

VIDA INDIVIDUAL

PARA UMA VIDA TRANQUILA
E COM MAIS PROTEÇÃO.

CONDIÇÕES GERAIS



TOKIO MARINE
SEGURADORA



APRESENTAÇÃO

- Apresentamos as Condições Gerais do **Seguro Vida Individual**, que estabelecem as formas de funcionamento das coberturas contratadas.
- Para os devidos fins e efeitos, serão consideradas em cada caso somente as condições correspondentes às coberturas aqui previstas, discriminadas e contratadas, desprezando-se quaisquer outras.
- Salientamos que, para os casos não previstos nestas Condições Gerais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.
- Mediante a contratação deste seguro, o segurado aceita as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições Gerais.
- O Segurado, ao assinar a proposta de seguro, declara o recebimento das presentes Condições Gerais.
- Leia-as cuidadosamente, principalmente os textos em destaque contidos nas Condições Gerais, para que você possa, assim, usufruir com segurança os benefícios deste seguro.
- As coberturas contratadas pelo segurado estarão especificadas na apólice/demonstrativo de coberturas.

INFORMAÇÕES PRELIMINARES

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

Condições Gerais – Versão Janeiro de 2026.

Seguro Vida Individual – Processo SUSEP nº 15414.900142/2017-31

Este seguro é garantido pela Tokio Marine Seguradora S.A. – CNPJ 33.164.021/0001-00

OUVIDORIA

A Voz do Cliente na Empresa

A Voz do Cliente na Empresa A Tokio Marine possui na Ouvidoria uma equipe especializada para avaliar com total imparcialidade a sua demanda e possui um prazo de resposta de até 15 (quinze) dias, contados a partir da data do recebimento da sua manifestação, atuando em conformidade com a regulamentação da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

Você e seu corretor podem acionar a Ouvidoria sempre que discordarem de algum posicionamento fornecido pelos canais habituais da Cia. Entretanto, orientamos que previamente ao acionamento da Ouvidoria o cliente acione o Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC), por meio do formulário eletrônico Resolva Aqui ou nos telefones abaixo.

Fale com a Ouvidoria nos seguintes canais: www.tokiomarine.com.br através do formulário de Ouvidoria ou; Através do 0800 449 0000, de 2^a a 6^a das 8h às 18h; Deficientes Auditivos e de Fala 0800 770 1523.

A Ouvidoria da Tokio Marine também está disponível na plataforma Consumidor.Gov (www.consumidor.gov.br). O atendimento por meio deste canal e prazos seguirão conforme os termos de uso do mesmo.

Canais de Atendimento Tokio Marine:

Resolva Aqui - disponível em www.tokiomarine.com.br/atendimento , para registrar sua reclamação.

SAC 0800 703 9000

Central de Atendimento 0800 31 TOKIO (86546)

Deficientes Auditivos e de Fala 0800 770 1523

Disque Fraude 0800 707 6060

Cordialmente,

Ouvidoria Tokio Marine Seguradora

SUMÁRIO

1.	OBJETIVO DO SEGURO	7
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	8
3.	CARENCIA.....	8
4.	FRANQUIA.....	9
5.	ÂMBITO GEOGRÁFICO	9
6.	DA ACEITAÇÃO DO PROPONENTE	9
7.	INÍCIO DE VIGÊNCIA	11
8.	BENEFICIÁRIOS	11
9.	CAPITAL SEGURADO	12
10.	PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO	12
11.	ATRASO NO PAGAMENTO DO PRÊMIO	12
12.	O CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO	13
13.	ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E PRÉMIOS	14
14.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE.....	14
15.	COMUNICAÇÃO E REGULAÇÃO DE SINISTROS	14
16.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	16
17.	CESSAÇÃO DA COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO	17
18.	PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO.....	18
19.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	19
20.	DISPOSIÇÕES GERAIS	20
21.	PREScriÇÃO.....	20
22.	FORO	20
23.	CLÁUSULA PARTICULAR DE EXCLUSÃO PARA SITUAÇÕES NACIONAIS OU INTERNACIONAIS DE SANÇÃO, EMBARGO, PROIBIÇÃO OU RESTRIÇÃO	20
24.	GLOSSÁRIO – CONDIÇÕES GERAIS	21
I-	COBERTURA BÁSICA DE MORTE	26
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	26
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	26
3.	CAPITAIS SEGURADOS.....	26
4.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE.....	26
5.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	28
II-	COBERTURA ADICIONAL DE MORTE ACIDENTAL	30
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	30
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	30
3.	CAPITAIS SEGURADOS.....	30
4.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE.....	30
5.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	31
III-	COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE	33
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	33
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	37
3.	CAPITAIS SEGURADOS.....	38
4.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE.....	38
5.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	38
IV-	COBERTURA ADICIONAL DIAGNÓSTICO DE CÂNCER	40
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	40
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	40
3.	CAPITAIS SEGURADOS.....	41
4.	CARENCIA.....	41
5.	FRANQUIA.....	41
6.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE.....	41
7.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	43
V-	COBERTURA ADICIONAL DOENÇAS GRAVES – COMBO 1	44
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	44
3.	CARENCIA.....	46
4.	FRANQUIA.....	46
5.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE.....	46
6.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	48

VI-	COBERTURA ADICIONAL DOENÇAS GRAVES – COMBO 2.....	50
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	50
2.	CAPITAIS SEGURADOS.....	53
3.	CARÊNCIA.....	53
4.	FRANQUIA.....	53
5.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE.....	53
6.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	55
VII-	COBERTURA ADICIONAL DOENÇAS GRAVES – COMBO 3.....	58
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	58
2.	CAPITAIS SEGURADOS.....	62
3.	CARÊNCIA.....	62
4.	FRANQUIA.....	62
5.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE.....	62
6.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	64
VIII-	COBERTURA ADICIONAL DOENÇAS GRAVES – COMBO 4.....	68
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	68
2.	CAPITAIS SEGURADOS.....	74
3.	CARÊNCIA.....	74
4.	FRANQUIA.....	74
5.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE.....	74
6.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	76
IX-	COBERTURA ADICIONAL DOENÇAS GRAVES – COMBO 5.....	81
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	81
2.	CAPITAIS SEGURADOS.....	90
3.	CARÊNCIA.....	90
4.	FRANQUIA.....	90
5.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE.....	90
6.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	92
SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL – CONDIÇÕES ESPECIAIS.....		99
X-	COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR	99
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	99
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	99
3.	CAPITAIS SEGURADOS.....	100
4.	CARÊNCIA.....	100
5.	FRANQUIA.....	100
6.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE.....	101
7.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	102
XI-	COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO EM UTI	103
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	103
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	103
3.	CAPITAIS SEGURADOS.....	104
4.	CARÊNCIA.....	104
5.	FRANQUIA.....	105
7.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	106
XII-	COBERTURA ADICIONAL DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE	107
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	107
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	107
3.	CAPITAIS SEGURADOS.....	108
4.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE.....	108
5.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	109
XIII-	COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA.....	111
POR ACIDENTE OU DOENÇA		111
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	111
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	112
3.	ÂMBITO GEOGRÁFICO	114
4.	CAPITAIS SEGURADOS.....	114
5.	CARÊNCIA.....	114
6.	FRANQUIA.....	114
7.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE.....	114

8.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	116
3.	ÂMBITO GEOGRÁFICO	121
4.	CAPITAIS SEGURADOS.....	121
5.	CARÊNCIA.....	121
6.	FRANQUIA.....	121
7.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE.....	121
8.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	122
XV-	COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE	124
	TOTAL POR DOENÇA – IFPD	124
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	124
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	128
3.	ÂMBITO GEOGRÁFICO	128
4.	CAPITAIS SEGURADOS.....	128
5.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE.....	128
6.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	130
XVI-	COBERTURA ADICIONAL DE FUNERAL FAMILIAR	132
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	132
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	132
3.	ÂMBITO GEOGRÁFICO	132
4.	CAPITAIS SEGURADOS.....	133
5.	CARÊNCIA.....	133
6.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE.....	133
7.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	135
	ANEXO I 137	
	ASSISTÊNCIA FUNERAL FAMILIAR.....	137

**CONDIÇÕES GERAIS
SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A**

1. OBJETIVO DO SEGURO

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

1.1.2 Pelo contrato de seguro, a seguradora obriga-se, mediante o pagamento do prêmio equivalente, a garantir interesse legítimo do segurado ou do beneficiário contra riscos predeterminados.

1.1.3. Este contrato de seguro é regido pela Lei 15.040 de 9 de dezembro de 2024, e, no que couber, pela Lei 10.406 de 10 de Janeiro de 2002 (Código Civil Brasileiro), sem prejuízo da aplicação supletiva de resoluções, circulares e instruções normativas emitidas pelos órgãos reguladores, desde que, em acordo com a Lei nº 15.040/2024.

1.2 As coberturas deste Seguro dividem-se em básica e adicionais:

1.2.1 Cobertura Básica:

- **Básica – Morte**

1.2.2 Coberturas Adicionais:

- **MA – Morte Acidental**
- **IPA – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente**
- **DC – Diagnóstico de Câncer**
- **DG – Doenças Graves – Combo 1**
- **DG – Doenças Graves – Combo 2**
- **DG – Doenças Graves – Combo 3**
- **DG – Doenças Graves – Combo 4**
- **DG – Doenças Graves – Combo 5**
- **DIH – Diária de Internação Hospitalar**
- **DIH – UTI – Diária de Internação Hospitalar em Unidade Intensiva de Tratamento**
- **DMHO – Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas por Acidente**
- **DIT – Diária por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença**
- **DIT – Diária por Incapacidade Temporária por LER, DORT, LTC e Hérnia**
- **IFPD – Invalidez Funcional Permanente Total por Doença**
- **FF – Funeral Familiar**

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

1.4 As indenizações previstas para as coberturas conjugadas: Básica – Morte e Morte Acidental (MA), assim como, Diária de Internação Hospitalar e Diária de Internação Hospitalar em Unidade Intensiva de

Tratamento, Diária por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença se acumulam e podem ser contratadas de forma conjugada, quando definido na Proposta de Contratação.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) Do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) De atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, ato terrorista e suas decorrências ou outras perturbações da ordem pública, exceto se decorrentes da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) De furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- d) De doenças ou lesões preexistentes à contratação do Seguro e de conhecimento do Segurado, não declaradas na declaração pessoal de saúde ou na tele-entrevista para avaliação das condições de saúde do segurado;
- e) Da prática, por parte do Segurado, seu(s) beneficiário(s), ou do representante legal de um ou de outro, de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei;
- f) Suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da Apólice do Seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;
- g) Epidemias, Endemias e Pandemias, declaradas por órgão competente;
- h) De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada;
- i) Ato terrorista, cabendo a Seguradora comprovar com toda a documentação hábil, acompanhada de laudo que caracterize a natureza do atentado, independente do seu propósito, desde que tenha sido devidamente reconhecido como atentado à ordem pública por autoridade competente;
- j) Acidentes ocorridos com o Segurado, na condição de condutor do veículo ou operador de equipamento que requeira aptidão, no qual o mesmo não possua habilitação legal para tanto;
- k) Riscos cibernéticos e perdas financeiras, materiais ou corporais decorrentes de atividades maliciosas cibernéticas internas ou externas;
- l) Os ferimentos auto infligidos, sejam de natureza temporária ou permanente, ressalvadas as hipóteses de tentativa de suicídio ocorrida após os dois primeiros anos de vigência inicial da apólice, ou ainda, após sua recondução nos casos em que tenha havido suspensão.
- m) Sinistro cuja causa e ou enquadramento, em uma ou mais coberturas, não for possível de ser apurado e ou concluído pela Seguradora, durante o prazo do processo de regulação e liquidação de sinistro, seja a que título for.

3. CARÊNCIA

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

4. FRANQUIA

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

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO

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

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

6. DA ACEITAÇÃO DO PROPONENTE

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

6.2 A aceitação deste seguro será precedida da análise do risco pela Seguradora, com base nas informações fornecidas na Proposta de Seguro e no Questionário de Avaliação de Risco.

6.2.1 A aceitação do Proponente se fará mediante aplicação de questionário para avaliação das condições de saúde e atividade do proponente, e ainda, quando a Seguradora julgar necessário, informações financeiras e relatório médico e/ou exames complementares.

6.2.1.1 A aplicação do(s) questionário(s) será realizada por meio de tele entrevista ou preenchimento de formulários da Seguradora.

6.2.1.2 A contratação deste seguro deverá ser precedida da entrega de Proposta de Seguro à Seguradora, preenchida e assinada pelo proponente.

6.3 O(s) pedido(s) de cotação à seguradora não equivale(m) à Proposta, e as informações prestadas pelas partes e por terceiros intervenientes integram o contrato que vier a ser celebrado.

6.4 **A Proposta de Seguro e o Questionário fazem parte integrante deste Contrato de Seguro, uma vez que contém todas as informações essenciais à avaliação e Aceitação do Risco pela Seguradora.**

6.5 A aceitação da Proposta dependente de análise interna da Seguradora, que se reserva o direito de, através de critérios técnicos, negar os riscos que considere em desacordo com os interesses do seu negócio, não ficando tal recusa caracterizada como ato discriminatório ou impeditivo da livre iniciativa empresarial.

6.6 O Proponente é obrigado a fornecer todas as informações necessárias à aceitação da proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio, de acordo com o Questionário que lhe submeta a Seguradora. O proponente deve informar tudo de relevante que souberem ou que deveriam saber a respeito do interesse e do risco a serem garantidos.

6.7 O descumprimento doloso do dever de informar previsto acima, importará em perda da garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

6.8 O descumprimento culposo do dever de informar previsto acima, implicará a redução da garantia proporcionalmente à diferença entre o prêmio pago e o que seria devido caso prestadas as informações posteriormente reveladas.

6.9 Se, diante dos fatos não revelados, a garantia for tecnicamente impossível, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja normalmente subscrito pela seguradora, o contrato será extinto, sem prejuízo da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

6.9.1 Risco normalmente não subscrito é aquele que vai contra as regras da política de aceitação da Seguradora.

6.9.2 A análise ou impossibilidade de garantia de um risco é de competência exclusiva e interna da Seguradora, de acordo com sua política de aceitação, entre eles, mas não se limitando aos aspectos comerciais, atuariais e técnicos.

6.10 As despesas incorridas com a contratação são todas aquelas necessárias para que haja a contratação de um seguro, entre elas, mas não se limitando às administrativas, e tributos.

6.11 Após verificar que a Proposta de Seguro atendeu a todos os requisitos formais estabelecidos para seu recebimento, a Seguradora fornecerá ao Proponente ou Representante, protocolo que identifica a Proposta de Seguro por ela recepcionada, com indicação de data e hora do recebimento da referida proposta. **Apenas serão consideradas como recebidas as propostas enviadas para a Seguradora através do seu site, Portal do Corretor ou Portal de parceiros autorizados.**

6.12 A Seguradora tem o prazo de 15 (quinze) dias para se manifestar sobre a aceitação ou não da Proposta de Seguro, contados a partir da data de recebimento da referida proposta. Nos casos em que a Seguradora indicar a necessidade de esclarecimentos, documentos, novo questionário, ajuste de questionário, apresentação de exames, entre outros, este prazo terá novo início, passando a ser contado a partir do momento em que forem atendidas as solicitações de informações complementares.

6.13 A solicitação de esclarecimentos, documentos, novo questionário, ajuste de questionário, apresentação de exames, entre outros, poderá ser realizada quantas vezes se fizer necessário, à critério da Seguradora.

6.14 As propostas serão consideradas aceitas através da manifestação formal e expressa da Seguradora ou, ainda, no caso de a Seguradora não se manifestar expressamente pela sua recusa no prazo de 15 (quinze) dias, contados da data da recepção da Proposta.

