tratamentos, acompanhamento psicológico, entre outros, são de responsabilidade exclusiva do segurado e não se enquadram nas coberturas previstas na apólice.

19.4. Em caso de reembolso de despesas com sinistros cobertos, efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução de documentos ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

19.5. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Beneficiário, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos destas Condições Gerais, quando aplicável.

19.6. O processo de liquidação do Sinistro somente se iniciará após a identificação da existência efetiva de cobertura e da sua extensão material.

19.7. A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para manifestar-se expressamente sobre a existência de cobertura, prazo este contado da data

de recebimento do aviso de sinistro totalmente preenchido, acompanhado da lista mínima de documentos associada à cobertura pleiteada e documentos e informações adicionais que contenham os elementos mínimos de aviso de sinistro listados nas Condições Gerais e Condições Especiais da Cobertura.

19.8. Os documentos e informações enviados devem ser adequadamente nomeados e estar legíveis/claros.

19.9. Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.

19.10. A relação de documentos mínimos e elementos necessários para a regulação de Sinistro está prevista nas Condições Especiais de cada uma das coberturas contratadas.

19.11. Os documentos elencados nas Condições Especiais de cada uma das coberturas contratadas são um rol mínimo de documentos que possam conter os elementos necessários à regulação e à liquidação. Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar documentos complementares que sejam necessários para a completa elucidação do sinistro.

19.12. Solicitados os documentos complementares, o prazo estabelecido no item 19.7 será suspenso, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for atendida a solicitação.

19.13. Nos sinistros cujo Capital Segurado ultrapasse 500 (quinhentas) vezes o salário mínimo vigente, a suspensão poderá ocorrer por até 2 (duas) vezes. Abaixo de 500 (quinhentos) salários mínimos, a solicitação de documentos complementares somente poderá ocorrer por no máximo 1 (uma vez).

19.14. Independentemente dos documentos listados nas coberturas contratadas, a Seguradora poderá consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação, para apurar a comprovação ou não do evento.

19.15. Reconhecida a cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento da Indenização no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data em que a Seguradora se manifestou sobre a existência de Cobertura.

19.16. Exclusivamente para as coberturas de Renda por Incapacidade Temporária (RIT), Renda de Incapacidade Temporária sem Retroativo (RIT-SR), casos de indenização que ultrapassem 30 (trinta) dias, os pagamentos, a critério exclusivo da Seguradora, poderão ser efetuados periodicamente a cada 30 (trinta) dias, mediante apresentação pelo segurado à seguradora, de relatório médico com data atualizada pelo retorno e avaliação do Médico Assistente, que comprove a extensão de período de afastamento do segurado.

19.17. O não pagamento da indenização no prazo previsto no item 19.16 implicará na aplicação de correção monetária pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou, na falta deste, o índice que vier a substituí-lo, acrescida de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês,

contados a partir do primeiro dia subsequente ao do término do prazo de REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS.

19.18. Os atos ou providências que a Seguradora praticar após o sinistro, não importam, por si, no reconhecimento da obrigação de pagar a indenização reclamada.

19.19. Em caso de ocorrência das coberturas onde o Beneficiário é o próprio Segurado, e que não tenha havido tempo hábil para pagamento da Indenização, o valor desta será pago de acordo com a Cláusula Beneficiários constante nestas Condições Gerais.

19.20. Caso ocorra sinistro durante o período de tolerância, as parcelas do prêmio não quitadas até a data da ocorrência do sinistro poderão ser descontadas do pagamento da indenização.

19.21. Nas hipóteses de recusa de cobertura, o interessado tem o direito de realizar, uma única vez, pedido de reconsideração para nova análise pela Seguradora, apresentando novos elementos, contidos em documentos ou informações.

19.21.1. Durante o período de reanálise pela Seguradora motivado pelo pedido de reconsideração pelo interessado, não incidirão juros e correção monetária.

CLÁUSULA 20 – JUNTA MÉDICA

20.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como dúvida quanto ao correto enquadramento do risco coberto, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

20.2. A junta médica será constituída por 3 (três) profissionais habilitados na sua especialização na especialidade responsável pela condução do tratamento clínico ou cirúrgico ou em perícias médicas, desde que esta especialidade contemple o conhecimento de todas as especialidades e seja reconhecida e certificada pelo CFM, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Havendo a utilização deste recurso, as partes convencionarão a forma de instituição da arbitragem.

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

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

CLÁUSULA 21 - RESCISÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO

21.1. Este seguro será rescindido ou cancelado, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, por falta de

pagamento do prêmio ou descumprimento de quaisquer outras obrigações previstas nas Condições Contratuais e/ou nos termos da CLÁUSULA 21 - PERDA DE DIREITO, destas Condições Gerais.

21.2. O segurado será cancelado ainda:

a) A ocorrência da morte do segurado;
b) Quando o Segurado solicitar o cancelamento;
c) Automaticamente se o Segurado, seus prepostos, seus dependentes ou seus beneficiários agirem com dolo, culpa grave, ou cometerem fraude no ato da contratação ou durante a vigência do contrato;
d) Automaticamente se houver inexatidão ou omissão nas declarações do Segurado e/ou corretor de seguro no ato da contratação e/ou durante a vigência do seguro;
e) Caso não seja efetuado o pagamento dos Prêmios depois de decorrido o prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da primeira inadimplência, o Seguro fica automaticamente cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, não cabendo qualquer restituição de Prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

21.3. A cobertura de Doenças Graves 10 se extingue com o pagamento de 100% do Capital Segurado referente ao diagnóstico de qualquer uma das doenças graves relacionadas nas Condições Especiais da cobertura, ou na data do primeiro aniversário da apólice posterior à data em que o segurado completar 75 (setenta e cinco) anos de idade, o que ocorrer primeiro. No caso de a apólice só conter esta cobertura, o encerramento da cobertura acarretará o cancelamento da apólice.

21.4. A cobertura de Doenças Graves 13 se extingue com o pagamento de 100% do Capital Segurado referente ao diagnóstico de qualquer uma das doenças graves relacionadas nas Condições Especiais da cobertura, ou na data do primeiro aniversário da apólice posterior à data em que o segurado completar 75 (setenta e cinco) anos de idade, o que ocorrer primeiro. No caso de a apólice só conter esta cobertura, o encerramento da cobertura acarretará o cancelamento da apólice.

CLÁUSULA 22 - PERDA DE DIREITO

22.1. Ocorrerá a perda de direito à indenização por este seguro se:

22.1.1. o Segurado agravar intencionalmente o risco, e

22.1.2. O Segurado ou o Beneficiário provocar dolosamente o sinistro, exceto quando se tratar da hipótese de suicídio, que obedecerá a disposição da alínea "c" da Cláusula 6. RISCOS EXCLUÍDOS nessas Condições Gerais. Se o sinistro tiver sido dolosamente provocado pelo Beneficiário, o capital segurado ou a reserva matemática será devido aos herdeiros do Segurado, na forma prevista nessas Condições Gerais , desde que estes não tenham sido definidos como o Beneficiário.

22.1.3. Tiver prévia ciência de prática delituosa por parte do Beneficiário em causar o sinistro.

22.1.4. Deixar de avisar prontamente a Seguradora, por qualquer meio idôneo ou deixar de prestar todas as informações de que disponha sobre o sinistro, suas causas e consequências, sempre que questionado a respeito pela Seguradora.

22.1.5. Cometer fraude por ocasião da reclamação do sinistro.

22.1.6. O Segurado ou seu representante fizer declarações falsas, inexatas ou omitir dolosamente circunstâncias na Proposta de Contratação ou Questionário de Avaliação de Risco, que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, estando o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

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

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

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

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

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

a) Mudança de profissão do Segurado;
b) Mudança de residência para outro país;
c) O hábito de fumar;
d) Costume de viajar em aeronaves pequenas (táxis aéreos, aeronaves particulares, helicópteros, etc).

22.3.1. Devido à estrutura técnica deste Seguro, a Seguradora não utilizará

essa informação para alterar direitos e deveres ora previstos nas Condições Gerais e Especiais, incluindo a decisão de cancelar o seguro ou mesmo restringir a cobertura ou cobrar a diferença de prêmio.

22.4. O pagamento da indenização será recusado se comprovado o nexo causal entre o agravamento relevante do risco e o fato gerador do Sinistro.

CLÁUSULA 23 - PRESCRIÇÃO

23.1. Decorridos os prazos determinados na legislação, opera-se a prescrição para este Plano. A contagem dos prazos observará os marcos legais definidos, considerando a natureza da pretensão e as partes envolvidas.

CLÁUSULA 24 – FORO

24.1. As questões judiciais entre o Segurado ou Beneficiário, e a Seguradora serão processadas no foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto nesta cláusula.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE (M)

CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS

1.1. Desde contratada, esta cobertura cobre, após o período de carência, a morte do Segurado decorrente de causa natural ou de acidente pessoal, ocorridos durante a vigência do risco individual, **respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.**

1.2. Para todos os fins desta Cobertura, considera-se tecnicamente impossível a cobertura que não seja usualmente subscrita pela Seguradora, em razão de sua política interna de aceitação de riscos ou das práticas técnicas do mercado segurador.

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Ratificam-se todos os termos da CLÁUSULA 6 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro.

CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO

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

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

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

3.4. Com o recebimento da indenização pela cobertura de Morte, o seguro estará automaticamente cancelado.

CLÁUSULA 4 – PRAZO DE CARÊNCIA

4.1. O período de carência é de 120 (cento e vinte) dias ininterruptos.

4.2. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto se decorrente de suicídio voluntário, ou suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da apólice do seguro.

4.3. O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, ou do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento.

4.4. Na renovação do risco individual não será iniciado novo prazo de carência.

4.5. O pagamento antecipado de prêmio não elimina as carências estabelecidas neste seguro.

CLÁUSULA 5 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

5.1. Anualmente, na data de aniversário da contratação, ocorrerá o reajuste em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir.

5.2. Os valores indicados abaixo correspondem a variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura de Morte, de acordo com a idade e o sexo do segurado.