6.15 Qualquer alteração neste Contrato de Seguro deverá ser efetuada mediante nova Proposta de Seguro assinada pelo Segurado. A Seguradora terá o mesmo prazo de 15 (quinze) dias para aceitar ou recusar a alteração a ela proposta. **NÃO SERÁ ADMITIDA A PRESUNÇÃO DE QUE A SEGURADORA POSSA TER CONHECIMENTO DE CIRCUNSTÂNCIAS QUE NÃO CONSTEM DA PROPOSTA DE SEGURO OU QUE NÃO TENHAM SIDO COMUNICADAS POR ESCRITO.**

6.16 No caso de não aceitação da Proposta de Seguro, a Seguradora comunicará formalmente ao Proponente, ou seu representante legal.

6.17 A alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1 O início e término de vigência de cada Segurado dar-se-á às 24 (vinte e quatro) horas das datas definidas na Apólice.

7.2 Renovação do Seguro:

7.2.1 O seguro permanecerá vigente enquanto o Segurado mantiver os pagamentos dos prêmios em dia, observado o disposto no prazo de tolerância, sendo a apólice prorrogada sucessivamente, e sem a necessidade de nova avaliação das condições de saúde e atividade para permanência no seguro, resguardando ao Segurado o direito de solicitação do cancelamento do seguro a qualquer tempo e sem qualquer ônus.

8. BENEFICIÁRIOS

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

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

8.2.1 Em caso de sinistro, será considerada a última alteração de beneficiários de que a Seguradora tenha conhecimento.

8.2.2 Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

8.2.3 É lícita a substituição do beneficiário do seguro por meio de pedido de alteração de beneficiário ou por declaração de última vontade.

8.3 No caso das coberturas de Invalidez Permanente por Acidente, Diagnóstico de Câncer, Doenças Graves, Diária de Internação Hospitalar, Diária de Internação Hospitalar em UTI, Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas por Acidente, Diária por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença, Diária por Incapacidade Temporária por LER, DORT, LTC e Hérnia e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, previstas nestas Condições Gerais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

9. CAPITAL SEGURADO

9.1 O limite do capital segurado para cada cobertura contratada será estabelecido na Apólice do Seguro e será determinado de acordo com as regras das Condições Especiais do Seguro.

9.2 **O capital segurado e o prêmio serão atualizados anualmente conforme previsto no item Atualização do Capital Segurados e Prêmios.**

9.3 **O segurado poderá, a qualquer tempo, solicitar alteração do valor do capital segurado, por meio de nova Proposta de Contratação, ficando a critério da Seguradora sua aceitação.**

10. PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO

10.1 A forma de pagamento do Seguro poderá ser mensal ou anual e cada pagamento corresponderá ao respectivo período de cobertura.

10.2 Qualquer indenização somente passa a ser devida após o pagamento do prêmio correspondente ao período de cobertura, no máximo até a data limite prevista para esse fim. Caso a data limite para o pagamento caia em dia em que não haja expediente bancário, o seguro poderá ser pago no primeiro dia subsequente em que haja referido expediente.

10.2.1 O recolhimento do Prêmio do Seguro poderá ser realizado por meio de boleto bancário, débito em conta ou fatura de cartão de crédito, de acordo com a forma de cobrança prevista na Proposta de Contratação.

10.2.2 A data limite para pagamento do Prêmio do Seguro não poderá ultrapassar o dia especificado na Apólice de Seguro.

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

10.4 No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa do segurado ou com a concordância recíproca, a Seguradora reterá o Prêmio do Seguro recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

11. ATRASO NO PAGAMENTO DO PRÊMIO

11.1 A Seguradora enviará ao Segurado, ou corretor de seguros, ou representante, uma notificação, por qualquer meio idôneo que comprove o respectivo recebimento, concedendo-lhe prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias úteis para a purgação da mora, e o advertindo de que, **não purgada a mora no novo prazo, suspenderá a garantia e não efetuará pagamento algum relativo a sinistros ocorridos a partir do vencimento original da parcela não paga e de que após 45 (quarenta e cinco) dias úteis da suspensão da garantia, o contrato será resolvido.**

11.2. O prazo de 45 (quarenta e cinco) dias úteis se inicia com o recebimento da notificação.

11.3. Porém, se o Segurado, o corretor de seguros, ou o representante, recusar o recebimento da notificação ou, por qualquer razão, não for encontrado no último endereço informado à Seguradora, o prazo terá início na data da frustração da notificação.

11.4. A purgação da mora no prazo, a qual inclui o pagamento de multa e de juros moratórios que restabelecerá os efeitos da apólice ou do aditivo pelo período inicialmente contratado.

11.5. O decurso do prazo, sem a purgação da mora, implicará a suspensão da garantia contratual, sem prejuízo do crédito da Seguradora ao prêmio.

11.6. **Decorridos os prazos para quitação do respectivo prêmio, o contrato de seguro será cancelado automaticamente, observadas as condições a seguir:**

11.6.1 A falta do pagamento da primeira parcela da apólice ou da parcela única até a data limite para pagamento implicará no cancelamento do seguro desde o início de vigência, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

11.6.2 A falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira no prazo estabelecido em Contrato, acarretará na cobrança da(s) parcela(s) do prêmio devido acrescido de multa e juros de mora ao dia conforme a lei permitir. Esta situação não acarretará na suspensão das coberturas, permanecendo o direito dos Segurados ou seus beneficiários ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro coberto, ocorrido durante o período de cobertura.

11.6.2.1 O prazo para o pagamento dessa parcela do prêmio em atraso será de até 45 dias úteis.

11.6.2.2 A parcela do prêmio não paga até os 45 (quarenta e cinco) dias úteis do seu vencimento, poderão ser cobradas judicialmente pela Seguradora e a apólice será cancelada, após notificação, não havendo possibilidade de reabilitação.

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

11.7.1 No caso de impedimento do lançamento da parcela mensal do seguro, seja a cobrança por meio de cartão de crédito ou débito em conta, será enviado o boleto da parcela vencida com o valor acrescido de juros e multa.

12. O CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO

12.1 O Segurado em atraso com o pagamento dos prêmios do seguro será notificado sobre a parcela em atraso e cientificado de que o não pagamento da parcela em até 45 (quarenta e cinco) dias acarretará o cancelamento da apólice, não havendo direito à indenização em caso de sinistro ocorrido no período de inadimplência.

12.2 **Decorrido o período de tolerância para o pagamento do prêmio, a segura não recepcionará o prêmio em atraso e o seguro será cancelado por falta de pagamento, observando-se o disposto na cláusula acima.**

12.3 **Ainda que seja feito o pagamento subsequente da parcela em aberto, não afastará a suspensão e cancelamento da apólice.**

13. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIOS

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

13.1.1 Exemplo:

Início de vigência: mês de Abril/2017

Mês da atualização monetária: mês de Abril/2018

IPCA acumulado (12 meses) do período de 01 de Fevereiro/2017 a 31 de Janeiro/2018

13.2 A atualização de valores relativos a prêmios e Capital Segurado observará a legislação específica vigente.

14. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

14.1 Além da atualização monetária do prêmio do seguro em função da atualização do capital segurado prevista no item 13, este seguro prevê o reenquadramento anual do prêmio por mudança da idade do segurado.

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

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

15. COMUNICAÇÃO E REGULAÇÃO DE SINISTROS

15.1 Ocorrendo o Sinistro, este deverá ser comunicado imediatamente à SEGURADORA, SOB PENA DA PERDA DO DIREITO, podendo ser pela central de atendimento, ou portal de autoatendimento através do site www.tokiomarine.com.br.

15.2 Todos os campos do aviso de sinistro, tanto no Formulário de Aviso de Sinistro quanto no Aviso eletrônico no Portal de Autoatendimento, devem ser preenchidos corretamente com as informações relacionadas à localização do segurado conforme a apólice, além de todos os dados pertinentes ao evento que está sendo comunicado.

15.3 O Segurado, ou quem suas vezes fizer, deverá entregar à Seguradora, com a devida diligência, os documentos básicos e elementos necessários por ela solicitados.

15.3.1 Deverá ser encaminhada a documentação necessária de acordo com a cobertura do seguro, juntamente com o formulário Aviso de Sinistro, preenchido e assinado pelo Segurado e/ou Beneficiário. Esses documentos são imprescindíveis para análise do Sinistro, sem prejuízo de outros que se façam necessários, caso haja dúvida fundada e justificável, dada a especificidade do caso concreto e que poderão ser solicitados pela SEGURADORA.

15.3.2 Os documentos devem ser enviados por meio do Portal de Autoatendimento e precisam ser digitalizados de forma colorida, a partir dos documentos originais e/ou suas cópias autenticadas.

15.3.3 Os arquivos podem ser enviados apenas nos seguintes formatos: pdf, jpg, png, bmp, avi, mpg, mp4 ou mpeg.

15.4 Cabem, exclusivamente, à Seguradora, os procedimentos de regulação e de liquidação do sinistro, que servem respectivamente para identificar as causas e os efeitos do fato comunicado pelo interessado e quantificar em dinheiro os valores devidos pela seguradora. A execução desses procedimentos não importa em reconhecimento de nenhuma obrigação de pagamento do valor do seguro por parte da Seguradora.

15.5 A Seguradora poderá contratar regulador e liquidante de sinistro para desenvolver esses procedimentos em seu lugar, cabendo, porém, **exclusivamente** à Seguradora a decisão sobre a cobertura do fato e o valor da indenização, se devida, ao Segurado ou ao beneficiário.

15.6 A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para manifestar-se sobre a cobertura do sinistro, sob pena de decair do direito de recusá-la, contando-se esse prazo da data de apresentação do aviso de sinistro pelo interessado, acompanhado de todos os elementos necessários à decisão a respeito da existência de cobertura.

15.6.1 A Seguradora ou o regulador do sinistro poderão solicitar documentos complementares, de forma justificada, ao interessado, desde que lhe seja possível produzi-los, quantas vezes se fizerem necessárias.

15.6.2 Solicitados documentos complementares dentro do prazo estabelecido no subitem acima, o prazo para a manifestação sobre a cobertura suspende-se por, no máximo, 2 (duas) vezes, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for integralmente atendida a solicitação.

15.6.3 Porém, nos sinistros em que a importância segurada não exceder o correspondente a 500 (quinhentas) vezes o salário-mínimo vigente, o prazo de manifestação sobre a cobertura só poderá ser suspenso 1 (uma) vez.

15.6.4 Para os tipos de seguro nos quais a verificação da existência de cobertura implicar maior complexidade na apuração, a Seguradora solicitará à autoridade fiscalizadora que fixe prazo superior a 30 (trinta) dias, respeitado o limite máximo de 120 (cento e vinte) dias.

15.7 A recusa de cobertura será expressa e motivada, não podendo a Seguradora inovar posteriormente o seu fundamento, **salvo quando, depois da recusa, vier a tomar conhecimento de fatos que anteriormente desconhecia.**

15.8 Entende-se por motivação, a indicação do fundamento legal e/ou contratual da negativa.

15.9 **Fica ressaltado que o exercício da ampla defesa e do contraditório, previstos no artigo 5º, inciso LV, da Constituição Federal, por parte da Seguradora, não constitui, sob nenhuma hipótese, inovação.**

15.10 O relatório de regulação e liquidação do sinistro é documento comum às partes e, negada a cobertura, no todo ou em parte, a Seguradora entregará ao interessado os documentos produzidos ou obtidos durante a regulação e a liquidação do sinistro que fundamentem sua decisão.

15.11 Não é considerado comum às partes toda documentação e/ou informação que contenha segredos e/ou estratégias negociais da Seguradora, capazes de comprometer seu desenvolvimento e a confidencialidade das informações sensíveis.

15.12 São considerados como documentos que contêm segredos de negócios aqueles que possuem informações confidenciais, não trivialmente conhecidas ou acessíveis, desenvolvidas, utilizadas ou possuídas pela Seguradora, cuja divulgação possa comprometer a integridade de seus processos decisórios e a metodologia subjacente à avaliação e gerenciamento de riscos de forma confidencial.

15.13 A regulação e a liquidação do sinistro serão realizadas simultaneamente, sempre que possível.

16. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

16.1 A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para pagar a indenização.

16.1.1 **A Seguradora ou o liquidante do sinistro poderá solicitar documentos complementares, de forma justificada, ao interessado, desde que lhe seja possível produzi-los, quantas vezes se fizerem necessárias.**

16.1.2 **Solicitados documentos complementares dentro do prazo estabelecido no subitem acima, o prazo para o pagamento da indenização suspende-se por, no máximo, 1 (uma) vez, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for integralmente atendida a solicitação.**

16.1.3 **Para os tipos de seguro nos quais a liquidação dos valores devidos implicar maior complexidade na apuração, a Seguradora solicitará à autoridade fiscalizadora que fixe prazo superior ao disposto no subitem 16.1, respeitado o limite máximo de 120 (cento e vinte) dias.**

16.1.4 **O valor da indenização apurada será apresentado ao Segurado ou ao beneficiário de forma fundamentada, não podendo a Seguradora inovar posteriormente o seu fundamento, salvo quando vier a tomar conhecimento de fatos que anteriormente desconhecia.**

16.1.5 **Fica ressaltado que o exercício da ampla defesa e do contraditório, previstos no artigo 5º, inciso LV, da Constituição Federal, por parte da Seguradora, não constitui, sob nenhuma hipótese, inovação.**

16.1.6 Em caso de descumprimento do prazo estipulado no **subitem 16.1** desta cláusula, os valores de indenização sujeitam-se à multa de 2%, além dos juros legais e da atualização monetária, pelo IPCA / IBGE (caso seja extinto, pelo INPC/IBGE), contados a partir da data em que a indenização ou capital segurado deveriam ter sido pagos, exceto no caso de reembolso de despesas, em que a atualização monetária será a partir da data do efetivo desembolso.

16.2 Em apurando **existência de sinistro coberto e de quantias parciais a pagar, a Seguradora adiantará os respectivos valores, por conta do pagamento final, ao Segurado ou ao beneficiário, no prazo máximo de 30 (trinta) dias.**

16.3 Junta Médica

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

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

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

16.3.2 Perícia da Seguradora

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

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

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

17. CESSAÇÃO DA COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO

17.1 Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro:

- a) com a morte ou Invalidez TOTAL e permanente do Segurado;**
- b) por solicitação do Segurado, mediante comunicação por escrito ou verbal;**
- c) por falta de pagamento das parcelas, de acordo com os critérios estabelecidos no item 12.**

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

17.2.1 As coberturas de Diária por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença e Diária por Incapacidade Temporária por LER, DORT, LTC e Hérnia, cessarão quando o segurado completar 66 (sessenta e seis) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o segurado com os direitos preservados relativos às demais coberturas, até o final de vigência da apólice.

18. PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO

18.1 Além dos casos previstos em Lei, a Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente seguro, caso haja por parte do Segurado, as seguintes hipóteses:

18.1.2 Provocar dolosamente o sinistro ou agir com culpa grave equiparável a dolo, ou agir de má-fé, ou procurar, por qualquer meio, obter benefícios ilícitos, quer seja por ação própria ou em conjunto com terceiros;

18.1.3 Agravar intencionalmente e de forma relevante o risco objeto do contrato de seguro:

a) Será relevante a ação que conduza ao aumento significativo e continuado da probabilidade de realização do risco aceito ou da sua severidade;

b) Será continuado quando o ato do Segurado perdurar por minutos, horas, e ou dias, não necessitando ter sido reiterado anteriormente.

18.2 O segurado está obrigado a comunicar à seguradora, tão logo dele tome conhecimento, qualquer fato suscetível de agravar de maneira relevante o risco coberto:

18.2.1 Ciente do agravamento, a seguradora poderá, no prazo de 20 (vinte) dias, cobrar a diferença de prêmio.

a) Se, o Segurado culposamente deixar de comunicar a Seguradora sobre agravamento relevante do risco, o Segurado fica obrigado ao pagamento da diferença do prêmio apurada;

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

- 18.3 Se, dolosamente deixar de tomar toda e qualquer providência que seja de sua obrigação ou que estejam ao seu inteiro alcance, no sentido de evitar, reduzir ou não agravar os prejuízos resultantes de um sinistro;
- 18.4 Se o segurado ou seu corretor de seguros ou representante, dolosamente fizer declarações inexatas ou omitir informações que possam influir direta ou indiretamente no conhecimento, análise e aceitação do risco e na fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio do seguro, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.
- 18.4.1 Se o descumprimento do dever de informar se der de forma culposa ocorrerá a redução da garantia proporcionalmente à diferença entre o prêmio pago e o que seria devido caso prestadas as informações posteriormente reveladas.
- 18.4.2 Se diante dos fatos não revelados, a garantia for tecnicamente impossível ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja normalmente subscrito pela Seguradora, o contrato será extinto – sem pagamento de qualquer indenização securitária ou capital segurado – sem prejuízo da obrigação do Segurado de ressarcir as despesas incorridas pela Seguradora.
- 18.5 Se ao tomar ciência do sinistro ou da iminência do seu acontecimento, com objetivo de evitar prejuízos à Seguradora o Segurado dolosamente deixar de adotar as medidas estabelecidas nos incisos I, II e III do art. 66 da Lei 15.040/2024, incorrerá em perda do direito à indenização securitária ou capital pactuado, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela Seguradora.
- 18.5.1 Se o descumprimento das medidas estabelecidas nos incisos I, II e III do art. 66 da Lei 15.040/2024 se der culposamente, culminará em perda do direito à indenização do valor equivalente aos danos decorrentes da omissão.
- 18.6 For omissio ou inerte quanto a entrega de documentos solicitados pela Seguradora, culminando na inconclusão do procedimento de regulação e liquidação de sinistros;
- 18.7 Não haverá direito à indenização securitária, sinistros cuja causa e ou enquadramento de cobertura não forem possíveis de serem apurados e ou concluídos, durante o processo de regulação e liquidação de sinistros.

19. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

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

20. DISPOSIÇÕES GERAIS

20.1 O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os Prêmios ou Capital Segurado, deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.

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

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

21. PRESCRIÇÃO

21.1. Qualquer direito do Segurado, ou do beneficiário, com fundamento no presente Seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pela Lei 15.040/2024

22. FORO

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

23. CLÁUSULA PARTICULAR DE EXCLUSÃO PARA SITUAÇÕES NACIONAIS OU INTERNACIONAIS DE SANÇÃO, EMBARGO, PROIBIÇÃO OU RESTRIÇÃO

23.1 Estão excluídos da cobertura dessa Apólice todos e quaisquer riscos cuja cobertura e/ou eventual pagamento da respectiva indenização securitária, implicaria na obrigação da Seguradora de atuar de forma a atrair, em razão de embargos e sanções comerciais e econômicos, ações punitivas para a Seguradora, seu grupo econômico e administradores, por parte dos Estados Unidos da América, do Reino Unido, da União Europeia conforme descrito nas listas de embargos e sanções a seguir:

a) Reino Unido e União Europeia: <https://www.consilium.europa.eu/pt/policies/sanctions/>

b) Office of Foreign Assets Control – OFAC (Agência de Controle de Ativos Estrangeiros dos EUA): <https://sanctionssearch.ofac.treas.gov/>

23.2 Estão ainda excluídos das coberturas, todos e quaisquer riscos cujo imediato pagamento da respectiva indenização securitária esteja vedado, por embargos e sanções comerciais e econômicos internacionais impostos por entidades multilaterais integradas pelo Brasil, tais como, mas não se limitando, o GAFI (Grupo de Ação Financeira contra a Lavagem de Dinheiro e o Financiamento do Terrorismo): <https://www.fatf-gafi.org/> e a Organização das Nações Unidas (ONU): <https://nacoesunidas.org/conheca/>.

23.3 O fato gerador para efeito de aplicação desta cláusula deverá estar caracterizado no momento do sinistro para fins de perda de direito ou excludente de cobertura. Assim, caso as situações previstas nos itens 22.1 e 22.2 ocorram após a data do sinistro, o pagamento da indenização ficará suspenso até que haja a superação do embargo ou sanção pelo órgão internacional ou nacional que o impôs.

- 23.4 O Segurado perderá o direito à indenização se por efeito da política de imposição de embargos e sanções por organismos internacionais houver ato doloso do segurado ou de seu representante legal e conexo causal com o evento gerador do sinistro.

24. GLOSSÁRIO – CONDIÇÕES GERAIS

24.1 Acidente Pessoal

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

24.1.1 Incluem-se nesse conceito:

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

24.1.2 Excluem-se desse conceito:

- a) as doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesões por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Continuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médica-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 subitem 22.1, acima.

24.2 Agravamento relevante do risco

Ato que conduza o aumento significativo e continuado da probabilidade de realização do risco descrito no questionário ou da severidade dos efeitos.

24.3 Apólice de Seguro

Documento emitido pela sociedade seguradora que formaliza a aceitação das coberturas ajustadas entre as partes, nos planos individuais (apólice individual), ou pelo estipulante, nos planos coletivos (apólice coletiva).

24.4 Ato doloso

Ato intencional praticado no intuito de prejudicar a outrem.

24.5 Ato ilícito

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

24.6 Aviso de sinistro

Comunicação formal da ocorrência de um sinistro feito à Seguradora.

24.7 Beneficiários

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

24.8 Capital Segurado

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

24.9 Carência

Período, contado a partir da data de início de vigência do seguro, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito ao recebimento dos capitais segurados contratado.

24.10 Condições Contratuais

Conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais.

24.11 Condições Especiais

Conjunto de cláusulas que complementam ou alteram as Condições Gerais do Contrato de Seguro, ampliando ou restringindo as Coberturas

24.12 Condições Gerais

São as cláusulas destinadas a estabelecer os termos e condições contratuais deste Seguro e representando os direitos e as obrigações inerentes às partes contratantes, segurado e seguradora.

24.13 Contrato de Seguro

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

24.14 Corretor de seguros

O corretor de seguros configura-se como interessado na relação contratual securitária. Ele é o profissional que participa ativamente da formação do contrato, representando o segurado e intermediando a negociação com a seguradora, prestando informações fidedignas e completas para a análise do risco e repassando aos segurados os documentos e informações disponibilizadas pela seguradora, sempre que pertinente, dentro do prazo legal. Seu interesse é econômico, pelo direito à comissão, e jurídico, em razão do dever de atuar com boa-fé e lealdade na prestação de informações entre as partes da relação contratual.

24.15 Declaração Pessoal de Saúde - DPS

Questionário complementar da Proposta de Contratação em que o proponente presta informações sobre as condições de saúde para avaliação do risco, na data de contratação do seguro.

24.16 Doenças ou Lesões Preexistentes

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

24.17 Endosso

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

24.18 Endosso de reenquadramento

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

24.19 Evento coberto

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

24.20 Franquia

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

24.21 Hospital

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

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

24.22 Indenização

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

24.23 Infecções Oportunistas

São infecções causadas por microrganismos (bactérias, fungos ou vírus) que estão comumente presentes em nosso organismo (sem qualquer manifestação clínica) e que aproveitam o estado de debilidade (imunodeficiência) para se proliferarem e provocarem infecções nos mais diferentes órgãos ou na corrente sanguínea (septicemia). Exemplo: pneumonias, meningites, diarreias e outras infecções causadas em razão de imunodeficiência provocada pelo AIDS, por Doença Neoplásica, por Doenças Crônicas o por outras doenças que afetem o sistema imunológico.

24.24 Má-fé

Agir de modo contrário à lei ou ao direito de forma proposital.

24.25 Médico Assistente

Profissional legalmente licenciado para a prática de medicina e que seja o responsável pelo tratamento de uma pessoa ou que esteja emitindo documentos médicos (relatórios, atestados, declarações, etc). Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a medicina.

24.26 Período de Cobertura

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

24.27 Prêmio do Seguro

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

24.28 Proponente

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

24.29 Proposta de Contratação

Documento que formaliza o interesse do proponente em contratar ou alterar o seguro. Cotações e documentos como, mas não se limitando a e-mails, tabelas de Excel e ou notificação, emitidos e ou recebidos durante a fase de negociação de um contrato de seguro, não serão considerados como uma Proposta de Seguro.

24.30 Regime Financeiro de Repartição Simples

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

24.31 Regulação e Liquidação de Sinistros

Processos que têm, respectivamente, por objetivo identificar as causas e os efeitos do fato comunicado pelo interessado e quantificar em dinheiro os valores devidos pela seguradora, salvo quando convencionada reposição em espécie

24.32 Risco coberto

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

24.33 Riscos excluídos

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

24.34 Seguradora

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

24.35 Sinistro Coberto

Sinistro indenizável pelas coberturas efetivamente contratadas na apólice, ou seja, que se enquadre objetivamente na descrição da cobertura contratada, e desde que não incida qualquer hipótese de perda de direitos, riscos excluídos ou, ainda, prescrição.

24.36 Sinistro Vinculado

Sinistro ocasionado pela mesma doença ou mesmo acidente já avisado anteriormente e que tenha relação de continuidade para efeito de contagem do saldo de diárias da cobertura de Diária por Incapacidade Temporária.

24.37 Tele-entrevista

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

24.38 Vigência

É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade Seguradora.

**SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL - CONDIÇÕES ESPECIAIS
I - COBERTURA BÁSICA DE MORTE**

1. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item 2. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.

3. CAPITAIS SEGURADOS

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

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

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

4. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

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

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

Idade	Variação % Masculino
Até 18 anos	não se aplica
19 anos	10,81607458
20 anos	8,30650197
21 anos	6,08865532
22 anos	4,24528819
23 anos	2,73192570
24 anos	1,51306021
25 anos	0,65568123
26 anos	0,08844494

Idade	Variação % Masculino
51 anos	9,29214401
52 anos	9,34150429
53 anos	9,37615601
54 anos	9,40717376
55 anos	9,43149447
56 anos	9,45345743
57 anos	9,47606060
58 anos	9,48892804
59 anos	9,49833198

Idade	Variação % Masculino
84 anos	9,42252602
85 anos	9,39868222
86 anos	9,37396712
87 anos	9,35147684
88 anos	9,32458409
89 anos	9,29313218
90 anos	9,26482186
91 anos	9,23306126
92 anos	9,19164610

Idade	Variação % Masculino
27 anos	-0,22709939
28 anos	-0,27985627
29 anos	-0,09980586
30 anos	0,27810955
31 anos	0,82852086
32 anos	1,49776463
33 anos	2,24756431
34 anos	3,04052017
35 anos	3,86068953
36 anos	4,62450756
37 anos	5,36309190
38 anos	6,02000763
39 anos	6,60678702
40 anos	7,11024962
41 anos	7,54487672
42 anos	7,90497664
43 anos	8,21058808
44 anos	8,45964807
45 anos	8,67286520
46 anos	8,83451225
47 anos	8,96716122
48 anos	9,07702492
49 anos	9,16956607
50 anos	9,23653241

Idade	Variação % Masculino
60 anos	9,50798792
61 anos	9,51442000
62 anos	9,52305712
63 anos	9,53049706
64 anos	9,52650942
65 anos	9,53895744
66 anos	9,53939726
67 anos	9,53711559
68 anos	9,53784650
69 anos	9,54205219
70 anos	9,54188842
71 anos	9,53733587
72 anos	9,52790643
73 anos	9,52304195
74 anos	9,52180829
75 anos	9,51144928
76 anos	9,50445553
77 anos	9,49911509
78 anos	9,48481901
79 anos	9,48429131
80 anos	9,47647125
81 anos	9,46334266
82 anos	9,44924444
83 anos	9,43510600

Idade	Variação % Masculino
93 anos	9,14709153
94 anos	9,09708904
95 anos	9,03896287
96 anos	8,98471764
97 anos	8,91791000
98 anos	8,84524821
99 anos	8,77978663
100 anos	8,68245560
101 anos	8,58666076
102 anos	8,47014761
103 anos	9,99027261
104 anos	10,42757955
105 anos	10,38000208
106 anos	10,29144716
107 anos	10,16695220
108 anos	9,95102270
109 anos	9,59262529
110 anos	9,04349161
111 anos	8,22695549
112 anos	6,97918569
113 anos	5,20321459
114 anos	2,93699863
115 anos	0,84326689

Idade	Variação % Feminino
Até 18 anos	não se aplica
19 anos	3,47566649
20 anos	2,10713066
21 anos	1,09803269
22 anos	0,45808001
23 anos	0,18553964
24 anos	0,19604890
25 anos	0,47960730
26 anos	0,97109454
27 anos	1,62482617
28 anos	2,38030857
29 anos	3,17865559
30 anos	3,97534956
31 anos	4,71558103

Idade	Variação % Feminino
51 anos	9,38951156
52 anos	9,41319599
53 anos	9,44562430
54 anos	9,47410516
55 anos	9,49327950
56 anos	9,50747684
57 anos	9,53631110
58 anos	9,55390108
59 anos	9,55787254
60 anos	9,58715436
61 anos	9,58890802
62 anos	9,60978408
63 anos	9,60834588
64 anos	9,62375321

Idade	Variação % Feminino
84 anos	9,82011201
85 anos	9,82823489
86 anos	9,85287141
87 anos	9,86623994
88 anos	9,88525710
89 anos	9,91035064
90 anos	9,93042357
91 anos	9,95119866
92 anos	9,98471404
93 anos	10,00797753
94 anos	10,03863982
95 anos	10,07245639
96 anos	10,10216300
97 anos	10,14321289

Idade	Variação % Feminino
32 anos	5,43038005
33 anos	6,05224589
34 anos	6,59655633
35 anos	7,07617132
36 anos	7,47014468
37 anos	7,80464139
38 anos	8,08778105
39 anos	8,32240326
40 anos	8,51109023
41 anos	8,67512539
42 anos	8,80322119
43 anos	8,91579145
44 anos	9,01272130
45 anos	9,08826612
46 anos	9,16294352
47 anos	9,21690849
48 anos	9,27585147
49 anos	9,31548923
50 anos	9,35255480

Idade	Variação % Feminino
65 anos	9,63350824
66 anos	9,63592857
67 anos	9,65520165
68 anos	9,66275091
69 anos	9,67361025
70 anos	9,68353853
71 anos	9,68664529
72 anos	9,69379790
73 anos	9,70711967
74 anos	9,71348798
75 anos	9,71952291
76 anos	9,73354853
77 anos	9,73816707
78 anos	9,74554733
79 anos	9,76029601
80 anos	9,77175649
81 anos	9,77907941
82 anos	9,79171032
83 anos	9,80283413

Idade	Variação % Feminino
98 anos	10,18100704
99 anos	10,22595974
100 anos	10,27329489
101 anos	10,31676344
102 anos	10,36061871
103 anos	10,39937192
104 anos	10,43026823
105 anos	10,47917701
106 anos	10,48973353
107 anos	10,50183087
108 anos	10,46406677
109 anos	10,38133603
110 anos	10,62507565
111 anos	13,10404824
112 anos	12,42393130
113 anos	10,67040666
114 anos	7,02307245
115 anos	1,92361996

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15 e 16 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo, por meio de imagem digitalizada do documento original ou de sua versão autenticada:

I. Do Segurado:

- a) Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito (em caso do segurado ser casado civilmente) ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência, assinado pelo companheiro sobrevivente e duas testemunhas;
- b) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- c) CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- d) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado.