Idade	Homem	Mulher
Até 18	Não Aplicado	
19	19,4%	25,0%
20	8,4%	17,9%
21	0,1%	10,5%
22	0,0%	6,6%
23	0,0%	2,7%
24	0,0%	0,0%
25	0,0%	0,0%
26	0,0%	1,9%
27	0,0%	3,3%
28	0,0%	5,1%
29	1,3%	5,2%
30	1,6%	5,6%
31	2,1%	5,4%
32	2,5%	5,9%
33	3,6%	7,0%
34	2,8%	7,3%
35	3,0%	7,5%
36	4,1%	6,1%
37	6,7%	6,4%
38	4,4%	6,6%
39	3,9%	8,0%
40	5,4%	9,1%
41	7,0%	10,6%
42	8,4%	9,8%
43	6,5%	9,1%
44	7,1%	7,9%
45	7,0%	8,1%

Idade	Homem	Mulher
46	7,9%	8,3%
47	8,4%	9,9%
48	10,0%	10,2%
49	8,4%	10,1%
50	11,8%	8,9%
51	11,3%	8,6%
52	11,5%	7,4%
53	10,8%	7,4%
54	7,8%	8,0%
55	9,9%	9,1%
56	8,4%	9,3%
57	9,5%	9,3%
58	7,2%	9,3%
59	10,4%	9,2%
60	9,0%	9,4%
61	9,2%	9,0%
62	7,1%	8,9%
63	8,4%	8,0%
64	8,9%	8,0%
65	7,8%	7,2%
66	7,7%	7,7%
67	6,4%	7,6%
68	8,7%	8,3%
69	7,4%	8,2%
70	9,4%	8,7%
71	10,4%	8,3%
72	11,9%	9,0%
73	12,0%	8,6%

Idade	Homem	Mulher
74	10,4%	11,2%
75	6,5%	10,9%
76	9,4%	11,5%
77	9,7%	9,8%
78	11,2%	11,2%
79	7,7%	11,3%
80	11,5%	12,1%
81	10,3%	12,6%
82	11,0%	13,2%
83	8,8%	12,7%
84	8,9%	11,7%
85	11,4%	12,5%
86	9,6%	12,2%
87	11,2%	11,4%
88	8,0%	10,1%
89	11,0%	10,9%
90	6,7%	11,4%
91	6,4%	10,8%
92	8,1%	11,5%
93	8,1%	12,4%
94	8,1%	10,6%
95	8,1%	11,2%
96	8,1%	11,3%
97	8,1%	10,5%
98	8,1%	9,6%
99	8,1%	9,8%
100	8,1%	7,9%

5.3. Acima de 100 anos de idade, o reenquadramento será de 8,1% ao ano para Homem ou Mulher.

CLÁUSULA 6 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

6.1. Em complemento à CLÁUSULA 19 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para regulação de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, que poderá solicitar cópias autenticadas, os seguintes documentos mínimos e elementos necessários:

6.2. Documentos mínimos do Segurado sinistrado:

a) Cópia do RG e CPF ou CNH (com o Nº de ambos os documentos) que permita a

identificação do Segurado;

b) Formulário de aviso de sinistro devidamente assinado pela pessoa que comunicou o sinistro com a validação das informações prestadas;

c) Certidão de Óbito que comprove o falecimento do Segurado;

d) Comprovante de endereço nominal ao segurado/sinistrado que permita confirmar seu domicílio.

e) Cópia completa do prontuário médico hospitalar que deve conter, de forma legível, as seguintes informações do paciente, sempre que existirem:

- Evolução médica diária (no caso de internação);
- Evoluções de enfermagem e de outros profissionais assistentes;
- Exames realizados, raciocínio médico, hipóteses diagnósticas e diagnóstico definitivo;
- Conduta terapêutica, prescrições médicas, descrições cirúrgicas;
- Fichas anestésicas, resumo de alta, fichas de atendimento ambulatorial e/ou atendimento de urgência, folhas de observação médica e boletins médicos.

f) Extrato de utilização do plano de saúde dos últimos 3 anos que demonstre histórico de atendimentos e procedimentos médicos;

g) Laudo de Necropsia, emitido pelo IML, que descreva a causa mortis e demais elementos técnico-periciais necessários à apuração das circunstâncias do óbito;

h) Laudos de exame toxicológico e alcoólico, emitidos pelo IML que permitam verificar a eventual presença de substâncias psicoativas ou álcool por ocasião do evento.

i) Relatório Médico devidamente preenchido pelo profissional que atendeu o segurado com informações técnicas as datas de diagnósticos das doenças que causaram o óbito em caso de morte natural.

j) Autorização assinada pelo Beneficiário com firma reconhecida por semelhança ou assinatura digital gov.br, habilitando a Cia verificar e obter documentos médicos referentes ao(s) tratamento(s) em hospitais, clínicas, ambulatórios e/ou quaisquer outras entidades de saúde realizados pelo segurado.

6.3. Somente em caso de acidente, além dos documentos acima, enviar a seguinte documentação mínima:

a) Boletim de Ocorrência Policial, que descreva os fatos relacionados ao evento;

b) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), quando o Segurado/sinistrado for o condutor do veículo no momento do acidente, a fim de comprovar sua habilitação regular para a condução;

6.4. Caso não haja indicação de Beneficiários na proposta de seguro:

a) Declaração de Únicos Herdeiros devidamente preenchida por cada um dos Beneficiários e duas testemunhas.

6.5. A relação de documentos mínimos para a liquidação de Sinistro são:

Para cônjuge ou companheira(o):

a) Cópia do RG e CPF ou CNH (com o Nº de ambos os documentos)

b) Certidão de Casamento atualizada com anotação de óbito;

c) 3 Provas de União Estável (caso o segurado não seja casado civilmente). Exemplos: declaração de união estável feita pelo segurado em cartório antes do óbito / comprovante de residência em comum / carta de concessão de pensão por morte do INSS / comprovante de dependência em plano de saúde e/ou odontológico / dependência no imposto de renda / comprovante de conta bancária conjunta.)

d) Comprovante de residência (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);

e) Formulário de Autorização de Pagamento devidamente preenchida com dados

bancários nominais ao cônjuge ou companheira;

f) Comprovante dos dados bancários informados onde demonstre titularidade da conta bancária do Beneficiário (extrato bancário ou cópia do cartão do banco)

Para os demais Beneficiários (exemplos: filhos, pais e irmãos):

a) Cópia do RG e CPF ou CNH (com o Nº de ambos os documentos)

b) Comprovante de residência (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);

c) Autorização de Pagamento devidamente preenchida com dados bancários nominais ao Beneficiário;

Comprovante dos dados bancários informados onde demonstre titularidade da conta bancária do Beneficiário (extrato bancário ou cópia do cartão do banco)

CLÁUSULA 7 – RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE MAJORADA (IPTA MAJORADA)

CLÁUSULA 1 - RISCOS COBERTOS

1.1. Desde contratada, **esta cobertura cobre a invalidez permanente total do Segurado decorrente de um dos eventos relacionados no item 1.2**, em virtude de lesão física causada direta e exclusivamente por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do risco individual, **respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais**.

1.2. Para todos os fins desta Cobertura, considera-se tecnicamente impossível a cobertura que não seja usualmente subscrita pela Seguradora, em razão de sua política interna de aceitação de riscos ou das práticas técnicas do mercado segurador.

1.3. Eventos cobertos:

a) **Perda total da visão de um ou ambos os olhos:** Ocorrência de cegueira legal decorrente de acidente. Considera-se como cegueira legal para esta cobertura a acuidade visual igual ou inferior a 20/200 com a melhor correção, e/ou campo visual igual ou inferior a 20 graus, no(s) olho(s) comprometido(s). O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

b) **Perda total do uso de ambos os membros superiores:** Perda total e irreversível da função motora muscular e sensitiva do conjunto de dois membros superiores como resultado de acidente. Bem como a amputação de ambos os membros superiores. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

c) **Perda total do uso de ambos os membros inferiores:** Perda total e irreversível da função motora muscular e sensitiva do conjunto de dois membros inferiores como resultado de acidente. Bem como a amputação de ambos os membros inferiores. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

d) **Perda total do uso de uma ou ambas as mãos:** Perda total e irreversível da função motora muscular e sensitiva do conjunto de duas ou uma das mãos como resultado de acidente. Bem como a amputação de uma das mãos. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

e) **Amputação de um polegar no nível da articulação metacarpofalangeana ou perda total do movimento de oposição do polegar com comprometimento da função de "pinça", de uma das mãos**

f) **Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior:** Perda total e irreversível da função motora muscular e sensitiva do conjunto de um membro superior e um membro inferior como resultado de acidente. Bem como a amputação de um membro superior e um membro inferior. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

g) **Perda total do uso de um ou ambos os pés:** Perda total e irreversível da função motora muscular e sensitiva do conjunto de dois ou um dos pés como resultado de acidente. Bem como a amputação de um dos pés. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

h) **Alienação mental total e incurável:** Distúrbio mental ou neuromental, decorrente de acidente, em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a

memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o Segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.

i) **Anquilose total de um dos cotovelos:** Perda total e irreversível da mobilidade de um dos cotovelos, decorrente de acidente, por um período de pelo menos 180 dias. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

j) **Anquilose total de um dos punhos:** Perda total e irreversível da mobilidade de um dos punhos, decorrente de acidente, por um período de pelo menos 180 dias. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

k) **Mudez incurável:** Perda total, permanente e irreversível da capacidade de falar como resultado de lesão física por acidente, por um período de pelo menos 180 dias.

l) **Surdez total incurável de ambos os ouvidos:** Perda irreversível, total ou profunda, da audição de ambas as orelhas, causadas por acidente. O diagnóstico deve ser feito por médico Otorrinolaringologista e evidenciado por exames auditivos específicos (audiograma, BERA - Audiometria de Tronco Cerebral, emissão oto-acústica), obedecendo aos limiares auditivos sensorioneurais maiores ou iguais a 90dB (decibéis) em ambas as orelhas, aferidos por audiograma, simultaneamente nas frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 3000Hz.

1.4. Os critérios que definem a perda do movimento de oponência do polegar e função de "pinça" são:
- amputação do 1º dedo (polegar) no nível da articulação metacar-pofalangeana de uma das mãos;
- amputação do 2º, 3º, 4º e 5º dedos no nível da articulação meta-carpofalangeana da mesma mão;
- amputação da falange distal do 1º dedo (polegar) simultaneamente com a amputação do 2º e 3º dedos, no nível da falange média ou proximal, da mesma mão;
- lesão traumática com perda total da função do nervo mediano de um dos membros superiores, necessariamente demonstrada por eletroneuromiografia

1.5. A perda da função de "pinça" também é caracterizada caso o segurado venha a sofrer um acidente que resulte em uma perda definitiva da sensibilidade, força muscular (para pinça fina – 1º dedo, polegar, e 2º dedo), comissura e mobilidade/dimensão (sendo esta composta pela avaliação de até 5 movimentos principais), a ser avaliada por médico especializado, por meio do preenchimento de formulário específico. A combinação dos resultados desses critérios deverá atingir uma pontuação mínima para qualificação do sinistro

1.6. O pagamento será realizado após conclusão do tratamento ou esgotado os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, constatada e avaliada a Invalidez Permanente quando da alta médica definitiva em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto.

1.7. A indenização referente a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente Majorada, jamais ultrapassará 100% (cem por cento) do capital contrato, mesmo que se trate de lesões múltiplas.

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

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além das exclusões descritas na CLÁUSULA 6 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão abrangidos por esta cobertura a Invalidez Permanente por Acidente, Total ou Parcial, se esta for decorrente de eventos não relacionados no item 1.3 desta Condição Especial.

CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO

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

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

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

3.4. Com o recebimento da indenização pela cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente Majorada, a cobertura será cancelada.

CLÁUSULA 4 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

4.1. O reajuste de taxa em função da mudança da idade não se aplica para a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente Majorada (IPTA Majorada).

CLÁUSULA 5 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

5.1. Em complemento à CLÁUSULA 19 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para regulação de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, que poderá solicitar cópias autenticadas, os seguintes documentos mínimos e elementos necessários:

5.2. Documentos mínimos do Segurado sinistrado:

a) Cópia do RG e CPF ou CNH (com o Nº de ambos os documentos) que permita a identificação do Segurado;
b) Formulário de aviso de sinistro devidamente assinado pela pessoa que comunicou o sinistro com a validação das informações prestadas;
c) Comprovante de endereço nominal ao Segurado/sinistrado, que permita verificar seu domicílio
d) Autorização assinada pelo Segurado com firma reconhecida por semelhança, habilitando a Cia verificar e obter documentos médicos referentes ao(s) tratamento(s) em hospitais, clínicas, ambulatórios e/ou quaisquer outras entidades de saúde realizados pelo segurado.

5.3. Documentos mínimos do acidente:

a) Boletim de Ocorrência Policial, que descreva os fatos relacionados ao evento;
b) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), quando o Segurado/sinistrado for o condutor do veículo no momento do acidente, a fim de comprovar sua habilitação regular para a condução;
c) Laudos de exame toxicológico e alcoólico, emitidos pelo IML que permitam verificar a eventual presença de substâncias psicoativas ou álcool por ocasião do evento.
d) Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), emitida pela empresa, quando se tratar de acidente de trabalho, que comprove o registro formal do evento perante os órgãos competentes

5.4. Documentação Médica Mínima

a) Cópia completa do prontuário médico hospitalar - O prontuário pode ser solicitado diretamente no hospital em que o segurado foi atendido e deve conter, de forma legível, as seguintes informações do paciente, sempre que existirem:

- Evolução médica diária (no caso de internação);
- Evoluções de enfermagem e de outros profissionais assistentes;
- Exames realizados, raciocínio médico, hipóteses diagnósticas e diagnóstico definitivo;
- Conduta terapêutica, prescrições médicas, descrições cirúrgicas;
- Fichas anestésicas, resumo de alta, fichas de atendimento ambulatorial e/ou atendimento de urgência, folhas de observação médica e boletins médicos.

b) Cópia integral de todos os laudos de exames realizados, que comprovem e fundamentem a invalidez, incluindo resultados, interpretações e relatórios complementares emitidos pelos profissionais responsáveis;
c) Extrato de utilização do plano de saúde dos últimos 3 (três) anos, que demonstre o histórico de atendimentos, consultas, exames e procedimentos realizados pelo Segurado
d) Relatório Médico, devidamente preenchido e assinado pelo médico responsável pelo acompanhamento do Segurado, após a alta médica definitiva, com informações clínicas detalhadas e suficientes para avaliação da incapacidade e informando o percentual de perda funcional do membro atingido;
e) Relatório de fisioterapia, contendo o número total de sessões, registro de comparecimento, relatório de evolução em cada sessão e parecer final, devidamente assinado e carimbado pelo fisioterapeuta responsável, que permita aferir a evolução funcional e as limitações decorrentes do evento.
f) Laudo de Perícia Médica realizada por médico da seguradora, a ser agendada com o segurado quando necessária.

5.5. Em caso de sinistro em decorrência de alienação mental, total e incurável, enviar a seguinte documentação mínima

a) Termo de interdição judicial do Segurado, devidamente emitido pelo juízo competente, que comprove a incapacidade civil e permita realizar o pagamento da indenização ao curador nomeado;
b) Cópia do RG e CPF ou da CNH do curador nomeado, contendo a numeração de ambos os documentos, que permita sua identificação;

5.6. A relação de documentos mínimos e elementos necessários para a liquidação de Sinistro são:

Documentos mínimos do Beneficiário:

a) Formulário de Autorização de Pagamento, devidamente preenchido, com dados bancários de titularidade do Beneficiário, necessários para o processamento da indenização
b) Comprovante dos dados bancários informados, que demonstre a titularidade da

conta indicada para recebimento (como extrato bancário ou cópia do cartão do banco), para validação da conta do Beneficiário

c) Comprovante de endereço nominal ao Beneficiário, que permita verificar seu domicílio;

CLÁUSULA 6 – RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DOENÇAS GRAVES 10 (DG10)

CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS

1.1. Desde contratada, esta cobertura cobre, após o período de carência, o diagnóstico definitivo de qualquer uma das doenças graves devidamente especificadas abaixo, ocorridos durante a vigência do risco individual, **respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.**

1.2. Para todos os fins desta Cobertura, considera-se tecnicamente impossível a cobertura que não seja usualmente subscrita pela Seguradora, em razão de sua política interna de aceitação de riscos ou das práticas técnicas do mercado segurador.

1.3. **A cobertura de Doenças Graves 10 se extingue com o pagamento de 100% do Capital Segurado referente ao diagnóstico de qualquer uma das doenças graves relacionadas nas Condições Especiais da cobertura, ou na data do primeiro aniversário da apólice posterior à data em que o segurado completar 75 (setenta e cinco) anos de idade, o que ocorrer primeiro.**

1.4. Para efeito dessa cobertura, serão consideradas "Doenças Graves", exclusivamente os eventos abaixo:

a) **Câncer**: doença que se manifesta pela presença de um tumor caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células, e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por exame histológico conclusivo. A doença também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a Doença de Hodgkin.
Essa patologia será classificada em 3 (três) níveis:

I. Câncer Leve:
- Tumores cerebrais benignos;
- Carcinoma in situ;
- Câncer de próstata nos estádios primários (abaixo de Bo pela classificação de Jewett e abaixo de T1c pela classificação TNM);
- Melanoma maligno, quando o grau de invasão de tecido é baixo (com profundidade menor do que 1,5 mm, segundo a classificação Breslow).

II. Câncer Moderado
- T1-3 | NX | MX;
- T1-3 | No | Mo;
- Estádio I da doença

III. Câncer Grave
- T4 | N qualquer | M qualquer;
- T qualquer | N1 | Mo;
- T qualquer | N qualquer | M1;
- A partir do estádio II da doença;

- Linfoma não Hodgkin;
- Leucemia;

b) **Acidente Vascular Cerebral Agudo**: doença caracterizada por hemorragia subaracnóidea, hemorragia intracerebral e/ou infarto cerebral resultando em dano neurológico permanente (distúrbio da fala, perda de atividades, paralisia). O diagnóstico de acidente vascular cerebral crítico deve ser confirmado por médico especialista e feito por meio de tomografia computadorizada do cérebro ou ressonância magnética. Os sintomas clínicos de déficit neurológico devem ser documentados para auxiliar o diagnóstico.

c) **Infarto Agudo do Miocárdio**: é a morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista e 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 bioquímicos de necrose miocárdica (incluindo CK-MB).

d) **Doença de Alzheimer**: Deterioração da capacidade intelectual ou comportamento anormal, apresentado pelo estado clínico e aos questionários padronizados a respeito da doença de Alzheimer, ou de alterações orgânicas irreversíveis, excluindo neurose e doenças psiquiátricas que resultam na diminuição importante do funcionamento social e que requer supervisão contínua do segurado. O diagnóstico deverá ser confirmado clinicamente por médico especialista.

e) **Perda da Visão**: Ocorrência de cegueira legal bilateral decorrente de acidente ou doença. Considera-se como cegueira legal para esta cobertura a acuidade visual igual ou inferior a 20/200 no melhor olho com a melhor correção, e/ou campo visual ou inferior a 20 graus no melhor olho. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

f) **Paralisia de Membros**: Perda total e irreversível da função motora muscular e sensitiva do conjunto de dois ou mais membros (hemiplegia, paraplegia triplegia, tetraplegia) como resultado de acidente ou doença. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

g) **Parkinson**: Doença degenerativa do sistema nervoso central, lenta e progressiva, caracterizada pela perda de neurônios em uma região específica do cérebro, que produz a diminuição de dopamina, alterando os movimentos chamados extrapiramidais (não voluntários), sendo diagnosticadas alterações motoras, de rigidez e tremores em caráter permanente em pelo menos dois membros.

h) **Esclerose Múltipla:** Doença que acomete o sistema nervoso central, lenta e progressivamente e que promove uma destruição da bainha de mielina que recobre e isola as fibras nervosas. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista e mediante a comprovação da necessidade do auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene. O segurado deve apresentar anomalias neurológicas por um período contínuo de, pelo menos, 6 (seis) meses ou deve ter tido, no mínimo, 2 (dois) episódios clinicamente bem documentados, com um intervalo mínimo de 1 (um) mês entre eles, ou, ainda, um episódio, clinicamente documentado, com manifestações características no fluído cérebro-espinhal, assim como lesões cerebrais específicas detectadas na ressonância nuclear magnética.

i) **Osteomielite:** Doença infecciosa aguda ou crônica do osso, causada por agentes bacterianos que invadem e destroem o osso.

j) **Embolia Pulmonar:** É o bloqueio da artéria pulmonar ou de um de seus ramos. Geralmente, ocorre quando um coágulo de sangue (trombo ou êmbolo) se desloca

de seu local de formação e interrompe o fornecimento sanguíneo arterial dos pulmões. Considera-se como risco coberto a embolia pulmonar ou tromboembolismo pulmonar quando houver redução permanente e moderada da função respiratória comprovada com exames específicos

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além das exclusões constantes na CLÁUSULA 6 – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia os seguintes eventos:

a) Câncer:
I. Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
II. Qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana;
III. Câncer existente antes do início da vigência da cobertura;
IV. Qualquer câncer de pele que não seja melanoma maligno.

b) Acidente Vascular Cerebral Agudo:
I. Ataque Isquêmico Transitório e deficiências neurológicas isquêmicas;
II. Hemorragia cerebral causada por acidentes;
III. Hemorragia cerebral causada por cirurgia do cérebro;
IV. Obstrução da artéria oftálmica resultando em dano neurológico;
V. Sintomas neurológicos provocados por enxaquecas.

c) Infarto Agudo do Miocárdio:
I. Angina do peito incluindo angina estável e instável;
II. Angina decúbito;
III. Infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG com elevação da troponina "I" ou "T";
IV. Outras síndromes coronarianas agudas.

d) Doença de Alzheimer:
I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a outros tipos de demência.

e) Perda da Visão:
I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- **Doenças oftalmológicas ou neurológicas, agudas ou crônicas, preexistentes à contratação do seguro e que acarretem redução progressiva da acuidade visual;**
- **Cegueira de origem central (sistema nervoso central).**

f) Paralisia de Membros:
I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- **Qualquer forma de paralisia temporária e/ou transitória;**
- **Paralisia provocada por Síndrome de Guillain-Barré;**
- **A perda parcial das funções motoras e sensitivas (paresias).**

g) Parkinson:
I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados

a:

- **Doença ou Mal de Parkinson decorrente de uso crônico de medicamentos;**
- **Doenças neurológicas, agudas ou crônicas, que acarretem quadro clínico semelhante a Doença ou Mal de Parkinson;**
- **Doença ou Mal de Parkinson de intoxicação por manganês, derivados de petróleo e de inseticidas;**
- **Doença ou Mal de Parkinson decorrente de trauma craniano repetitivo**

h) Esclerose Múltipla:

I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Doença na fase inicial ou em remissão (sem sintomas).**

i) Osteomielite:

I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Osteomielite diagnosticada antes a contratação do seguro, bem como as osteomielites ocorridas dentro da vigência da apólice decorrentes de doenças preexistentes à contratação.**

j) Embolia Pulmonar:

I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Embolia Pulmonar diagnosticada antes a contratação do seguro, bem como a Embolia Pulmonar ocorrida dentro da vigência da apólice decorrentes de doenças preexistentes à contratação.**

CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO

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

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

1.3. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada como data do evento coberto a data do diagnóstico definitivo da Doença Grave coberta, comprovado por resultado de exame anatomopatológico ou de qualquer outro exame complementar específico.