II. Do evento/ocorrência:

- a) Certidão de Óbito;
- b) Declaração de óbito emitido pelo SAMU, ou órgão semelhante, em caso de atendimento domiciliar;
- c) Declaração de óbito emitido pelo SVO (Serviço de verificação de óbito);
- d) Exame(s) de diagnóstico da Doença que causou o Óbito (Ex.: Ultrassonografia, Anatomopatológico, Ressonância magnética, Ecocardiograma, Exames laboratoriais, Radiografias, entre outros);
- e) Exames de diagnósticos de doenças anteriores a contratação do seguro declaradas ou não na contratação;
- f) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;

- g) Prontuário médico hospitalar em caso de falecimento no hospital ou em caso de internações anteriores ao óbito;
- h) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados, inclusive de doenças e tratamentos anteriores ao falecimento:
***Este documento pode ser substituído por declaração de próprio punho do médico assistente, constando todo o histórico médico do segurado, com diagnósticos, datas e tratamentos realizados e acompanhado dos exames informados.**

III. Dos beneficiários/herdeiros legais:

- a) CPF dos beneficiários indicados ou herdeiros legais (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- b) Na ausência de indicação de beneficiários ou se por qualquer motivo não prevalecer a indicação que foi feita, serão necessários documentos que comprovem a condição de herdeiros legais, seguindo o Art.1829 do Código Civil;
- c) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) dos beneficiários indicados ou herdeiros legais;
- d) Escritura Pública de Unicos Herdeiros, feita em cartório declarando todos os herdeiros segundo o Art. 1829 do CC (necessário no caso de ausência ou invalidação da Declaração de Beneficiários, item "c").

*****Poderão ainda ser solicitados para outras comprovações:**

- a) Ata de audiência para reconhecimento de União Estável e/ou Reconhecimento de Paternidade (se necessário);
- b) Carta de Concessão de benefício do INSS ao cônjuge sobrevivente, para comprovação da união estável (se necessário).

IV. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado, quando este for o beneficiário (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado);
- b) Dados bancários dos beneficiários/herdeiros, quando este(s) for(em) o(s) beneficiário(s) / herdeiro (s) (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade dos beneficiários/herdeiros);
- c) Termo de Autorização de crédito em favor de menor de 18 anos/incapaz(es) e/ou interdito(s) de qualquer idade, assinado pelo responsável legal ou tutor definitivo;
- d) Termo de cessão de direitos assinado por um ou mais beneficiários/herdeiros que desejem abdicar de sua cota-parte da indenização em favor de outro beneficiário/herdeiro;
- e) Termo de divisão de Cesta alimentação (quando houver a cobertura de Cesta Alimentação ou Cesta Básica contratada);
- f) Termo de Guarda / Termo de Tutela / Termo de Curatela / Termo de Interdição judicial definitivos, em caso de beneficiários/herdeiros menor(es) de 18 anos/incapaz(es) e/ou interdito(s) de qualquer idade.

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL – CONDIÇÕES ESPECIAIS
II- COBERTURA ADICIONAL DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Desde que contratada, garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta cobertura, conforme estabelecido no item 9 das Condições Gerais, em caso de morte do Segurado causada, **exclusivamente**, por acidente pessoal coberto pelo Seguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e Proposta de Contratação**.

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

a) Intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, exceto quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico), em decorrência de acidente coberto.

3. CAPITAIS SEGURADOS

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

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

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

4. 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 Morte Acidental.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15 e 16 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo, por meio de imagem digitalizada do documento original ou de sua versão autenticada:

I. Do segurado:

- a) Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito (em caso do segurado ser casado civilmente) ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência, assinado pelo companheiro sobrevivente e duas testemunhas;
- b) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- c) CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- d) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado.

II. Do evento/ocorrência:

- a) Boletim de ocorrência da data do evento;
- b) Certidão de Óbito;
- c) Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT) em caso de evento ocorrido dentro da empresa ou durante trajeto para trabalho x residência e vice-versa;
- d) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- e) Croqui do local do acidente;
- f) Declaração de óbito emitido pelo SAMU, ou órgão semelhante, em caso de atendimento domiciliar;
- g) Declaração de óbito emitido pelo SVO (Serviço de verificação de óbito);
- h) Exame de Dosagem Alcoólica (IML) em caso do segurado ser o condutor do veículo. Na ausência deste documento, enviar Declaração de órgão Policial ou IML, informando o motivo da não realização do exame;
- i) Exame Toxicológico (IML) em caso do segurado ser o condutor do veículo. Na ausência deste documento, enviar Declaração de órgão Policial ou IML, informando o motivo da não realização do exame;
- j) Laudo de Necropsia ou Cadavérico (IML);
- k) Prontuário médico hospitalar em caso do segurado ter sido socorrido;
- l) Peças de Inquérito Policial, em caso de morte suspeita;
- m) Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- n) Termo de reconhecimento do cadáver – nos casos em que houver necessidade de reconhecimento da vítima.

III. Dos beneficiários/herdeiros legais:

- a) Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito (em caso do segurado ser casado civilmente) ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência, assinado pelo companheiro sobrevivente e duas testemunhas;
- b) CPF dos beneficiários indicados ou herdeiros legais (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Na ausência de indicação de beneficiários ou se por qualquer motivo não prevalecer a indicação que foi feita, serão necessários documentos que comprovem a condição de herdeiros legais, seguindo o Art.1829 do Código Civil;
- d) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) dos beneficiários indicados ou herdeiros legais;
- f) Escritura Pública de Únicos Herdeiros, feita em cartório declarando todos os herdeiros segundo o Art. 1829 do CC (necessário no caso de ausência ou invalidação da Declaração de Beneficiários, item "c").

*****Poderão ainda ser solicitados para outras comprovações:**

- a) Ata de audiência para reconhecimento de União Estável e/ou Reconhecimento de Paternidade (se necessário);
- b) Carta de Concessão de benefício do INSS ao cônjuge sobrevivente, para comprovação da união estável (se necessário).

IV. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado, quando este for o beneficiário (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado);
- b) Dados bancários Termo de Autorização de crédito em favor de menor de 18 anos/incapaz(es) e/ou interdito(s) de qualquer idade, assinado pelo responsável legal ou tutor definitivo;
- c) dos beneficiários/herdeiros, quando este(s) for(em) o(s) beneficiário(s) / herdeiro (s) (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade dos beneficiários/herdeiros);
- d) Termo de cessão de direitos assinado por um ou mais beneficiários/herdeiros que desejem abdicar de sua cota-parte da indenização em favor de outro beneficiário/herdeiro;
- e) Termo de divisão de Cesta alimentação (quando houver a cobertura de Cesta Alimentação ou Cesta Básica contratada);
- f) Termo de Guarda / Termo de Tutela / Termo de Curatela / Termo de Interdição judicial definitivos, em caso de beneficiários/herdeiros menor(es) de 18 anos/incapaz(es) e/ou interdito(s) de qualquer idade.

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL – CONDIÇÕES ESPECIAIS

III- COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE IMPORTÂNCIA SEGURADA
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25

PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Perda funcional total de um braço	50
	Perda funcional total de um antebraço	30
	Perda funcional total de um ombro	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.		
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Perda funcional do segmento da perna	25
	Perda funcional do joelho	20
	Perda funcional de um dos pés	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Ampuração do 1º (primeiro) dedo	10
	Ampuração de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente $\frac{1}{2}$, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- de 4 (quatro) centímetros	10
	- de 3 (três) centímetros	6
	Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização.	

DIVERSAS	MANDÍBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	- Em grau mínimo	5
	- Em grau médio	10
	- Em grau máximo	20
	NARIZ	
	- Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	- Perda total do olfato	7
	- Perda do olfato com alterações gustativas	10
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	- Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais	
	- Unilateral	7
	- Unilateral com fistulas	15
	- Bilateral	14
	- Bilateral com fistulas	25
	- Unilateral	7
	Lesões da pálpebra	
	- Ectrópio unilateral	3
	- Ectrópio bilateral	6
	- Entrópio unilateral	7
	- Entrópio bilateral	14
	- Má oclusão palpebral unilateral	3
	- Má oclusão palpebral bilateral	6
	- Ptose palpebral unilateral	5
	- Ptose palpebral bilateral	10
	APARELHO DA FONAÇÃO	
	- Perda da Palavra (mudez incurável)	50
	- Perda de substância (palato mole e duro)	15
	SISTEMA AUDITIVO	
	- Amputação total de uma orelha	8
	- Amputação total das duas orelhas	16
	PERDA DO BAÇO	
		15
	APARELHO URINÁRIO	
	- Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	- Cistostomia (definitiva)	30
	- Incontinência urinária permanente	30
	PERDA DE UM RIM, COM RIM REMANESCENTE	
	- Com função renal preservada	30
	- Redução da função renal (não dialítica)	50
	- Redução da função renal (dialítica)	75
	- Perda de rim único	75
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
	- Perda de um testículo	5
	- Perda de dois testículos	15
	- Amputação traumática do pênis	40
	- Perda de um ovário	5
	- Perda de dois ovários	15

- Perda do útero antes da menopausa	30
- Perda do útero depois da menopausa	10
PESCOÇO	
- Estenose da faringe com obstáculo e deglutição	15
- Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
- Traquesostomia definitiva	40
TÓRAX	
Aparelho Respiratório	
- Sequelas pós-traumática pleurais	10
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total)	
- com função respiratória preservada	15
- com redução em grau mínimo da função respiratória	25
- com redução em grau médio da função respiratória	50
- com insuficiência respiratória	75
MAMAS (FEMININAS)	
- Mastectomia unilateral	10
- Mastectomia bilateral	20
ABDOMEM (ÓRGÃO E VÍSCERAS)	
- Gastrectomia subtotal	20
- Gastrectomia total	40
INTESTINO DELGADO	
- Ressecção parcial	20
- Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
INTESTINO GROSSO	
- Colectomia parcial	20
- Colectomia total	40
- Colostomia definitiva	40
RETO E ÂNUS	
- Incontinência fecal sem prolapo	30
- Incontinência fecal com prolapo	50
- Retenção anal	10
FÍGADO	
- Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
- Lobectomia com insuficiência hepática	50
SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
- Epilepsia pós-traumática	20
- Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
- Síndrome pós-concussional	5

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item 2. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.

3. CAPITAIS SEGURADOS

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

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

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

4. 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 ou Parcial por Acidente.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15 e 16 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo, por meio de imagem digitalizada do documento original ou de sua versão autenticada:

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

I. Do Segurado:

- a) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante do endereço declarado);
- b) CPF do segurado (em vaso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Documento de identificação com foto (RG/CNH/RNE) do segurado.

II. Do evento/ocorrência:

- a) Boletim de ocorrência da data do evento, com a descrição do acidente;
- b) Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT) em caso de evento ocorrido dentro da empresa ou durante trajeto para trabalho x residência e vice-versa;
- c) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- d) Croqui do local do Acidente;
- e) Declaração de atendimento/resgate do SAMU, ou órgão responsável pelo socorro da vítima;
- f) Exame de Corpo Delito (IML);
- g) Exames de diagnóstico e imagem, que evidenciem a sequela deixada pelo acidente (data do evento e atual). Ex.: Radiografias, Ressonância magnética, Tomografia, Eletroneuromiografia, entre outros;
- h) Laudo emitido por médico especialista Fisioterapeuta/Ortopedista, esclarecendo a quantidade de sessões propostas para tratamento e recuperação, bem como informando a perda funcional (em %) do membro(s) afetados(s) e após esgotados todos os recursos médicos/terapêuticos/cirúrgicos;
- i) Prontuário hospitalar completo do atendimento inicial, bem como de todos os atendimentos e tratamentos realizados, como cirurgias/internações devidamente emitido pelo hospital que foi

- atendido/socorrido/tratado;
- j) Relatório médico realizado através de consulta presencial devidamente preenchido/declarado, assinado e carimbado pelo médico assistente (responsável pelo tratamento e acompanhamento da lesão), detalhando a natureza a lesão e o grau definitivo de invalidez (em %) por membro(s) afetado(s) e após a alta médica definitiva e com a confirmação se todos os tratamentos médicos disponíveis para recuperação da sequela foram esgotados;
 - k) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

Nota:

- a) Não serão aceitos laudos/relatórios emitidos por teleconsulta/perícia, nem tampouco, documentos de médicos que não seja o responsável pelo atendimento/tratamento/acompanhamento do segurado;
- b) Em caso de tratamento conservador (sem cirurgia ou outros tratamentos), médico assistente deve esclarecer e fundamentar a caracterização da sequela definitiva.

III. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado (com nome do banco, nº de agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco nacional e de titularidade do segurado);
- b) Em caso de o segurado em decorrência da lesão sofrida ser considerado incapaz e com perda cognitiva que o impeça de exercer atos da vida civil:
 - ✓ Termo de Curatela/Termo de Interdição judicial definitivos e/ou Alvará Judicial com informação expressa de pagamento da indenização em favor do segurado/curador
 - ✓ Termo de autorização de crédito em favor do segurado/curador
 - ✓ Comprovante de residência nominal ao tutor (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante do endereço declarado);
 - ✓ CPF do tutor (em vaso de não constar em outro documento de identificação);
 - ✓ Documento de identificação com foto (RG/CNH/RNE) do tutor.

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL – CONDIÇÕES ESPECIAIS
IV- COBERTURA ADICIONAL DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

1. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

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

1.2 Riscos Cobertos:

1.2.1 Câncer Primário de Útero, Ovário, Mama e Trompa; e

1.2.2 Câncer Primário de Próstata e Testículo;

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

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

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

3. CAPITAIS SEGURADOS

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

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

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

4. CARÊNCIA

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

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

5. FRANQUIA

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

6. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

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

6.1.1 Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura Diagnóstico de Câncer, de acordo com o sexo biológico:

Idade	Variação % Feminino
Até 18 anos	não se aplica
19 anos	não se aplica
20 anos	não se aplica
21 anos	não se aplica
22 anos	não se aplica
23 anos	não se aplica
24 anos	não se aplica
25 anos	não se aplica
26 anos	30,02385759
27 anos	23,09103740
28 anos	18,75931659
29 anos	15,78642464

Idade	Variação % Feminino
47 anos	- 2,98983759
48 anos	- 3,08198390
49 anos	- 3,17999071
50 anos	- 3,28234877
51 anos	- 3,39590076
52 anos	- 3,51527604
53 anos	- 3,64334984
54 anos	- 3,77870664
55 anos	- 3,92959680
56 anos	1,46305969
57 anos	1,44196291
58 anos	1,42399071

Idade	Variação % Feminino
30 anos	13,64242829
31 anos	12,00469621
32 anos	10,71802935
33 anos	9,68047337
34 anos	8,82606819
35 anos	8,10529447
36 anos	14,86678589
37 anos	12,93864027
38 anos	11,45634500
39 anos	10,27877327
40 anos	9,32071782
41 anos	8,52603057
42 anos	7,85620788
43 anos	7,28396449
44 anos	6,78942517
45 anos	6,35973086
46 anos	- 2,90304137

Idade	Variação % Feminino
59 anos	1,40150855
60 anos	1,38213777
61 anos	1,36571664
62 anos	1,34492726
63 anos	1,32707901
64 anos	1,30969828
65 anos	1,29506315
66 anos	- 1,97442989
67 anos	- 2,01419883
68 anos	- 2,05560276
69 anos	- 2,09874461
70 anos	- 2,14373616
71 anos	- 2,18818381
72 anos	- 2,23970789
73 anos	- 2,29102004
74 anos	- 2,34473847
75 anos	- 2,40103650

Idade	Variação % Masculino
Até 18 anos	não se aplica
19 anos	não se aplica
20 anos	não se aplica
21 anos	não se aplica
22 anos	não se aplica
23 anos	não se aplica
24 anos	não se aplica
25 anos	não se aplica
26 anos	30,02385759
27 anos	23,09103740
28 anos	18,75931659
29 anos	15,78642464
30 anos	13,64242829
31 anos	12,00469621
32 anos	10,71802935
33 anos	9,68047337
34 anos	8,82606819
35 anos	8,10529447
36 anos	14,86678589
37 anos	12,93864027
38 anos	11,45634500

Idade	Variação % Masculino
47 anos	- 2,98983759
48 anos	- 3,08198390
49 anos	- 3,17999071
50 anos	- 3,28234877
51 anos	- 3,39590076
52 anos	- 3,51527604
53 anos	- 3,64334984
54 anos	- 3,77870664
55 anos	- 3,92959680
56 anos	1,46305969
57 anos	1,44196291
58 anos	1,42399071
59 anos	1,40150855
60 anos	1,38213777
61 anos	1,36571664
62 anos	1,34492726
63 anos	1,32707901
64 anos	1,30969828
65 anos	1,29506315
66 anos	- 1,97442989
67 anos	- 2,01419883

Idade	Variação % Masculino
39 anos	10,27877327
40 anos	9,32071782
41 anos	8,52603057
42 anos	7,85620788
43 anos	7,28396449
44 anos	6,78942517
45 anos	6,35973086
46 anos	- 2,90304137

Idade	Variação % Masculino
68 anos	- 2,05560276
69 anos	- 2,09874461
70 anos	- 2,14373616
71 anos	- 2,18818381
72 anos	- 2,23970789
73 anos	- 2,29102004
74 anos	- 2,34473847
75 anos	- 2,40103650

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15 e 16 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo, por meio de imagem digitalizada do documento original ou de sua versão autenticada:

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

I. Do segurado:

- a) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- b) CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado.

II. Do evento/ocorrência:

- a) Diagnóstico de Câncer;
- b) Exames de imagem iniciais: tomografia, ressonância magnética, ultrassonografia, radiografias;
- c) Exames laboratoriais de sangue, urina;
- d) Exames complementares comprovando os diagnósticos e prontuário médico em caso de internações hospitalares;
- e) Biópsia e Anatomopatológicos;
- f) Exames Histoquímicos/Histopatológico;
- g) Relatório médico informando histórico com data dos sintomas iniciais da doença, as condições clínicas atuais do segurado, tratamentos propostos e realizados, e esclarecendo se houve recidiva e/ou metástase ou intercorrências da doença como retirada do membro e/ou órgão, e/ou indicações cirúrgicas de qualquer natureza;
- h) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

III. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado, quando este for o beneficiário (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado).

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL – CONDIÇÕES ESPECIAIS
V- COBERTURA ADICIONAL DOENÇAS GRAVES – COMBO 1

1. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

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

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

1.3.1 DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

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

1.3.1.2 Riscos Cobertos:

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

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

1.3.1.2.3 Outros Linfomas, Sarcomas, Leucemias e demais neoplasias malignas, desde que necessitem de tratamento cirúrgico ou de quimioterapia ou de radioterapia ou de iodoterapia.

1.3.1.3 Riscos Excluídos:

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

- g) Carcinoma microinvasivo do útero e do colo uterino;
- h) Câncer de Pele (exceto o Melanoma).

1.3.2 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

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

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

1.3.2.3 Riscos Excluídos:

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

1.3.3 INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

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

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

1.3.4 TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

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

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

1.3.4.3 Riscos Excluídos:

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

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

1.5 A cobertura de Doenças Graves cessará quando o segurado completar 71 (setenta e um) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o

segurado com os direitos preservados relativos às demais coberturas, até o final de vigência da apólice.

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

2. CAPITAIS SEGURADOS

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

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

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

3. CARÊNCIA

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

4. FRANQUIA

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

5. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

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

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

Idade	Variação % Masculino
Até 18 anos	não se aplica
19 anos	não se aplica
20 anos	não se aplica
21 anos	não se aplica
22 anos	não se aplica
23 anos	não se aplica
24 anos	não se aplica
25 anos	não se aplica

Idade	Variação % Masculino
47 anos	15,07220852
48 anos	13,09804402
49 anos	11,58114106
50 anos	10,37912048
51 anos	9,40315563
52 anos	8,59495832
53 anos	7,91469370
54 anos	7,33421319

Idade	Variação % Masculino
26 anos	4,09320865
27 anos	3,93225331
28 anos	3,78347740
29 anos	3,64554888
30 anos	3,51732315
31 anos	3,41053703
32 anos	3,28574945
33 anos	3,18122245
34 anos	3,08314088
35 anos	2,99092640
36 anos	16,22797477
37 anos	13,95283549
38 anos	12,25260738
39 anos	10,91520960
40 anos	9,83444364
41 anos	8,95988470
42 anos	8,22310406
43 anos	7,59319617
44 anos	7,06205330
45 anos	6,59622441
46 anos	17,74708639

Idade	Variação % Masculino
55 anos	6,83306186
56 anos	12,01476809
57 anos	10,72605719
58 anos	9,68581655
59 anos	8,83160832
60 anos	8,11492953
61 anos	7,50490242
62 anos	6,98185482
63 anos	6,52620469
64 anos	6,12562213
65 anos	5,77276645
66 anos	3,26593245
67 anos	3,16264268
68 anos	3,06504863
69 anos	2,97451564
70 anos	2,88859396
71 anos	2,80749678
72 anos	2,73082884
73 anos	2,65823694
74 anos	2,58940444
75 anos	2,52352191

Idade	Variação % Feminino
Até 18 anos	não se aplica
19 anos	não se aplica
20 anos	não se aplica
21 anos	não se aplica
22 anos	não se aplica
23 anos	não se aplica
24 anos	não se aplica
25 anos	não se aplica
26 anos	18,81979695
27 anos	15,82826017
28 anos	13,66528354
29 anos	12,02238988
30 anos	10,73213122
31 anos	9,69197567
32 anos	8,83562869
33 anos	8,11832375
34 anos	7,50873993
35 anos	6,98430652

Idade	Variação % Feminino
47 anos	1,62268220
48 anos	1,59503227
49 anos	1,57170251
50 anos	1,54738226
51 anos	1,52214328
52 anos	1,50095649
53 anos	1,47876093
54 anos	1,45562487
55 anos	1,43630504
56 anos	5,88906713
57 anos	5,56154406
58 anos	5,26853232
59 anos	5,00616103
60 anos	4,76624430
61 anos	4,54940839
62 anos	4,35144345
63 anos	4,16998875
64 anos	4,00306154

Idade	Variação % Feminino
36 anos	14,51918418
37 anos	12,67453937
38 anos	11,24880514
39 anos	10,11446282
40 anos	9,18262130
41 anos	8,41288478
42 anos	7,75768706
43 anos	7,20138085
44 anos	6,71558137
45 anos	6,29488159
46 anos	1,64762110

Idade	Variação % Feminino
65 anos	3,84999244
66 anos	1,82402392
67 anos	1,79039593
68 anos	1,75984116
69 anos	1,72940635
70 anos	1,70000633
71 anos	1,67158921
72 anos	1,64410650
73 anos	1,61751287
74 anos	1,59176585
75 anos	1,56682566

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15 e 16 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo, por meio de imagem digitalizada do documento original ou de sua versão autenticada:

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

I. Do segurado:

- a) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- b) CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado.

II. Do evento/ocorrência:

➤ Diagnóstico de Câncer

- a) Exames de imagem iniciais: tomografia, ressonância magnética, ultrassonografia, radiografias;
- b) Exames laboratoriais de sangue, urina;
- c) Biópsia e Anatomopatológicos;
- d) Exames Histoquímicos/Histopatológico;
- e) Relatório médico informando histórico com data dos sintomas iniciais da doença, as condições clínicas atuais do segurado, tratamentos propostos e realizados, e esclarecendo se houve recidiva e/ou metástase ou intercorrências da doença como retirada do membro e/ou órgão, e/ou indicações cirúrgicas de qualquer natureza;
- f) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Acidente Vascular Cerebral (AVC)**

- a) Exames de imagens como tomografia computadorizada, ressonância magnética, Doppler transcraniano, que evidenciem a extensão dos danos cerebrais e função neurológica do início do quadro e após 180 dias da ocorrência;
- b) Laudo médico esclarecendo as sequelas neurológicas e motoras do segurado após 180 dias da data da ocorrência e informando se o segurado mantém sua capacidade cognitiva e tem condições de gerir seus bens e atos da vida civil;
- c) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Infarto agudo do Miocárdio**

- a) Exames de diagnóstico (Eletrocardiograma, Ecocardiograma com Doppler, entre outros);
- b) Exames laboratoriais que detectaram alterações nas enzimas cardíacas;
- c) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Transplantes de órgãos**

- a) Exames de diagnóstico da doença que compromete o órgão (como insuficiência cardíaca grave, cirrose hepática terminal, insuficiência renal crônica, etc.);
- b) Histórico clínico detalhado do paciente (tratamentos realizados até o momento, prognóstico da doença, e evolução);
- c) Relatório médico com recomendação explícita para o transplante: o médico deve justificar claramente por que o transplante é necessário, com base nos critérios médicos (por exemplo, falência do órgão, não resposta a outros tratamentos, etc.);
- d) Exames laboratoriais e de imagem: Como exames de tomografia, ecocardiograma, ressonância magnética, biópsias (caso seja de medula óssea, fígado, etc.), função pulmonar, entre outros. Esses exames devem comprovar que o órgão está comprometido de forma irreversível;
- e) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

III. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado, quando este for o beneficiário (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado).

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL – CONDIÇÕES ESPECIAIS
VI- COBERTURA ADICIONAL DOENÇAS GRAVES – COMBO 2

1. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

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

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

1.3.1 DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

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

1.3.1.2 Riscos Cobertos:

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

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

1.3.1.2.3 Outros Linfomas, Sarcomas, Leucemias e demais neoplasias malignas, desde que necessitem de tratamento cirúrgico ou de quimioterapia ou de radioterapia ou de iodoterapia.

1.3.1.3 Riscos Excluídos:

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

- g) Carcinoma microinvasivo do útero e do colo uterino;
- h) Câncer de Pele (exceto o Melanoma).

1.3.2 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

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

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

1.3.2.3 Riscos Excluídos:

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

1.3.3 INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

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

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

1.3.4 TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

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

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

1.3.4.3 Riscos Excluídos:

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

1.3.5 ALZHEIMER

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

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

1.3.6 INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

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

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

1.3.6.3 Riscos Excluídos:

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

1.3.7 DIAGNÓSTICO DE SURDEZ TOTAL

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

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

1.3.7.3 Riscos Excluídos:

Surdez pré-existente à contratação do seguro.

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

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

1.3.8.2 Riscos Cobertos: As cirurgias tratadas com toracotomia.

1.3.8.3 Riscos Excluídos:

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

1.3.9 DIAGNÓSTICO DE CEGUEIRA LEGAL

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

1.3.9.2 Risco Coberto: Diagnóstico de Cegueira devidamente comprovado com exames específicos e laudos médicos complementares.

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

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

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

2. CAPITAIS SEGURADOS

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

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

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

3. CARÊNCIA

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

4. FRANQUIA

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

5. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

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

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

Idade	Variação % Masculino
Até 18 anos	não se aplica
19 anos	não se aplica
20 anos	não se aplica
21 anos	não se aplica
22 anos	não se aplica
23 anos	não se aplica
24 anos	não se aplica
25 anos	não se aplica
26 anos	4,48969870
27 anos	4,30818327
28 anos	4,11931818
29 anos	3,95634379
30 anos	3,80577428
31 anos	3,66624526
32 anos	3,53658537
33 anos	3,42484371
34 anos	3,30267192
35 anos	3,19708277
36 anos	15,52305037
37 anos	13,43718879
38 anos	11,83921741
39 anos	10,59153350
40 anos	9,57716488
41 anos	8,74011012
42 anos	8,03761382
43 anos	7,43570557
44 anos	6,92474064
45 anos	6,47627537
46 anos	16,79814535

Idade	Variação % Masculino
47 anos	14,38495892
48 anos	12,57350815
49 anos	11,16915370
50 anos	10,04891577
51 anos	9,12956741
52 anos	8,36740912
53 anos	7,71985380
54 anos	7,16660256
55 anos	6,68862882
56 anos	11,14248297
57 anos	10,02540403
58 anos	9,11288183
59 anos	8,35089236
60 anos	7,70726680
61 anos	7,15652536
62 anos	6,67785162
63 anos	6,26050449
64 anos	5,89102181
65 anos	5,56328734
66 anos	3,45903372
67 anos	3,34338491
68 anos	3,23521908
69 anos	3,13434757
70 anos	3,03859267
71 anos	2,94898503
72 anos	2,86451103
73 anos	2,78474179
74 anos	2,70929493
75 anos	2,63782837

Idade	Variação % Feminino
Até 18 anos	não se aplica
19 anos	não se aplica
20 anos	não se aplica
21 anos	não se aplica
22 anos	não se aplica
23 anos	não se aplica
24 anos	não se aplica
25 anos	não se aplica
26 anos	17,03795380

Idade	Variação % Feminino
47 anos	1,76048583
48 anos	1,73002891
49 anos	1,70060790
50 anos	1,67217083
51 anos	1,64319939
52 anos	1,61808086
53 anos	1,59231590
54 anos	1,56735860
55 anos	1,54317157

Idade	Variação % Feminino
27 anos	14,55763130
28 anos	12,70769231
29 anos	11,27491128
30 anos	10,13248283
31 anos	9,20026732
32 anos	8,42513260
33 anos	7,77046096
34 anos	7,21019553
35 anos	6,72528904
36 anos	13,81980470
37 anos	12,14182781
38 anos	10,82720698
39 anos	9,76675206
40 anos	8,90018916
41 anos	8,17279495
42 anos	7,55322920
43 anos	7,02472128
44 anos	6,56364361
45 anos	6,15936485
46 anos	1,79040420

Idade	Variação % Feminino
56 anos	6,17258801
57 anos	5,81500953
58 anos	5,49423981
59 anos	5,20924050
60 anos	4,95022546
61 anos	4,71777416
62 anos	4,50423666
63 anos	4,31104789
64 anos	4,13196844
65 anos	3,96888450
66 anos	1,95235416
67 anos	1,91496722
68 anos	1,87979343
69 anos	1,84431594
70 anos	1,81091691
71 anos	1,77947106
72 anos	1,74760784
73 anos	1,71759109
74 anos	1,68931432
75 anos	1,66053637

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15 e 16 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo, por meio de imagem digitalizada do documento original ou de sua versão autenticada:

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

I. Do segurado:

- Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado.

II. Do evento/ocorrência:

➤ Diagnóstico de Câncer

- Exames de imagem iniciais: tomografia, ressonância magnética, ultrassonografia, radiografias;
- Exames laboratoriais de sangue, urina;
- Biópsia e Anatomopatológicos;
- Exames Histoquímicos/Histopatológico;
- Relatório médico informando histórico com data dos sintomas iniciais da doença, as condições clínicas

atuais do segurado, tratamentos propostos e realizados, e esclarecendo se houve recidiva e/ou metástase ou intercorrências da doença como retirada do membro e/ou órgão, e/ou indicações cirúrgicas de qualquer natureza;

- f) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Acidente Vascular Cerebral (AVC)**

- a) Exames de imagens como tomografia computadorizada, ressonância magnética, Doppler transcraniano, que evidenciem a extensão dos danos cerebrais e função neurológica do início do quadro e após 180 dias da ocorrência;
- b) Laudo médico esclarecendo as sequelas neurológicas e motoras do segurado após 180 dias da data da ocorrência e informando se o segurado mantém sua capacidade cognitiva e tem condições de gerir seus bens e atos da vida civil;
- c) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Infarto agudo do Miocárdio**

- a) Exames de diagnóstico (Eletrocardiograma, Ecocardiograma com Doppler, entre outros);
- b) Exames laboratoriais que detectaram alterações nas enzimas cardíacas;
- c) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Transplantes de órgãos**

- a) Exames de diagnóstico da doença que compromete o órgão (como insuficiência cardíaca grave, cirrose hepática terminal, insuficiência renal crônica, etc.);
- b) Histórico clínico detalhado do paciente (tratamentos realizados até o momento, prognóstico da doença, e evolução);
- c) Relatório médico com recomendação explícita para o transplante: o médico deve justificar claramente por que o transplante é necessário, com base nos critérios médicos (por exemplo, falência do órgão, não resposta a outros tratamentos, etc.);
- d) Exames laboratoriais e de imagem: Como exames de tomografia, ecocardiograma, ressonância magnética, biópsias (caso seja de medula óssea, fígado, etc.), função pulmonar, entre outros. Esses exames devem comprovar que o órgão está comprometido de forma irreversível;
- e) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Alzheimer**

- a) Exames de avaliação cognitiva e neuropsicológica;
- b) Exames de imagem do cérebro (Ressonância magnética, Tomografia (TC / PET / SPECT);
- c) Laudo médico esclarecendo as condições clínicas atuais do segurado e informando se ele mantém sua capacidade cognitiva e tem condições de gerir seus bens e atos da vida civil e se necessita de terceiros para realização das atividades diárias;
- d) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Insuficiência Renal Crônica**

- a) Relatório do médico especialista (Nefrologista) contendo o histórico clínico detalhado, diagnóstico clínico, estágio da doença e tratamentos propostos e realizados e se há indicação de hemodiálise e transplante renal;
- b) Exames de imagem realizados (Tomografia, Ressonância magnética);
- c) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Diagnóstico de Surdez**

- a) Exames de Audiometria e/ou Audiometria de impedância;
- b) Exames de imagem Ressonância magnética e Tomografia computadorizada;
- c) Laudo médico esclarecendo as condições clínicas atuais e informando o grau de perda auditiva e a localização da perda (se é no ouvido externo, médio ou interno) e a gravidade da perda auditiva (leve, moderada, severa ou profunda);
- d) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Cirurgia de revascularização miocárdica com implante de ponte(s) vascular(es) nas artérias coronarianas (BYPASS)**

- a) Relatório médico com indicação da revascularização através de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, com informações detalhadas de quantas artérias coronárias estão estenosadas e/ou ocluídas e a necessidade do implante de ponte(s) By-pass arterial ou venosa;
- b) Exames realizados Eletrocardiograma, Ecocardiograma torácico, teste ergométrico, angiografia coronária;
- c) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Diagnóstico de Cegueira Legal**

- a) Exame de acuidade visual;
- b) Perimetria computadorizada ou manual (para avaliar o campo visual);
- c) Oftalmoscopia/Fundo de olho;
- d) Exames de imagem Tomografia de coerência óptica (OTC) e Ultrassonografia ocular;
- e) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

III. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado, quando este for o beneficiário (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado).