1.4. Após o diagnóstico de um dos eventos cobertos por este seguro, a seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela abaixo:

Risco Coberto		% de Indenização
Câncer	Leve	30%
	Moderado	50%
	Grave	100%
Acidente Vascular Cerebral Agudo		100%
Doença de Alzheimer		100%
Embolia Pulmonar		100%
Esclerose Múltipla		100%
Infarto Agudo do Miocárdio		100%
Osteomielite		100%
Paralisia de Membros		100%
Parkinson		100%
Perda da Visão		100%

1.5. O capital segurado não será reintegrado após a ocorrência de cada sinistro. Ou seja, uma vez diagnosticado com um câncer leve, o segurado receberá 30% sobre o capital segurado e restará apenas 70% do capital segurado para os futuros eventos. Da mesma forma, uma vez que o câncer evolua para um câncer moderado, o segurado receberá mais 50% do capital segurado, adicionalmente aos 30% do capital segurado já recebido no diagnóstico do câncer leve, restando apenas 20% do capital segurado para os futuros eventos. Por outro lado, uma vez que o primeiro diagnóstico seja de um câncer moderado, o segurado recebe apenas 50% do capital segurado, restando mais 50% do capital segurado para os futuros eventos. Da mesma forma, se o primeiro diagnóstico for de um câncer grave ou qualquer outro evento coberto, o segurado recebe 100% do capital segurado e a cobertura do segurado é encerrada.

1.6. O valor integral do prêmio continuará a ser cobrado pela seguradora até que o segurado receba 100% do capital segurado.

1.7. No caso de dois ou mais diagnósticos em um mesmo evento, a soma dos percentuais correspondentes não poderá exceder 100%.

CLÁUSULA 4 – PRAZO DE CARÊNCIA

4.1. A cobertura de Doenças Graves ficará sujeita ao período de carência de 120 (cento e vinte) dias.

4.2. O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, ou do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento.

4.3. O Segurado não terá direito a nenhuma indenização caso a doença coberta ocorra durante o período de carência.

4.4. Na renovação do risco individual não será iniciado novo prazo de carência.

4.5. O pagamento antecipado de prêmio não elimina as carências estabelecidas neste seguro.

CLÁUSULA 5 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

5.1. Anualmente, na data de aniversário da contratação, ocorrerá o reajuste em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir.

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

Idade	Homem	Mulher
Até 18	0,0%	0,0%
19	0,0%	0,0%
20	0,0%	0,0%
21	0,0%	0,0%
22	0,0%	0,0%
23	0,0%	0,0%
24	0,0%	0,0%
25	0,0%	12,5%
26	5,2%	4,8%
27	6,9%	6,0%
28	2,6%	10,0%
29	8,2%	9,1%
30	2,3%	1,1%
31	2,3%	4,9%
32	5,1%	2,5%
33	2,7%	4,5%
34	6,2%	6,7%
35	1,0%	6,3%
36	15,5%	11,8%
37	14,3%	10,5%
38	6,3%	9,5%
39	11,8%	8,7%
40	2,0%	12,0%
41	9,5%	7,1%
42	8,7%	6,7%
43	4,0%	6,3%
44	7,7%	5,9%
45	7,1%	8,3%
46	20,0%	5,1%

Idade	Homem	Mulher
47	19,4%	4,9%
48	14,0%	7,0%
49	14,3%	4,3%
50	2,2%	38,1%
51	5,4%	3,9%
52	3,6%	5,7%
53	9,3%	3,6%
54	7,3%	3,4%
55	8,0%	5,0%
56	14,7%	4,8%
57	12,8%	6,1%
58	11,4%	5,7%
59	10,2%	4,1%
60	9,3%	5,2%
61	8,5%	4,9%
62	7,8%	3,5%
63	7,3%	4,5%
64	6,8%	4,3%
65	6,3%	3,1%
66	3,4%	4,0%
67	9,9%	3,9%
68	9,7%	3,7%
69	9,6%	3,6%
70	6,1%	2,2%
71	6,9%	3,0%
72	6,7%	3,0%
73	6,6%	2,9%
74	6,5%	2,8%

CLÁUSULA 6 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

6.1. Em complemento à CLÁUSULA 19 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para regulação de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, que

poderá solicitar cópias autenticadas, os seguintes documentos mínimos e elementos necessários:

6.2. Documentos mínimos do Segurado sinistrado:

a) Cópia do RG e CPF ou CNH (com o Nº de ambos os documentos) que permita a identificação do Segurado;

b) Formulário de aviso de sinistro devidamente assinado pela pessoa que comunicou o sinistro com a validação das informações prestadas;

c) Comprovante de endereço nominal ao Segurado/sinistrado, que permita verificar seu domicílio

d) Autorização assinada pelo Segurado com firma reconhecida por semelhança, habilitando a Cia verificar e obter documentos médicos referentes ao(s) tratamento(s) em hospitais, clínicas, ambulatórios e/ou quaisquer outras entidades de saúde realizados pelo segurado.

6.3. Documentação Médica Mínima

a) Cópia completa do prontuário médico hospitalar - O prontuário pode ser solicitado diretamente no hospital em que o segurado foi atendido e deve conter, de forma legível, as seguintes informações do paciente, sempre que existirem:

- Evolução médica diária (no caso de internação);
- Evoluções de enfermagem e de outros profissionais assistentes;

- Exames realizados, raciocínio médico, hipóteses diagnósticas e diagnóstico definitivo;
- Conduta terapêutica, prescrições médicas, descrições cirúrgicas;

- Fichas anestésicas, resumo de alta, fichas de atendimento ambulatorial e/ou atendimento de urgência, folhas de observação médica e boletins médicos.

b) Cópia integral de todos os laudos de exames realizados, que comprovem a data do diagnóstico da doença, inicio de investigação clinica, incluindo resultados, interpretações e relatórios complementares emitidos pelos profissionais responsáveis;

c) Extrato de utilização do plano de saúde dos últimos 3 (três) anos, que demonstre o histórico de atendimentos, consultas, exames e procedimentos realizados pelo Segurado

6.4. Em caso de acidente, além dos documentos acima enviar a seguinte documentação:

a) Boletim de Ocorrência Policial, que descreva os fatos relacionados ao evento;

b) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), quando o Segurado/sinistrado for o condutor do veículo no momento do acidente, a fim de comprovar sua habilitação regular para a condução;

Haverá necessidade de documentação específica mínima, exclusivamente para as doenças listadas abaixo:

I. Câncer:

a) laudo médico com diagnóstico do câncer, firmado por médico oncologista, contendo o carimbo com o CRM do médico assistente, com expressa indicação médica da

necessidade de tratamento cirúrgico, quimioterapia e/ou radioterapia, data do primeiro diagnóstico e o tipo histológico; e

b) cópia autenticada do resultado da biópsia ou outro exame complementar que evidenciou a doença maligna.

II. Acidente Vascular Cerebral:

a) laudo médico, firmado por médico neurologista, diagnosticando o acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico, com destruição do tecido cerebral causada por trombose, hemorragia ou embolia de origem extracraniana, indicando a sequela decorrente;

b) exame de imagem apropriado de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética.

III. Infarto Agudo do Miocárdio:

a) laudo médico, firmado por médico cardiologista;

b) cópia dos exames de enzimas cardíacas;

c) laudo de cateterismos cardíaco; e

d) eletrocardiogramas recentes.

IV. Doença de Alzheimer:

a) laudo do neurologista, firmado por médico de especialidade neurológica, informando a data do diagnóstico da doença, condição atual do segurado e se o mesmo já possui indicação para o termo de curatela; e

b) exame de imagem apropriado de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética.

V. Perda da Visão:

a) laudo do oftalmologista assistente informando a acuidade visual do(a) segurado(a) com a melhor correção possível e a medida do campo visual (campimetria).

VI. Paralisia de Membros:

a) laudo do neurologista assistente comprovando a plegia de dois ou mais membros, sua etiologia e a data da sua caracterização.

VII. Doença de Parkinson:

a) laudo do neurologista ou geriatra firmado por médico de especialidade neurológica ou geriatria, informando a data do diagnóstico da doença, condição atual do segurado; e

b) cópia do laudo do exame de imagem apropriado de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética.

VIII. Esclerose Múltipla:

a) laudo do neurologista ou do clínico geral comprovando a etiologia e a data da sua caracterização, e prognóstico; e

b) cópia do laudo da Ressonância magnética do cérebro.

IX. Osteomielite:

a) cópias dos exames de radiografia, tomografia ou ressonância mostrando lesão óssea compatível com osteomielite;

Biópsia de fragmento ósseo e cultura mostrando a presença de bactérias.

CLÁUSULA 7 – RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DOENÇAS GRAVES 13 (DG13)

CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS

1.1. Desde contratada, esta cobertura cobre, após o período de carência, o diagnóstico definitivo de qualquer uma das doenças graves devidamente especificadas abaixo, ocorridos durante a vigência do risco individual, **respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.**

1.2. Para todos os fins desta Cobertura, considera-se tecnicamente impossível a cobertura que não seja usualmente subscrita pela Seguradora, em razão de sua política interna de aceitação de riscos ou das práticas técnicas do mercado segurador.

1.3. **A cobertura de Doenças Graves 13 se extingue com o pagamento de 100% do Capital Segurado referente ao diagnóstico de qualquer uma das doenças graves relacionadas nas Condições Especiais da cobertura, ou na data do primeiro aniversário da apólice posterior à data em que o segurado completar 75 (setenta e cinco) anos de idade, o que ocorrer primeiro, o que ocorrer primeiro.**

1.4. Para efeito dessa cobertura, serão consideradas "Doenças Graves", exclusivamente os eventos abaixo:

a) **Câncer**: doença que se manifesta pela presença de um tumor caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células, e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por exame histológico conclusivo. A doença também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a Doença de Hodgkin.
Essa patologia será classificada em 3 (três) níveis:

I. Câncer Leve:
- Tumores cerebrais benignos;
- Carcinoma in situ;
- Câncer de próstata nos estádios primários (abaixo de Bo pela classificação de Jewett e abaixo de T1c pela classificação TNM);
- Melanoma maligno, quando o grau de invasão de tecido é baixo (com profundidade menor do que 1,5 mm, segundo a classificação Breslow).

II. Câncer Moderado
- T1-3 | NX | MX;
- T1-3 | No | Mo;
- Estádio I da doença

III. Câncer Grave
- T4 | N qualquer | M qualquer;
- T qualquer | N1 | Mo;
- T qualquer | N qualquer | M1;

- A partir do estádio II da doença;
- Linfoma não Hodgkin;
- Leucemia;

b) **Acidente Vascular Cerebral Agudo**: doença caracterizada por hemorragia subaracnóidea, hemorragia intracerebral e/ou infarto cerebral resultando em dano neurológico permanente (distúrbio da fala, perda de atividades, paralisia). O diagnóstico de acidente vascular cerebral crítico deve ser confirmado por médico especialista e feito por meio de tomografia computadorizada do cérebro ou ressonância magnética. Os sintomas clínicos de déficit neurológico devem ser documentados para auxiliar o diagnóstico.

c) **Infarto Agudo do Miocárdio**: é a morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista e 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 bioquímicos de necrose miocárdica (incluindo CK-MB).

d) **Doença de Alzheimer**: Deterioração da capacidade intelectual ou comportamento anormal, apresentado pelo estado clínico e aos questionários padronizados a respeito da doença de Alzheimer, ou de alterações orgânicas irreversíveis, excluindo neurose e doenças psiquiátricas que resultam na diminuição importante do funcionamento social e que requer supervisão contínua do segurado. O diagnóstico deverá ser confirmado clinicamente por médico especialista.

e) **Perda da Visão**: Ocorrência de cegueira legal bilateral decorrente de acidente ou doença. Considera-se como cegueira legal para esta cobertura a acuidade visual igual ou inferior a 20/200 no melhor olho com a melhor correção, e/ou campo visual ou inferior a 20 graus no melhor olho. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

f) **Paralisia de Membros**: Perda total e irreversível da função motora muscular e sensitiva do conjunto de dois ou mais membros (hemiplegia, paraplegia triplegia, tetraplegia) como resultado de acidente ou doença. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

g) **Parkinson**: Doença degenerativa do sistema nervoso central, lenta e progressiva, caracterizada pela perda de neurônios em uma região específica do cérebro, que produz a diminuição de dopamina, alterando os movimentos chamados extrapiramidais (não voluntários), sendo diagnosticadas alterações motoras, de rigidez e tremores em caráter permanente em pelo menos dois membros.

h) Esclerose Múltipla: Doença que acomete o sistema nervoso central, lenta e progressivamente e que promove uma destruição da bainha de mielina que recobre e isola as fibras nervosas. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista e mediante a comprovação da necessidade do auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene. O segurado deve apresentar anomalias neurológicas por um período contínuo de, pelo menos, 6 (seis) meses ou deve ter tido, no mínimo, 2 (dois) episódios clinicamente bem documentados, com um

intervalo mínimo de 1 (um) mês entre eles, ou, ainda, um episódio, clinicamente documentado, com manifestações características no fluído cérebro-espinhal, assim como lesões cerebrais específicas detectadas na ressonância nuclear magnética.

i) **Osteomielite:** Doença infecciosa aguda ou crônica do osso, causada por agentes bacterianos que invadem e destroem o osso.

j) **Embolia Pulmonar:** É o bloqueio da artéria pulmonar ou de um de seus ramos. Geralmente, ocorre quando um coágulo de sangue (trombo ou êmbolo) se desloca de seu local de formação e interrompe o fornecimento sanguíneo arterial dos pulmões. Considera-se como risco coberto a embolia pulmonar ou tromboembolismo pulmonar quando houver redução permanente e moderada da função respiratória comprovada com exames específicos

k) **Coma por Traumatismo Craniano:** Diagnóstico inequívoco de coma, exclusivamente decorrente de traumatismo cranioencefálico causado por acidente pessoal coberto, que se caracteriza por estado de inconsciência em que não há resposta a estímulos externos ou internos e que:

- Resulta em uma pontuação de 8 ou menos na escala de coma de Glasgow por pelo menos 96 horas.
- Requer o uso de equipamentos médicos de suporte à vida.
- Resulta em déficit neurológico persistente que pode ser verificado após 30 (trinta) dias ou mais do início do coma.
- A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista.

l) **Doença do Neurônio Motor:** Doenças do neurônio motor caracterizado pela degeneração progressiva das vias corticoespinhais e células do corno anterior ou neurônios eficazes bulbares que incluem atrofia muscular espinhal, paralisia bulbar progressiva, esclerose lateral amiotrófica e esclerose lateral primária.

- A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista e dar por resultado um déficit neurológico permanente durante um período contínuo de pelo menos 3 meses.

m) **Hepatite Aguda Fulminante:** Necrose massiva ou submassiva (morte do tecido hepático) causada por vírus da hepatite, confirmada por um hepatologista ou gastroenterologista e evidenciada pelos seguintes critérios:

- Curso sorológico típico de hepatite viral aguda;
- Diminuição rápida do tamanho do fígado confirmada por USG abdominal;
- Piora rápida dos testes de função hepática;
- Icterícia acentuada;
- Desenvolvimento de encefalopatia hepática;
- Aumento dos níveis de bilirrubina;
- Distúrbio de coagulação com INR (Índice Internacional Normalizado) maior que 1,5;
- Desenvolvimento de insuficiência hepática em até 7 (sete) dias após o início dos sintomas;
- Ausência de histórico conhecido de doença hepática que possa ter causado o problema anterior.

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além das exclusões constantes na CLÁUSULA 6 – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia os seguintes eventos:

a) Câncer:

I. Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
II. Qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana;
III. Câncer existente antes do início da vigência da cobertura;
IV. Qualquer câncer de pele que não seja melanoma maligno.

b) Acidente Vascular Cerebral Agudo:

I. Ataque Isquêmico Transitório e deficiências neurológicas isquêmicas;
II. Hemorragia cerebral causada por acidentes;
III. Hemorragia cerebral causada por cirurgia do cérebro;
IV. Obstrução da artéria oftálmica resultando em dano neurológico;
V. Sintomas neurológicos provocados por enxaquecas.

c) Infarto Agudo do Miocárdio:

I. Angina do peito incluindo angina estável e instável;
II. Angina decúbito;
III. Infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG com elevação da troponina "I" ou "T";
IV. Outras síndromes coronarianas agudas.

d) Doença de Alzheimer:

I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a outros tipos de demência.

e) Perda da Visão:

I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- **Doenças oftalmológicas ou neurológicas, agudas ou crônicas, preexistentes à contratação do seguro e que acarretem redução progressiva da acuidade visual;**
- **Cegueira de origem central (sistema nervoso central).**

f) Paralisia de Membros:

I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- **Qualquer forma de paralisia temporária e/ou transitória;**
- **Paralisia provocada por Síndrome de Guillain-Barré;**
- **A perda parcial das funções motoras e sensitivas (paresias).**

g) Parkinson:

I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- **Doença ou Mal de Parkinson decorrente de uso crônico de medicamentos;**
- **Doenças neurológicas, agudas ou crônicas, que acarretem quadro clínico semelhante a Doença ou Mal de Parkinson;**

- **Doença ou Mal de Parkinson de intoxicação por manganês, derivados de petróleo e de inseticidas;**
- **Doença ou Mal de Parkinson decorrente de trauma craniano repetitivo**

h) Esclerose Múltipla:

I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Doença na fase inicial ou em remissão (sem sintomas).**

i) Osteomielite:

I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Osteomielite diagnosticada antes a contratação do seguro, bem como as osteomielites ocorridas dentro da vigência da apólice decorrentes de doenças preexistentes à contratação.**

j) Embolia Pulmonar:

I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Embolia Pulmonar diagnosticada antes a contratação do seguro, bem como a Embolia Pulmonar ocorrida dentro da vigência da apólice decorrentes de doenças preexistentes à contratação.**

k) Coma por Traumatismo Craniano:

I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Coma como resultado direto de ferimentos auto infligidos, uso de álcool e/ou drogas.**
- **Coma medicamente induzido**
- **Qualquer coma não decorrente de traumatismo cranioencefálico causado por acidente pessoal coberto.**
- **Diagnóstico de morte cerebral**

l) Hepatite Aguda Fulminante:

I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Todas as outras causas não virais de insuficiência hepática aguda (incluindo intoxicação por paracetamol ou aflatoxina).**
- **Hepatite viral fulminante associada ao uso de drogas/medicamentos intravenosos.**

CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO

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

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

3.3. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será

considerada como data do evento coberto a data do diagnóstico definitivo da Doença Grave coberta, comprovado por resultado de exame anatomopatológico ou de qualquer outro exame complementar específico.

3.4. Após o diagnóstico de um dos eventos cobertos por este seguro, a seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela abaixo:

Risco Coberto		% de Indenização
Câncer	Leve	30%
	Moderado	50%
	Grave	100%
Acidente Vascular Cerebral Agudo		100%
Coma por Traumatismo Craniano		100%
Doença de Alzheimer		100%
Doença do Neurônio Motor		100%
Embolia Pulmonar		100%
Esclerose Múltipla		100%
Hepatite Aguda Fulminante		100%
Infarto Agudo do Miocárdio		100%
Osteomielite		100%
Paralisia de Membros		100%
Parkinson		100%
Perda da Visão		100%

3.5. O capital segurado não será reintegrado após a ocorrência de cada sinistro. Ou seja, uma vez diagnosticado com um câncer leve, o segurado receberá 30% sobre o capital segurado e restará apenas 70% do capital segurado para os futuros eventos. Da mesma forma, uma vez que o câncer evolua para um câncer moderado, o segurado receberá mais 50% do capital segurado, adicionalmente aos 30% do capital segurado já recebido no diagnóstico do câncer leve, restando apenas 20% do capital segurado para os futuros eventos. Por outro lado, uma vez que o primeiro diagnóstico seja de um câncer moderado, o segurado recebe apenas 50% do capital segurado, restando mais 50% do capital segurado para os futuros eventos. Da mesma forma, se o primeiro diagnóstico for de um câncer grave ou qualquer outro evento coberto, o segurado recebe 100% do capital segurado e a cobertura do segurado é encerrada.

3.6. O valor integral do prêmio continuará a ser cobrado pela seguradora até que o segurado receba 100% do capital segurado.

3.7. No caso de dois ou mais diagnósticos em um mesmo evento, a soma dos percentuais correspondentes não poderá exceder 100%.