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL – CONDIÇÕES ESPECIAIS
VII- COBERTURA ADICIONAL DOENÇAS GRAVES – COMBO 3

1. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

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

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

1.3.1 DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

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

1.3.1.2 Riscos Cobertos:

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

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

1.3.1.2.3 Outros Linfomas, Sarcomas, Leucemias e demais neoplasias malignas, desde que necessitem de tratamento cirúrgico ou de quimioterapia ou de radioterapia ou de iodoterapia.

1.3.1.3 Riscos Excluídos:

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

h) Câncer de Pele (exceto o Melanoma).

1.3.2 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

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

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

1.3.2.3 Riscos Excluídos:

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

1.3.3 INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

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

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

1.3.4 TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

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

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

1.3.4.3 Riscos Excluídos:

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

1.3.5 ALZHEIMER

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

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

1.3.6 INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

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

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

1.3.6.3 Riscos Excluídos:

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

1.3.7 DIAGNÓSTICO DE SURDEZ TOTAL

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

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

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

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

1.3.8.2 Riscos Cobertos: As cirurgias tratadas com toracotomia.

1.3.8.3 Riscos Excluídos:

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

1.3.9 DIAGNÓSTICO DE CEGUEIRA LEGAL

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

1.3.9.2 Risco Coberto: Diagnóstico de Cegueira devidamente comprovado com exames específicos e laudos médicos complementares.

1.3.10 EMBOLIA PULMONAR OU TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)

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

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

1.3.10.3 Riscos Excluídos:

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

1.3.11 ESCLEROSE MÚLTIPLA

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

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

1.3.11.3 Riscos Excluídos:

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

1.3.12 PARALISIA DE MEMBROS

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

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

1.3.12.3 Riscos Excluídos:

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

1.3.13 DOENÇA DE PARKINSON

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

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

1.3.13.3 Riscos Excluídos:

Fase inicial da Doença de Parkinson.

1.4 O Capital Segurado da cobertura de doenças graves somente será devido se o Segurado se encontrar em vida após 30 (trinta) dias contados a partir da data do diagnóstico da doença ou da data em que o Segurado for submetido à cirurgia coberta, e desde que a doença de origem da

cobertura tenha ocorrido e sido diagnosticada no período de vigência da apólice, após cumprido o período de Carência do seguro.

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

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

2. CAPITAIS SEGURADOS

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

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

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

3. CARÊNCIA

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

4. FRANQUIA

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

5. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

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

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

Idade	Variação % Masculino
Até 18 anos	não se aplica
19 anos	não se aplica
20 anos	não se aplica
21 anos	não se aplica
22 anos	não se aplica

Idade	Variação % Masculino
47 anos	14,16614024
48 anos	12,40637907
49 anos	11,03883546
50 anos	9,93983534
51 anos	9,04259915

Idade	Variação % Masculino
23 anos	não se aplica
24 anos	não se aplica
25 anos	não se aplica
26 anos	5,16836335
27 anos	4,91437081
28 anos	4,68417317
29 anos	4,48305085
30 anos	4,28258577
31 anos	4,10671230
32 anos	3,94471423
33 anos	3,80219938
34 anos	3,65600332
35 anos	3,52705411
36 anos	14,55026455
37 anos	12,70207852
38 anos	11,26549380
39 anos	10,12936843
40 anos	9,19769956
41 anos	8,42297923
42 anos	7,76518414
43 anos	7,20884882
44 anos	6,72411737
45 anos	6,30046660
46 anos	16,50107764

Idade	Variação % Masculino
52 anos	8,29140087
53 anos	7,65778401
54 anos	7,11194689
55 anos	6,64079025
56 anos	11,17315111
57 anos	10,05022436
58 anos	9,13239788
59 anos	8,36818219
60 anos	7,72199184
61 anos	7,16844510
62 anos	6,68895130
63 anos	6,26958201
64 anos	5,89969575
65 anos	5,57102238
66 anos	3,53457523
67 anos	3,41390808
68 anos	3,30077040
69 anos	3,19572435
70 anos	3,09676043
71 anos	3,00374174
72 anos	2,91614818
73 anos	2,83314308
74 anos	2,75545266
75 anos	2,68156345

Idade	Variação % Feminino
Até 18 anos	não se aplica
19 anos	não se aplica
20 anos	não se aplica
21 anos	não se aplica
22 anos	não se aplica
23 anos	não se aplica
24 anos	não se aplica
25 anos	não se aplica
26 anos	17,12773224
27 anos	14,61583321
28 anos	12,75837944
29 anos	11,30915449
30 anos	10,16519712
31 anos	9,22263110
32 anos	8,44809434

Idade	Variação % Feminino
47 anos	1,72878195
48 anos	1,70067594
49 anos	1,67223662
50 anos	1,64350171
51 anos	1,61813866
52 anos	1,59117998
53 anos	1,56743122
54 anos	1,54324196
55 anos	1,51865039
56 anos	6,39721208
57 anos	6,01152173
58 anos	5,67063055
59 anos	5,36726616
60 anos	5,09297263
61 anos	4,84700808

Idade	Variação % Feminino
33 anos	7,78610539
34 anos	7,22726618
35 anos	6,73677844
36 anos	13,88862656
37 anos	12,19491971
38 anos	10,86940455
39 anos	9,80379086
40 anos	8,92846302
41 anos	8,19662994
42 anos	7,57396247
43 anos	7,04229848
44 anos	6,57898661
45 anos	6,17287405
46 anos	1,76053554

Idade	Variação % Feminino
62 anos	4,62212433
63 anos	4,41869645
64 anos	4,23096879
65 anos	4,05922428
66 anos	1,92857045
67 anos	1,89208035
68 anos	1,85628743
69 anos	1,82310341
70 anos	1,79046145
71 anos	1,75834450
72 anos	1,72857353
73 anos	1,69920158
74 anos	1,67021907
75 anos	1,64336336

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15 e 16 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo, por meio de imagem digitalizada do documento original ou de sua versão autenticada:

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

I. Do segurado:

- Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado.

III. Do evento/ocorrência:

➤ **Diagnóstico de Câncer**

- Exames de imagem iniciais: tomografia, ressonância magnética, ultrassonografia, radiografias;
- Exames laboratoriais de sangue, urina;
- Biópsia e Anatomopatológicos;
- Exames Histoquímicos/Histopatológico;
- Relatório médico informando histórico com data dos sintomas iniciais da doença, as condições clínicas atuais do segurado, tratamentos propostos e realizados, e esclarecendo se houve recidiva e/ou metástase ou intercorrências da doença como retirada do membro e/ou órgão, e/ou indicações cirúrgicas de qualquer natureza;
- Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Acidente Vascular Cerebral (AVC)**

- a) Exames de imagens como tomografia computadorizada, ressonância magnética, Doppler transcraniano, que evidenciem a extensão dos danos cerebrais e função neurológica do início do quadro e após 180 dias da ocorrência;
- b) Laudo médico esclarecendo as sequelas neurológicas e motoras do segurado após 180 dias da data da ocorrência e informando se o segurado mantém sua capacidade cognitiva e tem condições de gerir seus bens e atos da vida civil;
- c) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Infarto agudo do Miocárdio**

- a) Exames de diagnóstico (Eletrocardiograma, Ecocardiograma com Doppler, entre outros);
- b) Exames laboratoriais que detectaram alterações nas enzimas cardíacas;
- c) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Transplantes de órgãos**

- a) Exames de diagnóstico da doença que compromete o órgão (como insuficiência cardíaca grave, cirrose hepática terminal, insuficiência renal crônica, etc.);
- b) Histórico clínico detalhado do paciente (tratamentos realizados até o momento, prognóstico da doença, e evolução);
- c) Relatório médico com recomendação explícita para o transplante: o médico deve justificar claramente por que o transplante é necessário, com base nos critérios médicos (por exemplo, falência do órgão, não resposta a outros tratamentos, etc.);
- d) Exames laboratoriais e de imagem: Como exames de tomografia, ecocardiograma, ressonância magnética, biópsias (caso seja de medula óssea, fígado, etc.), função pulmonar, entre outros. Esses exames devem comprovar que o órgão está comprometido de forma irreversível;
- e) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Alzheimer**

- a) Exames de avaliação cognitiva e neuropsicológica;
- b) Exames de imagem do cérebro (Ressonância magnética, Tomografia (TC / PET / SPECT));
- c) Laudo médico esclarecendo as condições clínicas atuais do segurado e informando se ele mantém sua capacidade cognitiva e tem condições de gerir seus bens e atos da vida civil e se necessita de terceiros para realização das atividades diárias;
- d) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Insuficiência Renal Crônica**

- a) Relatório do médico especialista (Nefrologista) contendo o histórico clínico detalhado, diagnóstico clínico, estágio da doença e tratamentos propostos e realizados e se há indicação de hemodiálise e transplante renal;
- b) Exames de imagem realizados (Tomografia, Ressonância magnética);
- c) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Diagnóstico de Surdez**

- a) Exames de Audiometria e/ou Audiometria de impedância;
- b) Exames de imagem Ressonância magnética e Tomografia computadorizada;
- c) Laudo médico esclarecendo as condições clínicas atuais e informando o grau de perda auditiva e a localização da perda (se é no ouvido externo, médio ou interno) e a gravidade da perda auditiva (leve, moderada, severa ou profunda);
- d) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Cirurgia de revascularização miocárdica com implante de ponte(s) vascular(es) nas artérias coronarianas (BYPASS)**

- a) Relatório médico com indicação da revascularização através de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, com informações detalhadas de quantas artérias coronárias estão estenosadas e/ou ocluídas e a necessidade do implante de ponte(s) By-pass arterial ou venosa;
- b) Exames realizados Eletrocardiograma, Ecocardiograma torácico, teste ergométrico, angiografia coronária;
- c) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Diagnóstico de Cegueira Legal**

- a) Exame de acuidade visual;
- b) Perimetria computadorizada ou manual (para avaliar o campo visual);
- c) Oftalmoscopia/Fundo de olho;
- d) Exames de imagem Tomografia de coerência óptica (OTC) e Ultrassonografia ocular;
- e) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Embolia pulmonar ou Tromboembolismo (TEP)**

- a) Exames de Tomografia Computadorizada de Tórax com Angiografia (TCAP), Cintilografia pulmonar, Ultrassonografia Doppler de membros, Radiografia de tórax, Eletrocardiograma e Ecocardiograma;
- b) Exames laboratoriais D-dímero, Gasometria arterial;
- c) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Esclerose múltipla**

- a) Exames de Ressonância magnética do cérebro e medula espinhal, Potenciais evocados, Análise de líquido cefalorraquiano (LCR), Teste de acuidade visual e fundo de olho;
- b) Laudo médico esclarecendo as condições clínicas atuais do segurado e informando se ele mantém sua capacidade cognitiva e tem condições de gerir seus bens e atos da vida civil e se necessita de terceiros para realização das atividades diárias;
- c) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Paralisia de membros**

- a) Laudo médico esclarecendo as condições clínicas atuais do segurado e informando a extensão da paralisia (hemiplegia, paraplegia, triplegia ou tetraplegia) e quais membros afetados se ele mantém sua capacidade cognitiva e tem condições de gerir seus bens e atos da vida civil e se necessita de terceiros para realização das atividades diárias;

- b) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Doença de Parkinson**

- a) Laudo médico esclarecendo as condições clínicas atuais do segurado e informando se ele mantém sua capacidade cognitiva e tem condições de gerir seus bens e atos da vida civil e se necessita de terceiros para realização das atividades diárias;
- b) Exames complementares de Ressonância magnética, Tomografia computadorizada, Ultrassonografia Transcraniana e eletroencefalograma;
- c) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

II. Para indenização:

Dados bancários do segurado, quando este for o beneficiário (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado).

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL – CONDIÇÕES ESPECIAIS
VIII- COBERTURA ADICIONAL DOENÇAS GRAVES – COMBO 4

1. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

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

1.3.1 DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

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

1.3.1.2 Riscos Cobertos:

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

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

1.3.1.2.3 Outros Linfomas, Sarcomas, Leucemias e demais neoplasias malignas, desde que necessitem de tratamento cirúrgico ou de quimioterapia ou de radioterapia ou de iodoterapia.

1.3.1.3 Riscos Excluídos:

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

h) Câncer de Pele (exceto o Melanoma).

1.3.2 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

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

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

1.3.2.3 Riscos Excluídos:

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

1.3.3 INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

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

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

1.3.4 TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

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

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

1.3.4.3 Riscos Excluídos:

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

1.3.5 ALZHEIMER

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

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

1.3.6 INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

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

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

1.3.6.3 Riscos Excluídos:

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

1.3.7 DIAGNÓSTICO DE SURDEZ TOTAL

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

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

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

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

1.3.8.2 Riscos Cobertos: As cirurgias tratadas com toracotomia.

1.3.8.3 Riscos Excluídos:

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

1.3.9 DIAGNÓSTICO DE CEGUEIRA LEGAL

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

1.3.9.2 Risco Coberto: Diagnóstico de Cegueira devidamente comprovado com exames específicos e laudos médicos complementares.

1.3.10 EMBOLIA PULMONAR OU TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)

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

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

1.3.10.3 Riscos Excluídos:

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

1.3.11 ESCLEROSE MÚLTIPLA

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

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

1.3.11.3 Riscos Excluídos:

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

1.3.12 PARALISIA DE MEMBROS

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

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

1.3.12.3 Riscos Excluídos:

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

1.3.13 DOENÇA DE PARKINSON

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

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

1.3.13.3 Riscos Excluídos:

Fase inicial da Doença de Parkinson.

1.3.14 ANEMIA APLÁSTICA

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

1.3.14.2 Risco Coberto: Doença diagnosticada e tratada com pelo menos um dos itens abaixo, **além da necessidade do tratamento com transfusão de sangue**:

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

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

1.3.15 DISTROFIA MUSCULAR

1.3.15.1 Conceito: grupo de doenças genéticas, que se caracterizam por uma degeneração progressiva do tecido muscular levando à perda dos movimentos. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista. O Segurado deve apresentar anomalias neurológicas por um período contínuo de, pelo menos, 6 (seis) meses.