CLÁUSULA 4 – PRAZO DE CARÊNCIA

4.1. A cobertura de Doenças Graves ficará sujeita ao período de carência de 120 (cento e vinte) dias.

4.2. O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, ou do aumento do Capital Segurado, na parte que se

refere a esse aumento.

4.3. **O Segurado não terá direito a nenhuma indenização caso o diagnóstico da doença coberta ocorra durante o período de carência**.

4.4. Na renovação do risco individual não será iniciado novo prazo de carência.

4.5. O pagamento antecipado de prêmio não elimina as carências estabelecidas neste seguro.

CLÁUSULA 5 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

5.1. Anualmente, na data de aniversário da contratação, ocorrerá o reajuste em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir.

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

Idade	Homem	Mulher
Até 18	0,0%	0,0%
19	0,0%	0,0%
20	0,0%	0,0%
21	0,0%	0,0%
22	0,0%	0,0%
23	0,0%	0,0%
24	0,0%	0,0%
25	0,0%	5,0%
26	4,5%	4,8%
27	0,0%	4,6%
28	4,3%	4,4%
29	6,6%	8,3%
30	6,2%	3,9%
31	5,9%	7,4%
32	5,5%	6,9%
33	5,3%	6,5%
34	6,9%	6,1%
35	5,8%	4,6%
36	5,5%	9,8%
37	7,3%	10,4%
38	7,3%	7,2%
39	9,1%	8,8%
40	9,1%	8,9%
41	9,5%	9,6%
42	9,4%	9,4%
43	8,3%	9,4%
44	7,6%	5,4%
45	7,1%	5,7%
46	6,6%	5,1%

Idade	Homem	Mulher
47	6,2%	6,2%
48	7,0%	8,7%
49	10,3%	10,0%
50	10,3%	10,9%
51	9,3%	10,6%
52	8,5%	11,1%
53	7,9%	7,0%
54	8,4%	7,0%
55	7,7%	7,0%
56	7,2%	7,0%
57	6,7%	7,0%
58	6,3%	7,0%
59	8,6%	7,0%
60	7,9%	7,0%
61	7,3%	6,0%
62	6,8%	6,0%
63	6,4%	6,0%
64	6,6%	6,0%
65	6,2%	6,0%
66	5,8%	4,0%
67	5,5%	4,0%
68	5,2%	4,0%
69	9,5%	4,0%
70	6,1%	4,0%
71	6,9%	2,0%
72	6,7%	2,0%
73	6,6%	2,0%
74	6,5%	2,0%

CLÁUSULA 6 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

6.1. Em complemento à CLÁUSULA 19 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para regulação de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, que poderá solicitar cópias autenticadas, os seguintes documentos mínimos e elementos necessários:

6.2. Documentos mínimos do Segurado sinistrado:

a) Cópia do RG e CPF ou CNH (com o Nº de ambos os documentos) que permita a identificação do Segurado;

b) Formulário de aviso de sinistro devidamente assinado pela pessoa que comunicou o sinistro com a validação das informações prestadas;

c) Comprovante de endereço nominal ao Segurado/sinistrado, que permita verificar seu domicílio

d) Autorização assinada pelo Segurado com firma reconhecida por semelhança, habilitando a Cia verificar e obter documentos médicos referentes ao(s) tratamento(s) em hospitais, clínicas, ambulatórios e/ou quaisquer outras entidades de saúde realizados pelo segurado.

6.3. Documentação Médica Mínima

a) Cópia completa do prontuário médico hospitalar - O prontuário pode ser solicitado diretamente no hospital em que o segurado foi atendido e deve conter, de forma legível, as seguintes informações do paciente, sempre que existirem:

- Evolução médica diária (no caso de internação);
- Evoluções de enfermagem e de outros profissionais assistentes;

- Exames realizados, raciocínio médico, hipóteses diagnósticas e diagnóstico definitivo;
- Conduta terapêutica, prescrições médicas, descrições cirúrgicas;

- Fichas anestésicas, resumo de alta, fichas de atendimento ambulatorial e/ou atendimento de urgência, folhas de observação médica e boletins médicos.

b) Cópia integral de todos os laudos de exames realizados, que comprovem a data do diagnóstico da doença, início de investigação clínica, incluindo resultados, interpretações e relatórios complementares emitidos pelos profissionais responsáveis;

c) Extrato de utilização do plano de saúde dos últimos 3 (três) anos, que demonstre o histórico de atendimentos, consultas, exames e procedimentos realizados pelo Segurado

6.4. Em caso de acidente, além dos documentos acima enviar a seguinte documentação:

a) Boletim de Ocorrência Policial, que descreva os fatos relacionados ao evento;

b) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), quando o Segurado/sinistrado for o condutor do veículo no momento do acidente, a fim de comprovar sua habilitação regular para a condução;

c)

Haverá necessidade de documentação específica mínima, exclusivamente para as doenças listadas abaixo:

I. Câncer:

a) laudo médico com diagnóstico do câncer, firmado por médico oncologista, contendo o carimbo com o CRM do médico assistente, com expressa indicação médica da necessidade de tratamento cirúrgico, quimioterapia e/ou radioterapia, data do primeiro diagnóstico e o tipo histológico; e

b) cópia autenticada do resultado da biópsia ou outro exame complementar que evidenciou a doença maligna.

II. Acidente Vascular Cerebral:

a) laudo médico, firmado por médico neurologista, diagnosticando o acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico, com destruição do tecido cerebral causada por trombose, hemorragia ou embolia de origem extracraniana, indicando a sequela decorrente; e

b) exame de imagem apropriado de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética.

III. Infarto Agudo do Miocárdio:

a) laudo médico, firmado por médico cardiologista;

b) cópia dos exames de enzimas cardíacas;

c) laudo de cateterismos cardíaco; e

d) eletrocardiogramas recentes.

IV. Doença de Alzheimer:

a) laudo do neurologista, firmado por médico de especialidade neurológica, informando a data do diagnóstico da doença, condição atual do segurado e se o mesmo já possui indicação para o termo de curatela; e

b) exame de imagem apropriado de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética.

V. Perda da Visão:

a) laudo do oftalmologista assistente informando a acuidade visual do(a) segurado(a) com a melhor correção possível e a medida do campo visual (campimetria).

VI. **Paralisia de Membros:**

a) laudo do neurologista assistente comprovando a plegia de dois ou mais membros, sua etiologia e a data da sua caracterização.

VII. Doença de Parkinson:

a) laudo do neurologista ou geriatra firmado por médico de especialidade neurológica ou geriatria, informando a data do diagnóstico da doença, condição atual do segurado; e

b) cópia do laudo do exame de imagem apropriado de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética.

VIII. Esclerose Múltipla:

a) laudo do neurologista ou do clínico geral comprovando a etiologia e a data da sua caracterização, e prognóstico; e

b) cópia do laudo da Ressonância magnética do cérebro.

IX. Osteomielite:

a) cópias dos exames de radiografia, tomografia ou ressonância mostrando lesão óssea compatível com osteomielite;
b) Biópsia de fragmento ósseo e cultura mostrando a presença de bactérias.

X. Coma por Traumatismo Craniano:
a) laudo médico, firmado por médico neurologista, confirmando o diagnóstico de coma profundo, a data do traumatismo craniano, e o prognóstico.

XI. Doença do Neurônio Motor:
a) laudo do neurologista comprovando a etiologia e a data da sua caracterização, e prognóstico; e
b) cópia dos laudos da ressonância magnética do cérebro, e de exames de eletromiografia

XII. Hepatite Aguda Fulminante:
a) laudo do médico clínico geral ou de gastrenterologia, informando a data do diagnóstico da doença, condição atual do segurado, e prognóstico; e
b) cópia dos Exames de sangue (hemograma completo, TGO, TGP, Alanina transaminases, Albumina e Fosfatase alcalina; e
c) cópia dos exames Bilirrubina total e frações, Gama-glutamil transpeptidase, Desidrogenase láctica, 5'-nucleotidase, Sorologia viral e Medição de TP/INR).

CLÁUSULA 7 – RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL INDIVIDUAL (AF)

CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS

1.1. Desde contratada, esta cobertura garante, após o período de carência, a prestação de serviços de assistência funeral ou reembolso das despesas de funeral no caso da morte do Segurado, decorrente de causa natural ou de acidente pessoal, ocorridos durante a vigência do risco individual, **respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais**.

1.2. Para todos os fins desta Cobertura, considera-se tecnicamente impossível a cobertura que não seja usualmente subscrita pela Seguradora, em razão de sua política interna de aceitação de riscos ou das práticas técnicas do mercado segurador.

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

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

1.5. No caso da opção pelo reembolso, serão reembolsadas as despesas relacionadas diretamente ao sepultamento ou cremação do Segurado, devidamente comprovadas, mediante apresentação de notas fiscais (cópias autenticadas) contendo a discriminação dos itens ou serviços adquiridos, **exceto as despesas relacionadas à aquisição, locação e manutenção de jazigo.**

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

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

- Nome do Segurado
- CPF

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

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

- **Declaração de óbito (ou certidão de óbito)**
- **RG e CPF do segurado**

1.10. O Serviço de Assistência Funeral garante, a prestação dos serviços de sepultamento ou cremação (onde existir esse serviço) que englobem os seguintes itens:

1.11. O Serviço de Assistência Funeral garante, a prestação dos serviços de sepultamento ou cremação (onde existir esse serviço) que englobem os seguintes itens:

- **Urna:** de madeira com ou sem visor, padrão standard e ornamentação com flores da época e véu simples para cobrir o corpo.
- **Veículo:** carro fúnebre dentro do município de residência.
- **Véu**: véu simples para cobrir o corpo.
- **Capela**: locação em salas velatórias públicas. Caso seja realizado em salas particulares os valores deverão ser similares aos das salas públicas.
- **Cremação**: Traslado do corpo da cidade onde ocorrer o óbito para a cidade mais próxima que exista o serviço de cremação num raio máximo de 100 km totais (cem quilômetros), e o posterior retorno das cinzas aos familiares.
- **Documentação**: registro em cartório com guia e certidão. Será fornecida uma cópia da certidão de óbito.
- **Flores**: 01 (uma) coroa de flores média e 1 arranjo de flores para decoração da sala de velório.
- **Preparação do Corpo:** banho, barba, vestimenta (ato de vestir), etc. (higienização básica mais preparação e tamponamento).
- **Presença:** livro ou folha para assinaturas.
- **Parâmetros:** jogo de paramentos, castiçais e velas que ficarão no local do velório, bem como os aparelhos de ozona.
- **Sepultamento**: em túmulo (ou jazigo) no jazigo da família com pagamento da taxa de sepultamento, desde que a mesma seja compatível com os custos da taxa dos cemitérios públicos.
- **Jazigo**: Caso o segurado não possua jazigo ou sepultura, a Seguradora garantirá a locação de cemitério e jazigo por um período máximo de 03 (três) anos, tempo necessário para exumação. Após este período a locação fica sob responsabilidade dos familiares. Não sendo possível sepultamento por motivos alheios a vontade da Seguradora na cidade indicada pela família, este será feito na cidade mais próxima.
- **Traslado:** transporte do corpo do local onde ocorreu o óbito para o velório e até o local de sepultamento no Brasil, por meio de transporte mais adequado, em urna mortuária apropriada. A Assistência determinará se o transporte será aéreo ou terrestre, dependendo da distância do traslado e logística de deslocamento do local. O traslado será fornecido apenas quando o óbito ocorrer fora do município de residência do cliente (a), constante na apólice; caso o óbito ocorra dentro do município de residência não será fornecido este serviço. As despesas com passagem e hospedagem correrão por conta da família.
- **Transmissão de Mensagens Urgentes:** A Assistência transmitirá mensagens de caráter urgente, relacionadas aos serviços que serão prestados, mediante solicitação da família do cliente (a).
- **Transporte de Familiar para Liberação do Corpo:** Caso o falecimento ocorra fora do município de residência do cliente e seja

necessário um membro da família para a liberação do corpo será fornecido ao familiar o meio de transporte mais apropriado. Se necessário, será fornecida também hospedagem em hotel, sempre respeitando o limite total disponível para a prestação dos serviços de funeral.

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. **Além das exclusões constantes na CLÁUSULA 6 – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia os seguintes eventos:**

a) Aquisição de jazigo;

b) A exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento.

CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO

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

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

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

CLÁUSULA 4 – PRAZO DE CARÊNCIA

4.1. O período de carência é de 120 (cento e vinte) dias ininterruptos.

4.2. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto se decorrente de suicídio voluntário ou suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da apólice do seguro.

4.3. O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, ou do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento.

4.4. Na renovação do risco individual não será iniciado novo prazo de carência.

4.5. O pagamento antecipado de prêmio não elimina as carências estabelecidas neste seguro.

CLÁUSULA 5 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

5.1. Anualmente, na data de aniversário da contratação, ocorrerá o reajuste em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir.

5.2. Os valores indicados abaixo correspondem a variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura de Assistência Funeral

Individual (AFI), de acordo com a idade e o sexo do segurado.

Idade	Homem	Mulher
Até 18	Não Aplicado	
19	19,4%	25,0%
20	8,4%	17,9%
21	0,1%	10,5%
22	0,0%	6,6%
23	0,0%	2,7%
24	0,0%	0,0%
25	0,0%	0,0%
26	0,0%	1,9%
27	0,0%	3,3%
28	0,0%	5,1%
29	1,3%	5,2%
30	1,6%	5,6%
31	2,1%	5,4%
32	2,5%	5,9%
33	3,6%	7,0%
34	2,8%	7,3%
35	3,0%	7,5%
36	4,1%	6,1%
37	6,7%	6,4%
38	4,4%	6,6%
39	3,9%	8,0%
40	5,4%	9,1%
41	7,0%	10,6%
42	8,4%	9,8%
43	6,5%	9,1%
44	7,1%	7,9%
45	7,0%	8,1%

Idade	Homem	Mulher
46	7,9%	8,3%
47	8,4%	9,9%
48	10,0%	10,2%
49	8,4%	10,1%
50	11,8%	8,9%
51	11,3%	8,6%
52	11,5%	7,4%
53	10,8%	7,4%
54	7,8%	8,0%
55	9,9%	9,1%
56	8,4%	9,3%
57	9,5%	9,3%
58	7,2%	9,3%
59	10,4%	9,2%
60	9,0%	9,4%
61	9,2%	9,0%
62	7,1%	8,9%
63	8,4%	8,0%
64	8,9%	8,0%
65	7,8%	7,2%
66	7,7%	7,7%
67	6,4%	7,6%
68	8,7%	8,3%
69	7,4%	8,2%
70	9,4%	8,7%
71	10,4%	8,3%
72	11,9%	9,0%
73	12,0%	8,6%

Idade	Homem	Mulher
74	10,4%	11,2%
75	6,5%	10,9%
76	9,4%	11,5%
77	9,7%	9,8%
78	11,2%	11,2%
79	7,7%	11,3%
80	11,5%	12,1%
81	10,3%	12,6%
82	11,0%	13,2%
83	8,8%	12,7%
84	8,9%	11,7%
85	11,4%	12,5%
86	9,6%	12,2%
87	11,2%	11,4%
88	8,0%	10,1%
89	11,0%	10,9%
90	6,7%	11,4%
91	6,4%	10,8%
92	8,1%	11,5%
93	8,1%	12,4%
94	8,1%	10,6%
95	8,1%	11,2%
96	8,1%	11,3%
97	8,1%	10,5%
98	8,1%	9,6%
99	8,1%	9,8%
100	8,1%	7,9%

5.3. Acima de 100 anos de idade, o reenquadramento será de 8,1% ao ano para Homem ou Mulher.

CLÁUSULA 6 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

6.1. Em complemento à CLÁUSULA 18 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para regulação de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, que poderá solicitar cópias autenticadas, os seguintes documentos mínimos e elementos necessários:

6.2. Documentos mínimos do Segurado sinistrado:

a) Cópia do RG e CPF ou CNH (com o Nº de ambos os documentos) que permita a identificação do Segurado;

b) Formulário de aviso de sinistro devidamente assinado pela pessoa que comunicou o sinistro com a validação das informações prestadas;

c) Comprovante de endereço nominal ao Segurado/sinistrado, que permita verificar seu domicílio

d) Autorização assinada pelo Segurado com firma reconhecida por semelhança, habilitando a Cia verificar e obter documentos médicos referentes ao(s) tratamento(s) em hospitais, clínicas, ambulatórios e/ou quaisquer outras entidades de saúde realizados pelo segurado.

6.3. Documentação Médica Mínima

a) Cópia completa do prontuário médico hospitalar - O prontuário pode ser solicitado diretamente no hospital em que o segurado foi atendido e deve conter, de forma legível, as seguintes informações do paciente, sempre que existirem:

- Evolução médica diária (no caso de internação);
- Evoluções de enfermagem e de outros profissionais assistentes;
- Exames realizados, raciocínio médico, hipóteses diagnósticas e diagnóstico definitivo;
- Conduta terapêutica, prescrições médicas, descrições cirúrgicas;
- Fichas anestésicas, resumo de alta, fichas de atendimento ambulatorial e/ou atendimento de urgência, folhas de observação médica e boletins médicos.

b) Certidão de Óbito que comprove o falecimento do Segurado/Sinistrado

c) Relatório Médico devidamente preenchido pelo profissional que atendeu o segurado com informações técnicas as datas de diagnósticos das doenças que causaram o óbito em caso de morte natural

6.4. A relação de documentos mínimos e elementos necessários para a liquidação de Sinistro são:

Documentos mínimos do Beneficiário (trata-se do tomador informado na nota fiscal de serviços, ou seja, quem realizou o pagamento das despesas do funeral):

a) Cópia do RG e CPF ou CNH (com o Nº de ambos os documentos) que permita a identificação do Beneficiário/Tomador;

b) Formulário de Autorização de Pagamento, devidamente preenchido, com dados bancários de titularidade do Beneficiário /tomador, necessários para o processamento da indenização

c) Comprovante dos dados bancários informados, que demonstre a titularidade da conta indicada para recebimento (como extrato bancário ou cópia do cartão do banco), para validação da conta do Beneficiário/tomador

d) Comprovante de endereço nominal ao Beneficiário /tomador, que permita verificar seu domicílio;

e) Notas fiscais originais e seus respectivos comprovantes de pagamento, das despesas efetuadas com o funeral, contendo a discriminação individual dos itens ou serviços adquiridos, para comprovar os gastos realizados.

CLÁUSULA 7 - CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

7.1. A indenização relativa a qualquer sinistro amparado por esta cobertura não poderá exceder o valor total das despesas com o funeral do Segurado.

7.2. Na ocorrência de sinistro contemplado por coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos, em apólices distintas, a distribuição de responsabilidade entre as Seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:

7.2.1. Será calculada a indenização individual de cada cobertura como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do Segurado e limite máximo de indenização da cobertura;

7.2.2. Será definida a soma das indenizações individuais das coberturas concorrentes de diferentes apólices, relativas aos prejuízos comuns, de acordo com o item 7.2.1 destacláusula;

7.2.3. Se a quantia a que se refere o item 7.2.2 desta cláusula for igual ou inferior ao prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada Seguradora

envolvida participará com a respectiva indenização individual, assumindo o beneficiário a responsabilidade pela diferença, se houver;

7.2.4. Se a quantia estabelecida no item 7.2.2 for maior que o prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada Seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual e a soma a que se refere aquele item.

CLÁUSULA 8 – RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL FAMILIAR (AFF)

CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS

1.1. Desde contratada, esta cobertura garante, após o período de carência, a prestação de serviços de assistência funeral **ou** reembolso das despesas de funeral no caso da morte do Segurado ou seus Familiares, conforme definição a seguir, decorrente de causa natural ou de acidente pessoal, ocorridos durante a vigência do risco individual, **respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais**.

1.2. Para todos os fins desta Apólice, considera-se tecnicamente impossível a cobertura que não seja usualmente subscrita pela Seguradora, em razão de sua política interna de aceitação de riscos ou das práticas técnicas do mercado segurador.

1.3. Entende-se como Familiares, o cônjuge ou companheiro legalmente reconhecido e os filhos menores de 21 (vinte e um) anos ou filhos dependentes legais, conforme critério do Imposto de Renda, de qualquer idade, sendo necessária a comprovação do vínculo familiar no momento do Aviso do Sinistro.

1.3.1. Enteados são equiparados aos filhos menores de 21 (vinte e um) anos ou filhos dependentes legais, conforme critério do Imposto de Renda, de qualquer idade, sendo necessária a comprovação da filiação do cônjuge ou companheiro da pessoa segurada no momento do Aviso do Sinistro.