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

1.3.15.3 Riscos Excluídos: doença não confirmada por exame histológico.

1.3.16 ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA)

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

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

1.3.16.3 Riscos Excluídos: Não se aplica.

1.3.17 HANSENÍASE MULTIBACILAR / WIRCHOWIANA

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

1.3.17.2 Risco Coberto: Doença comprovada por exames laboratoriais com a presença do bacilo de Hansen.

1.3.17.3 Riscos Excluídos: Não se aplica.

1.3.18 IMPLANTE DE MARCA PASSO DEFINITIVO

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

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

1.3.18.3 Riscos Excluídos:

- a) Marcáspasso cardíaco transitório;
- b) Procedimentos de Implante de marcáspasso cardíaco anteriores a contratação do seguro;
- c) Cardioversor-desfibrilador implantável.

1.3.19 PANCREATITE CRÔNICA

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

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

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

1.3.19.3 Riscos Excluídos:

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

1.3.20 QUEIMADURAS GRAVES

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

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

1.3.20.3 Riscos Excluídos: Queimaduras decorrente de autoagressão.

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

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

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

2 CAPITAIS SEGURADOS

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

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

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

3. CARÊNCIA

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

4. FRANQUIA

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

5. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

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

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

Idade	Variação % Masculino
Até 18 anos	não se aplica
19 anos	não se aplica
20 anos	não se aplica
21 anos	não se aplica
22 anos	não se aplica
23 anos	não se aplica
24 anos	não se aplica
25 anos	não se aplica
26 anos	6,10077519
27 anos	3,03207423
28 anos	4,16962133
29 anos	3,94145677
30 anos	3,73960312
31 anos	3,54797980
32 anos	3,37763687
33 anos	3,20240623
34 anos	3,06874679
35 anos	2,92193391
36 anos	13,50536012
37 anos	12,17845278
38 anos	10,57708580
39 anos	9,46587083
40 anos	8,55994408
41 anos	7,80450111
42 anos	7,16781650
43 anos	6,61873310
44 anos	6,13989231
45 anos	5,72315118
46 anos	16,61736274

Idade	Variação % Masculino
47 anos	14,64496155
48 anos	12,49891109
49 anos	11,05140078
50 anos	9,90000976
51 anos	8,95617085
52 anos	8,17804901
53 anos	7,51458777
54 anos	6,95331745
55 anos	6,46475049
56 anos	10,90973047
57 anos	10,18228527
58 anos	9,06068522
59 anos	8,29341357
60 anos	7,64548540
61 anos	7,08944875
62 anos	6,60849067
63 anos	6,18892508
64 anos	5,81701544
65 anos	5,48753315
66 anos	3,58502246
67 anos	2,48819902
68 anos	3,19962492
69 anos	3,10080479
70 anos	3,00680605
71 anos	2,91939577
72 anos	2,83658464
73 anos	2,75834194
74 anos	2,68429977
75 anos	2,61412872

Idade	Variação % Feminino
Até 18 anos	não se aplica
19 anos	não se aplica
20 anos	não se aplica
21 anos	não se aplica
22 anos	não se aplica
23 anos	não se aplica
24 anos	não se aplica
25 anos	não se aplica
26 anos	18,17144596
27 anos	14,64340886

Idade	Variação % Feminino
47 anos	1,89564175
48 anos	1,76198500
49 anos	1,72369722
50 anos	1,69339684
51 anos	1,66090114
52 anos	1,62848206
53 anos	1,59926796
54 anos	1,56692970
55 anos	1,54174812
56 anos	5,73694030

Idade	Variação % Feminino
28 anos	13,00881478
29 anos	11,47158188
30 anos	10,24646789
31 anos	9,25776197
32 anos	8,44002072
33 anos	7,75241410
34 anos	7,16298806
35 anos	6,65760468
36 anos	13,91366986
37 anos	12,13882673
38 anos	10,78794977
39 anos	9,69636460
40 anos	8,80001428
41 anos	8,05216108
42 anos	7,42022649
43 anos	6,87798536
44 anos	6,40495048
45 anos	5,99331453
46 anos	1,73747890

Idade	Variação % Feminino
57 anos	5,57865395
58 anos	5,20387935
59 anos	4,94309108
60 anos	4,70542767
61 anos	4,49012235
62 anos	4,29423020
63 anos	4,11318491
64 anos	3,94729708
65 anos	3,79414219
66 anos	2,12642992
67 anos	4,49400881
68 anos	3,67557894
69 anos	3,54526976
70 anos	3,42498053
71 anos	3,31262062
72 anos	3,20640460
73 anos	3,10828013
74 anos	3,01554309
75 anos	2,92727000

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

6.1 Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15 e 16 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo, por meio de imagem digitalizada do documento original ou de sua versão autenticada:

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

I. Do segurado:

- Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado.

II. Do evento/ocorrência:

➤ Diagnóstico de Câncer

- Exames de imagem iniciais: tomografia, ressonância magnética, ultrassonografia, radiografias;
- Exames laboratoriais de sangue, urina;
- Biópsia e Anatomopatológicos;
- Exames Histoquímicos/Histopatológico;
- Relatório médico informando histórico com data dos sintomas iniciais da doença, as condições clínicas atuais do segurado, tratamentos propostos e realizados, e esclarecendo se houve recidiva e/ou

- metástase ou intercorrências da doença como retirada do membro e/ou órgão, e/ou indicações cirúrgicas de qualquer natureza;
- f) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Acidente Vascular Cerebral (AVC)**

- a) Exames de imagens como tomografia computadorizada, ressonância magnética, Doppler transcraniano, que evidenciem a extensão dos danos cerebrais e função neurológica do início do quadro e após 180 dias da ocorrência;
- b) Laudo médico esclarecendo as sequelas neurológicas e motoras do segurado após 180 dias da data da ocorrência e informando se o segurado mantém sua capacidade cognitiva e tem condições de gerir seus bens e atos da vida civil;
- c) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Infarto agudo do Miocárdio**

- a) Exames de diagnóstico (Eletrocardiograma, Ecocardiograma com Doppler, entre outros);
- b) Exames laboratoriais que detectaram alterações nas enzimas cardíacas;
- c) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Transplantes de órgãos**

- a) Exames de diagnóstico da doença que compromete o órgão (como insuficiência cardíaca grave, cirrose hepática terminal, insuficiência renal crônica, etc.);
- b) Histórico clínico detalhado do paciente (tratamentos realizados até o momento, prognóstico da doença, e evolução);
- c) Relatório médico com recomendação explícita para o transplante: o médico deve justificar claramente por que o transplante é necessário, com base nos critérios médicos (por exemplo, falência do órgão, não resposta a outros tratamentos, etc.);
- d) Exames laboratoriais e de imagem: Como exames de tomografia, ecocardiograma, ressonância magnética, biópsias (caso seja de medula óssea, fígado, etc.), função pulmonar, entre outros. Esses exames devem comprovar que o órgão está comprometido de forma irreversível;
- e) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Alzheimer**

- a) Exames de avaliação cognitiva e neuropsicológica;
- b) Exames de imagem do cérebro (Ressonância magnética, Tomografia (TC / PET / SPECT));
- c) Laudo médico esclarecendo as condições clínicas atuais do segurado e informando se ele mantém sua capacidade cognitiva e tem condições de gerir seus bens e atos da vida civil e se necessita de terceiros para realização das atividades diárias;
- d) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Insuficiência Renal Crônica**

- a) Relatório do médico especialista (Nefrologista) contendo o histórico clínico detalhado, diagnóstico clínico, estágio da doença e tratamentos propostos e realizados e se há indicação de hemodiálise e transplante renal;
- b) Exames de imagem realizados (Tomografia, Ressonância magnética);
- c) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Diagnóstico de Surdez**

- a) Exames de Audiometria e/ou Audiometria de impedância;
- b) Exames de imagem Ressonância magnética e Tomografia computadorizada;
- c) Laudo médico esclarecendo as condições clínicas atuais e informando o grau de perda auditiva e a localização da perda (se é no ouvido externo, médio ou interno) e a gravidade da perda auditiva (leve, moderada, severa ou profunda);
- d) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Cirurgia de revascularização miocárdica com implante de ponte(s) vascular(es) nas artérias coronarianas (BYPASS)**

- a) Relatório médico com indicação da revascularização através de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, com informações detalhadas de quantas artérias coronárias estão estenosadas e/ou ocluídas e a necessidade do implante de ponte(s) By-pass arterial ou venosa;
- b) Exames realizados Eletrocardiograma, Ecocardiograma torácico, teste ergométrico, angiografia coronária;
- c) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Diagnóstico de Cegueira Legal**

- a) Exame de acuidade visual;
- b) Perimetria computadorizada ou manual (para avaliar o campo visual);
- c) Oftalmoscopia/Fundo de olho;
- d) Exames de imagem Tomografia de coerência óptica (OTC) e Ultrassonografia ocular;
- e) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Embolia pulmonar ou Tromboembolismo (TEP)**

- a) Exames de Tomografia Computadorizada de Tórax com Angiografia (TCAP), Cintilografia pulmonar, Ultrassonografia Doppler de membros, Radiografia de tórax, Eletrocardiograma e Ecocardiograma;
- b) Exames laboratoriais D-dímero, Gasometria arterial;
- c) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Esclerose múltipla**

- a) Exames de Ressonância magnética do cérebro e medula espinhal, Potenciais evocados, Análise de líquido cefalorraquiano (LCR), Teste de acuidade visual e fundo de olho;
- b) Laudo médico esclarecendo as condições clínicas atuais do segurado e informando se ele mantém sua capacidade cognitiva e tem condições de gerir seus bens e atos da vida civil e se necessita de terceiros para realização das atividades diárias;

- c) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Paralisia de membros**

- a) Laudo médico esclarecendo as condições clínicas atuais do segurado e informando a extensão da paralisia (hemiplegia, paraplegia, triplegia ou tetraplegia) e quais membros afetados se ele mantém sua capacidade cognitiva e tem condições de gerir seus bens e atos da vida civil e se necessita de terceiros para realização das atividades diárias;
- b) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Doença de Parkinson**

- a) Laudo médico esclarecendo as condições clínicas atuais do segurado e informando se ele mantém sua capacidade cognitiva e tem condições de gerir seus bens e atos da vida civil e se necessita de terceiros para realização das atividades diárias;
- b) Exames complementares de Ressonância magnética, Tomografia computadorizada, Ultrassonografia Transcraniana e eletroencefalograma;
- c) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Anemia aplástica**

- a) Laudo médico esclarecendo as sequelas clínicas atuais do segurado e informando as comorbidades e intercorrência da anemia aplástica, com data de diagnóstico, evolução da doença e tratamento realizados e se há indicação de transplante;
- b) Exames laboratoriais de sangue;
- c) Aspiração e Biópsia de medula óssea;
- d) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Distrofia Muscular**

- a) Laudo médico esclarecendo o histórico da doença, tratamentos e condição atual do segurado, bem como informar as distrofias e degeneração musculares;
- b) Exames laboratoriais de Creatina quinase (CK);
- c) Exames complementares de Eletromiografia, Biópsia muscular, Imunohistoquímica, Espirometria, Eletrocardiograma e Ecocardiograma;
- d) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Esclerose lateral amiotrófica (ELA)**

- a) Laudo médico esclarecendo o histórico da doença, tratamentos e condição atual do segurado, bem como informar comprometimento físico e neurológico e se o segurado mantém sua condição cognitiva e se tem condições de gerir seus bens e atos da vida civil e se necessita de terceiros para atividades diárias;
- b) Exames laboratoriais e exames complementares de Eletromiografia, Ressonância magnética;
- c) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Hanseníase multibacilar / Wirchowiana**

- a) Laudo médico esclarecendo histórico e características da doença e se há lesões e perda de sensibilidade, informando data do diagnóstico e tratamentos;
- b) Exame de PCR e Biópsia cutânea ou de nervo;
- c) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Implante de marca passo definitivo**

- a) Relatório médico da doença cardiológica, esclarecendo o comprometimento cardíaco e necessidade do implante de marca passo definitivo como única opção;
- b) Relatório cirúrgico da implantação do marca passo definitivo;
- c) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Pancreatite crônica**

- a) Relatório médico com informação detalhada dos sintomas e histórico clínico, comorbidades e intercorrências;
- b) Exames laboratoriais de Amilase e Lipase, Função hepática, Teste de função pancreática, Glicose e HbA1c;
- c) Exames de imagem de Ultrassonografia abdominal, Tomografia computadorizada e Ressonância magnética;
- d) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Queimaduras graves**

- a) Laudo médico esclarecendo a classificação das queimaduras (em grau) e a extensão das queimaduras e quais membros afetados;
- b) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

III. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado, quando este for o beneficiário (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado).

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL – CONDIÇÕES ESPECIAIS
IX- COBERTURA ADICIONAL DOENÇAS GRAVES – COMBO 5

1. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

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

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

1.3.1 DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

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

1.3.1.2 Riscos Cobertos:

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

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

1.3.1.2.3 Outros Linfomas, Sarcomas, Leucemias e demais neoplasias malignas, desde que necessitem de tratamento cirúrgico ou de quimioterapia ou de radioterapia ou de iodoterapia.

1.3.1.3 Riscos Excluídos:

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

1.3.2 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

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

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

1.3.2.3 Riscos Excluídos:

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

1.3.3 INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

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

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

1.3.4 TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

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

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

1.3.4.3 Riscos Excluídos:

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

1.3.5 ALZHEIMER

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

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

1.3.6 INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

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

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

1.3.6.3 Riscos Excluídos:

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

1.3.7 DIAGNÓSTICO DE SURDEZ TOTAL

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

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

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

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

1.3.8.2 Riscos Cobertos: As cirurgias tratadas com toracotomia.

1.3.8.3 Riscos Excluídos:

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

1.3.9 DIAGNÓSTICO DE CEGUEIRA LEGAL

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

1.3.9.2 Risco Coberto: Diagnóstico de Cegueira devidamente comprovado com exames específicos e laudos médicos complementares.

1.3.10 EMBOLIA PULMONAR OU TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)

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

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

1.3.10.3 Riscos Excluídos:

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

1.3.11 ESCLEROSE MÚLTIPLA

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

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

1.3.11.3 Riscos Excluídos:

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

1.3.12 PARALISIA DE MEMBROS

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

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

1.3.12.3 Riscos Excluídos:

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

1.3.13 DOENÇA DE PARKINSON

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

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

1.3.13.3 Riscos Excluídos:

Fase inicial da Doença de Parkinson.

1.3.14 ANEMIA APLÁSTICA

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

1.3.14.2 Risco Coberto: Doença diagnosticada e tratada com pelo menos um dos itens abaixo, **além da necessidade do tratamento com transfusão de sangue**:

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

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

1.3.15 DISTROFIA MUSCULAR

1.3.15.1 Conceito: grupo de doenças genéticas, que se caracterizam por uma degeneração progressiva do tecido muscular levando à perda dos movimentos. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista. O Segurado deve apresentar anomalias neurológicas por um período contínuo de, pelo menos, 6 (seis) meses.

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

1.3.15.3 Riscos Excluídos: doença não confirmada por exame histológico.

1.3.16 ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA)

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

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

1.3.16.3 Riscos Excluídos: Não se aplica.

1.3.17 HANSENÍASE MULTIBACILAR / WIRCHOWIANA

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

1.3.17.2 Risco Coberto: Doença comprovada por exames laboratoriais com a presença do bacilo de Hansen.

1.3.17.3 Riscos Excluídos: Não se aplica.

1.3.18 IMPLANTE DE MARCA PASSO DEFINITIVO

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

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

1.3.18.3 Riscos Excluídos:

- a) Marcáspasso cardíaco transitório;
- b) Procedimentos de Implante de marcáspasso cardíaco anteriores a contratação do seguro;
- c) Cardioversor-desfibrilador implantável.