1.4. Esta cobertura é extensiva aos filhos natimortos, quando houver a necessidade de realização do sepultamento.

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

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

1.7. No caso da opção pelo reembolso, serão reembolsadas as despesas relacionadas diretamente ao sepultamento ou cremação do Segurado ou Familiares, devidamente comprovadas, mediante apresentação de notas fiscais (cópias autenticadas) contendo a discriminação dos itens ou serviços adquiridos, **exceto as despesas relacionadas à aquisição, locação e manutenção de jazigo.**

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

1.9. No caso da opção pela utilização da prestação de serviços de Assistência Funeral, os serviços a seguir especificados serão prestados exclusivamente

mediante o acionamento da Central de Atendimento de serviços de assistências (número de telefone indicado na Proposta de Contratação e Apólice) pelos Familiares e/ou Beneficiários, que solicitará as seguintes informações:

- Nome do Segurado ou Familiares
- CPF

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

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

- **Declaração de óbito (ou certidão de óbito)**
- **RG e CPF do segurado ou familiares**

1.12. O Serviço de Assistência Funeral garante, a prestação dos serviços de sepultamento ou cremação (onde existir esse serviço) que englobem os seguintes itens:

1.13. O Serviço de Assistência Funeral garante, a prestação dos serviços de sepultamento ou cremação (onde existir esse serviço) que englobem os seguintes itens:

- **Urna:** de madeira com ou sem visor, padrão standard e ornamentação com flores da época e véu simples para cobrir o corpo.
- **Veículo:** carro fúnebre dentro do município de residência.
- **Véu**: véu simples para cobrir o corpo.
- **Capela**: locação em salas velatórias públicas. Caso seja realizado em salas particulares os valores deverão ser similares aos das salas públicas.
- **Cremação**: Traslado do corpo da cidade onde ocorrer o óbito para a cidade mais próxima que exista o serviço de cremação num raio máximo de 100 km totais (cem quilômetros), e o posterior retorno das cinzas aos familiares.
- **Documentação**: registro em cartório com guia e certidão. Será fornecida uma cópia da certidão de óbito.
- **Flores**: 01 (uma) coroa de flores média e 1 arranjo de flores para decoração da sala de velório.
- **Preparação do Corpo:** banho, barba, vestimenta (ato de vestir), etc. (higienização básica mais preparação e tamponamento).
- **Presença:** livro ou folha para assinaturas.
- **Parâmetros:** jogo de paramentos, castiçais e velas que ficarão no local do velório, bem como os aparelhos de ozona.
- **Sepultamento**: em túmulo (ou jazigo) no jazigo da família com pagamento da taxa de sepultamento, desde que a mesma seja compatível com os custos da taxa dos cemitérios públicos.
- **Jazigo**: Caso o segurado não possua jazigo ou sepultura, a Seguradora garantirá a locação de cemitério e jazigo por um período máximo de 03 (três) anos, tempo necessário para exumação. Após este período a locação fica sob responsabilidade dos familiares. Não sendo possível sepultamento por motivos alheios a vontade da Seguradora na cidade indicada pela família, este será feito na cidade mais próxima.

- **Traslado:** transporte do corpo do local onde ocorreu o óbito para o velório e até o local de sepultamento no Brasil, por meio de transporte mais adequado, em urna mortuária apropriada. A Assistência determinará se o transporte será aéreo ou terrestre, dependendo da distância do traslado e logística de deslocamento do local. O traslado será fornecido apenas quando o óbito ocorrer fora do município de residência do cliente (a), constante na apólice; caso o óbito ocorra dentro do município de residência não será fornecido este serviço. As despesas com passagem e hospedagem correrão por conta da família.
- **Transmissão de Mensagens Urgentes:** A Assistência transmitirá mensagens de caráter urgente, relacionadas aos serviços que serão prestados, mediante solicitação da família do cliente (a).
- **Transporte de Familiar para Liberação do Corpo**: Caso o falecimento ocorra fora do município de residência do cliente e seja necessário um membro da família para a liberação do corpo será fornecido ao familiar o meio de transporte mais apropriado. Se necessário, será fornecida também hospedagem em hotel, sempre respeitando o limite total disponível para a prestação dos serviços de funeral.

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além das exclusões constantes na CLÁUSULA 6 – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia os seguintes eventos:

a) Aquisição de jazigo;
b) A exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento.

CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO

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

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

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

CLÁUSULA 4 – PRAZO DE CARÊNCIA

4.1. O período de carência é de 120 (cento e vinte) dias ininterruptos.

4.2. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto se decorrente de suicídio voluntário ou suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da apólice do seguro.

4.3. O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, ou do aumento do Capital Segurado, na parte que se

refere a esse aumento.

4.4. Na renovação do risco individual não será iniciado novo prazo de carência.

4.5. O pagamento antecipado de prêmio não elimina as carências estabelecidas neste seguro.

CLÁUSULA 5 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

5.1. Anualmente, na data de aniversário da contratação, ocorrerá o reajuste em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir.

5.2. Os valores indicados abaixo correspondem a variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura de Assistência Funeral Familiar (AFF), de acordo com a idade e o sexo do segurado.

Idade	Homem	Mulher
Até 18	0,0%	0,0%
19	14,8%	14,2%
20	7,5%	8,2%
21	1,4%	2,7%
22	0,9%	1,8%
23	0,0%	0,0%
24	0,0%	0,0%
25	0,0%	0,0%
26	0,0%	0,3%
27	0,0%	0,5%
28	0,0%	1,0%
29	1,7%	2,3%
30	2,0%	2,5%
31	2,2%	2,7%
32	2,6%	3,1%
33	3,5%	4,0%
34	3,1%	3,9%
35	3,4%	4,1%
36	3,8%	4,0%
37	5,4%	5,3%
38	4,2%	4,5%
39	4,2%	4,9%
40	5,4%	6,0%
41	6,8%	7,4%
42	7,6%	7,8%
43	6,4%	6,8%
44	6,4%	6,5%
45	6,5%	6,7%

Idade	Homem	Mulher
46	7,2%	7,2%
47	8,0%	8,2%
48	9,1%	9,1%
49	8,2%	8,5%
50	10,0%	9,3%
51	9,7%	9,0%
52	9,5%	8,6%
53	9,2%	8,4%
54	7,4%	7,4%
55	9,2%	8,9%
56	8,3%	8,4%
57	9,0%	8,9%
58	7,5%	7,9%
59	9,6%	9,3%
60	8,8%	8,9%
61	8,8%	8,8%
62	7,4%	7,8%
63	8,0%	7,9%
64	8,4%	8,2%
65	7,4%	7,3%
66	7,5%	7,5%
67	6,6%	6,9%
68	8,4%	8,3%
69	7,5%	7,7%
70	9,1%	8,9%
71	9,6%	9,1%
72	10,9%	10,2%
73	10,9%	10,1%

Idade	Homem	Mulher
74	10,5%	10,7%
75	7,7%	8,7%
76	9,9%	10,4%
77	9,7%	9,7%
78	11,1%	11,1%
79	8,7%	9,6%
80	11,6%	11,8%
81	10,9%	11,5%
82	11,6%	12,2%
83	10,0%	10,9%
84	9,8%	10,5%
85	11,7%	12,0%
86	10,4%	11,0%
87	11,3%	11,3%
88	8,7%	9,2%
89	10,9%	10,9%
90	8,3%	9,5%
91	7,9%	9,0%
92	9,3%	10,1%
93	9,7%	10,7%
94	9,0%	9,7%
95	9,3%	10,0%
96	9,3%	10,1%
97	9,0%	9,6%
98	8,7%	9,1%
99	8,8%	9,2%
100	8,0%	7,9%

5.3. Acima de 100 anos de idade, o reenquadramento será de 8,1% ao ano para Homem ou Mulher.

CLÁUSULA 7 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

6.1. Em complemento à CLÁUSULA 19 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para regulação de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, que poderá solicitar cópias autenticadas, os seguintes documentos mínimos e elementos necessários:

6.2. Documentos do Segurado / Sinistrado

a) Cópia do RG e CPF ou CNH (com o Nº de ambos os documentos) que permita a identificação do Segurado;
b) Formulário de aviso de sinistro devidamente assinado pela pessoa que comunicou o sinistro com a validação das informações prestadas;
c) Comprovante de endereço nominal ao Segurado/sinistrado, que permita verificar seu domicílio
d) Documento comprobatório do vínculo familiar, quando o sinistro envolver cônjuge ou filhos, como certidão de casamento com anotação de óbito, certidão de nascimento ou outro documento oficial que confirme a relação declarada
e) Autorização assinada pelo Segurado com firma reconhecida por semelhança, habilitando a Cia verificar e obter documentos médicos referentes ao(s) tratamento(s) em hospitais, clínicas, ambulatórios e/ou quaisquer outras entidades de saúde realizados pelo segurado.

6.3. Documentação Médica Mínima

a) Cópia completa do prontuário médico hospitalar - O prontuário pode ser solicitado diretamente no hospital em que o segurado foi atendido e deve conter, de forma legível, as seguintes informações do paciente, sempre que existirem:
- Evolução médica diária (no caso de internação);
- Evoluções de enfermagem e de outros profissionais assistentes;
- Exames realizados, raciocínio médico, hipóteses diagnósticas e diagnóstico definitivo;
- Conduta terapêutica, prescrições médicas, descrições cirúrgicas;
- Fichas anestésicas, resumo de alta, fichas de atendimento ambulatorial e/ou atendimento de urgência, folhas de observação médica e boletins médicos.

b) Certidão de Óbito que comprove o falecimento do Segurado/Sinistrado
c) Relatório Médico devidamente preenchido pelo profissional que atendeu o segurado com informações técnicas as datas de diagnósticos das doenças que causaram o óbito em caso de morte natural.

6.4. A relação de documentos mínimos e elementos necessários para a liquidação de Sinistro são:

Documentos mínimos do Beneficiário (trata-se do tomador informado na nota fiscal de serviços, ou seja, quem realizou o pagamento das despesas do funeral):

a) Cópia do RG e CPF ou CNH (com o Nº de ambos os documentos) que permita a identificação do Beneficiário/Tomador;
b) Formulário de Autorização de Pagamento, devidamente preenchido, com dados bancários de titularidade do Beneficiário /tomador, necessários para o processamento da indenização
c) Comprovante dos dados bancários informados, que demonstre a titularidade da conta indicada para recebimento (como extrato bancário ou cópia do cartão do banco), para validação da conta do Beneficiário/tomador
d) Comprovante de endereço nominal ao Beneficiário /tomador, que permita verificar seu domicílio;
e) Notas fiscais originais e seus respectivos comprovantes de pagamento, das despesas efetuadas com o funeral, contendo a discriminação individual dos itens ou serviços adquiridos, para comprovar os gastos realizados

CLÁUSULA 7 - CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

7.1. A indenização relativa a qualquer sinistro amparado por esta cobertura não poderá exceder o valor total das despesas com o funeral do Segurado.

7.2. Na ocorrência de sinistro contemplado por coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos, em apólices distintas, a distribuição de responsabilidade entre as Seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:

7.2.1. Será calculada a indenização individual de cada cobertura como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do Segurado e limite máximo de indenização da cobertura;

7.2.2. Será definida a soma das indenizações individuais das coberturas concorrentes de diferentes apólices, relativas aos prejuízos comuns, de acordo com o item 7.2.1 desta cláusula;

7.2.3. Se a quantia a que se refere o item 7.2.2 desta cláusula for igual ou inferior ao prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada Seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual, assumindo o beneficiário a responsabilidade pela diferença, se houver;

7.2.4. Se a quantia estabelecida no item 7.2.2 for maior que o prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada Seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual e a soma a que se refere aquele item.

CLÁUSULA 8 – RATIFICAÇÃO

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