1.3.19 PANCREATITE CRÔNICA

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

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

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

1.3.19.3 Riscos Excluídos:

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

1.3.20 QUEIMADURAS GRAVES

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

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

1.3.20.3 Riscos Excluídos: Queimaduras decorrente de autoagressão.

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

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

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

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

1.3.22 CIRURGIA DE VALVA CARDÍACA

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

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

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

13.3.23 DOENÇAS HEPÁTICAS GRAVES

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

1.3.23.2 Risco Coberto: Doença hepática devidamente comprovada no conceito da cobertura.

1.3.23.3 Riscos Excluídos: Não se aplica.

1.3.24 LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

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

1.3.24.2 Risco Coberto: O diagnóstico do Lúpus Eritematoso Sistêmico.

1.3.24.3 Riscos Excluídos:

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

1.3.25 SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

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

1.3.25.2 Risco Coberto: Diagnóstico de Guillain-Barré comprovado com exames específicos e laudo emitido por médico especialista.

1.3.25.3 Riscos Excluídos: Não se aplica.

1.3.26 CIRURGIA DA AORTA

1.3.26.1 Conceito: Cirurgia através do tórax ou abdômen abertos para correção de uma doença da artéria aorta que requeira o implante de material sintético para substituição do segmento afetado.

1.3.26.2 Risco Coberto: Cirurgia realizada por médico cirurgião vascular na vigência do seguro, observado o período de carência da cobertura, em conformidade com o protocolo adotado pelas sociedades médicas científicas especializadas, e respaldada por exames de imagem.

1.3.26.3 Riscos Excluídos:

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

1.3.27 DOENÇA DE CROHN

1.3.27.1 Conceito: É uma doença inflamatória crônica que atinge diferentes trechos do intestino (em especial o íleo, que representa a parte final do intestino delgado, e o cólon, que corresponde à parte central do intestino grosso). Na maioria dos casos, a progressão da inflamação atinge todas as camadas do tecido intestinal.

1.3.27.2 Risco Coberto: Diagnóstico ocorrido na vigência do seguro, observado o período de carência da cobertura, e mediante comprovação através de colonoscopia e biopsia.

1.3.27.3 Riscos Excluídos: Doença diagnosticada antes do início de vigência da apólice.

1.3.28 DOENÇA DO NEURÔNIO MOTOR

1.3.28.1 Conceito: Trata-se de um grupo de enfermidades neurobiológicas que afetam seletivamente os neurônios motores, as células que controlam a atividade muscular voluntária, incluindo a fala, o caminhar, a respiração, a deglutição e o movimento geral do corpo, envolvendo cinco distúrbios neurológicos: esclerose lateral amiotrófica, esclerose lateral primária, atrofia muscular progressiva, paralisia bulbar progressiva e paralisia pseudobulbar.

1.3.28.2 Risco Coberto: Diagnóstico confirmado da doença do neurônio motor ocorrido dentro da vigência do seguro, observado o período de carência da cobertura, realizado por médico especialista com apresentação de laudo médico e exames comprobatórios.

1.3.28.3 Riscos Excluídos: Doença diagnosticada antes do período de vigência da apólice.

1.3.29 PERDA DA FALA

1.3.29.1 Conceito: É o diagnóstico definitivo de perda total da fala, comprovado após seis meses da data do evento, sem possibilidade de recuperação.

1.3.29.2 Risco Coberto: Diagnóstico definitivo de perda da fala ocorrido dentro da vigência do seguro, observado o período de carência da cobertura, realizado por médico especialista com apresentação de laudo médico e exames comprobatórios.

1.3.29.3 Riscos Excluídos:

- Doença e/ou sequelas diagnosticadas antes do período de vigência da apólice;
- Perda parcial da fala (afasia).

1.3.30 DOENÇA DE HODGKIN

1.3.30.1 Conceito: O linfoma de Hodgkin é caracterizado por uma forma de câncer que se origina nos linfonodos (gânglios) do sistema linfático, comprometendo o conjunto composto por órgãos e tecidos que produzem células responsáveis pela imunidade e vasos que conduzem estas células através do corpo.

1.3.30.2 Risco Coberto: Diagnóstico do linfoma de Hodgkin ocorrido dentro da vigência do seguro, observado o período de carência da cobertura, realizado por médico especialista com apresentação de laudo médico e exames comprobatórios.

1.3.30.3 Risco Excluído: Doença diagnosticada antes do período de vigência da apólice.

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

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

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

2. CAPITAIS SEGURADOS

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

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

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

3. CARÊNCIA

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

4. FRANQUIA

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

5. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

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

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

Idade	Variação % Masculino
Até 18 anos	não se aplica
19 anos	não se aplica
20 anos	não se aplica
21 anos	não se aplica
22 anos	não se aplica
23 anos	não se aplica

Idade	Variação % Masculino
47 anos	14,70701754
48 anos	12,88408302
49 anos	11,43116507
50 anos	10,27308983
51 anos	9,32596783
52 anos	8,54252605

Idade	Variação % Masculino
24 anos	não se aplica
25 anos	não se aplica
26 anos	6,20282490
27 anos	3,37766519
28 anos	4,39725002
29 anos	4,16639499
30 anos	3,96845268
31 anos	3,76279350
32 anos	3,60313316
33 anos	3,42741935
34 anos	3,28676630
35 anos	3,14023591
36 anos	13,74911050
37 anos	13,45010948
38 anos	11,30804679
39 anos	10,19108280
40 anos	9,27745665
41 anos	8,50744953
42 anos	7,85938685
43 anos	7,30427359
44 anos	6,82110682
45 anos	6,39649507
46 anos	17,35639284

Idade	Variação % Masculino
53 anos	7,87764470
54 anos	7,31186315
55 anos	6,82088163
56 anos	11,27842147
57 anos	9,98001296
58 anos	9,14130995
59 anos	8,37453942
60 anos	7,72429043
61 anos	7,16946221
62 anos	6,68713918
63 anos	6,26714710
64 anos	5,89516014
65 anos	5,56547987
66 anos	3,66110642
67 anos	2,16904744
68 anos	3,07663965
69 anos	2,97700869
70 anos	2,88431802
71 anos	2,79609602
72 anos	2,71317829
73 anos	2,63511845
74 anos	2,56066979
75 anos	2,49038921

Idade	Variação % Feminino
Até 18 anos	Não se aplica
19 anos	Não se aplica
20 anos	Não se aplica
21 anos	Não se aplica
22 anos	Não se aplica
23 anos	Não se aplica
24 anos	Não se aplica
25 anos	Não se aplica
26 anos	18,12250053
27 anos	14,19577097
28 anos	12,76396546
29 anos	11,23616236
30 anos	10,00995190

Idade	Variação % Feminino
47 anos	2,55283123
48 anos	2,08922051
49 anos	2,05268560
50 anos	2,02054064
51 anos	1,98450631
52 anos	1,95370090
53 anos	1,92200877
54 anos	1,88952259
55 anos	1,86185909
56 anos	6,07012557
57 anos	5,86357584
58 anos	5,51058581
59 anos	5,24723196

Idade	Variação % Feminino
31 anos	9,01997738
32 anos	8,20454310
33 anos	7,51853272
34 anos	6,93036940
35 anos	6,42561352
36 anos	13,66568302
37 anos	12,39948537
38 anos	10,79451383
39 anos	9,70408088
40 anos	8,80869097
41 anos	8,05848351
42 anos	7,42748441
43 anos	6,88466096
44 anos	6,41380169
45 anos	5,99913378
46 anos	1,74371093

Idade	Variação % Feminino
60 anos	5,00885752
61 anos	4,79067999
62 anos	4,59475865
63 anos	4,41120811
64 anos	4,24477861
65 anos	4,08990014
66 anos	2,41698403
67 anos	4,67476691
68 anos	3,91079442
69 anos	3,78060118
70 anos	3,65973473
71 anos	3,54585875
72 anos	3,43968879
73 anos	3,34005682
74 anos	3,24637438
75 anos	3,15812155

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

6.1 Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15 e 16 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo, por meio de imagem digitalizada do documento original ou de sua versão autenticada:

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

I. Do segurado:

- Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado.

II. Do evento/ocorrência:

➤ Diagnóstico de Câncer

- Exames de imagem iniciais: tomografia, ressonância magnética, ultrassonografia, radiografias;
- Exames laboratoriais de sangue, urina;
- Biópsia e Anatomopatológicos;
- Exames Histoquímicos/Histopatológico;
- Relatório médico informando histórico com data dos sintomas iniciais da doença, as condições clínicas atuais do segurado, tratamentos propostos e realizados, e esclarecendo se houve recidiva e/ou metástase ou intercorrências da doença como retirada do membro e/ou órgão, e/ou indicações cirúrgicas de qualquer natureza;

- f) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Acidente Vascular Cerebral (AVC)**

- a) Exames de imagens como tomografia computadorizada, ressonância magnética, Doppler transcraniano, que evidenciem a extensão dos danos cerebrais e função neurológica do início do quadro e após 180 dias da ocorrência;
- b) Laudo médico esclarecendo as sequelas neurológicas e motoras do segurado após 180 dias da data da ocorrência e informando se o segurado mantém sua capacidade cognitiva e tem condições de gerir seus bens e atos da vida civil;
- c) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Infarto agudo do Miocárdio**

- a) Exames de diagnóstico (Eletrocardiograma, Ecocardiograma com Doppler, entre outros);
- b) Exames laboratoriais que detectaram alterações nas enzimas cardíacas;
- c) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Transplantes de órgãos**

- a) Exames de diagnóstico da doença que compromete o órgão (como insuficiência cardíaca grave, cirrose hepática terminal, insuficiência renal crônica, etc.);
- b) Histórico clínico detalhado do paciente (tratamentos realizados até o momento, prognóstico da doença, e evolução);
- c) Relatório médico com recomendação explícita para o transplante: o médico deve justificar claramente por que o transplante é necessário, com base nos critérios médicos (por exemplo, falência do órgão, não responde a outros tratamentos, etc.);
- d) Exames laboratoriais e de imagem: Como exames de tomografia, ecocardiograma, ressonância magnética, biópsias (caso seja de medula óssea, fígado, etc.), função pulmonar, entre outros. Esses exames devem comprovar que o órgão está comprometido de forma irreversível;
- e) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Alzheimer**

- a) Exames de avaliação cognitiva e neuropsicológica;
- b) Exames de imagem do cérebro (Ressonância magnética, Tomografia (TC / PET / SPECT));
- c) Laudo médico esclarecendo as condições clínicas atuais do segurado e informando se ele mantém sua capacidade cognitiva e tem condições de gerir seus bens e atos da vida civil e se necessita de terceiros para realização das atividades diárias;
- d) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Insuficiência Renal Crônica**

- a) Relatório do médico especialista (Nefrologista) contendo o histórico clínico detalhado, diagnóstico clínico, estágio da doença e tratamentos propostos e realizados e se há indicação de hemodiálise e transplante renal;
- b) Exames de imagem realizados (Tomografia, Ressonância magnética);
- c) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Diagnóstico de Surdez**

- a) Exames de Audiometria e/ou Audiometria de impedância;
- b) Exames de imagem Ressonância magnética e Tomografia computadorizada;
- c) Laudo médico esclarecendo as condições clínicas atuais e informando o grau de perda auditiva e a localização da perda (se é no ouvido externo, médio ou interno) e a gravidade da perda auditiva (leve, moderada, severa ou profunda);
- d) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Cirurgia de revascularização miocárdica com implante de ponte(s) vascular(es) nas artérias coronarianas (BYPASS)**

- a) Relatório médico com indicação da revascularização através de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, com informações detalhadas de quantas artérias coronárias estão estenosadas e/ou ocluídas e a necessidade do implante de ponte(s) By-pass arterial ou venosa;
- b) Exames realizados Eletrocardiograma, Ecocardiograma torácico, teste ergométrico, angiografia coronária;
- c) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Diagnóstico de Cegueira Legal**

- a) Exame de acuidade visual;
- b) Perimetria computadorizada ou manual (para avaliar o campo visual);
- c) Oftalmoscopia/Fundo de olho;
- d) Exames de imagem Tomografia de coerência óptica (OTC) e Ultrassonografia ocular;
- e) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Embolia pulmonar ou Tromboembolismo (TEP)**

- a) Exames de Tomografia Computadorizada de Tórax com Angiografia (TCAP), Cintilografia pulmonar, Ultrassonografia Doppler de membros, Radiografia de tórax, Eletrocardiograma e Ecocardiograma;
- b) Exames laboratoriais D-dímero, Gasometria arterial;
- c) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Esclerose múltipla**

- a) Exames de Ressonância magnética do cérebro e medula espinhal, Potenciais evocados, Análise de líquido cefalorraquiano (LCR), Teste de acuidade visual e fundo de olho;
- b) Laudo médico esclarecendo as condições clínicas atuais do segurado e informando se ele mantém sua capacidade cognitiva e tem condições de gerir seus bens e atos da vida civil e se necessita de terceiros para realização das atividades diárias;
- c) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Paralisia de membros**

- a) Laudo médico esclarecendo as condições clínicas atuais do segurado e informando a extensão da paralisia (hemiplegia, paraplegia, triplegia ou tetraplegia) e quais membros afetados se ele mantém sua capacidade cognitiva e tem condições de gerir seus bens e atos da vida civil e se necessita de terceiros para realização das atividades diárias;

- b) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Doença de Parkinson**

- a) Laudo médico esclarecendo as condições clínicas atuais do segurado e informando se ele mantém sua capacidade cognitiva e tem condições de gerir seus bens e atos da vida civil e se necessita de terceiros para realização das atividades diárias;
- b) Exames complementares de Ressonância magnética, Tomografia computadorizada, Ultrassonografia Transcraniana e eletroencefalograma;
- c) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Anemia aplástica**

- a) Laudo médico esclarecendo as sequelas clínicas atuais do segurado e informando as comorbidades e intercorrência da anemia aplástica, com data de diagnóstico, evolução da doença e tratamento realizados e se há indicação de transplante;
- b) Exames laboratoriais de sangue;
- c) Aspiração e Biópsia de medula óssea;
- d) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Distrofia Muscular**

- a) Laudo médico esclarecendo o histórico da doença, tratamentos e condição atual do segurado, bem como informar as distrofias e degeneração musculares;
- b) Exames laboratoriais de Creatina quinase (CK);
- c) Exames complementares de Eletromiografia, Biópsia muscular, Imunohistoquímica, Espirometria, Eletrocardiograma e Ecocardiograma;
- d) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Esclerose lateral amiotrófica (ELA)**

- a) Laudo médico esclarecendo o histórico da doença, tratamentos e condição atual do segurado, bem como informar comprometimento físico e neurológico e se o segurado mantém sua condição cognitiva e se tem condições de gerir seus bens e atos da vida civil e se necessita de terceiros para atividades diárias;
- b) Exames laboratoriais e exames complementares de Eletromiografia, Ressonância magnética;
- c) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Hanseníase multibacilar / Wirchowiana**

- a) Laudo médico esclarecendo histórico e características da doença e se há lesões e perda de sensibilidade, informando data do diagnóstico e tratamentos;
- b) Exame de PCR e Biópsia cutânea ou de nervo;
- c) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Implante de marco passo definitivo**

- a) Relatório médico da doença cardiológica, esclarecendo o comprometimento cardíaco e necessidade do implante de marca passo definitivo como única opção;
- b) Relatório cirúrgico da implantação do marca passo definitivo;
- c) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Pancreatite crônica**

- a) Relatório médico com informação detalhada dos sintomas e histórico clínico, comorbidades e intercorrências;
- b) Exames laboratoriais de Amilase e Lipase, Função hepática, Teste de função pancreática, Glicose e HbA1c;
- c) Exames de imagem de Ultrassonografia abdominal, Tomografia computadorizada e Ressonância magnética;
- d) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Queimaduras graves**

- a) Laudo médico esclarecendo a classificação das queimaduras (em grau) e a extensão das queimaduras e quais membros afetados;
- b) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)**

- a) Laudo do Pneumologista informando histórico clínico da doença, suas intercorrências e comorbidades;
- b) Exames de Espirometria, radiografia, tomografia de tórax, gasometria arterial, testes de função pulmonar;
- c) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Cirurgia de Valva cardíaca**

- a) Relatório médico da doença cardiológica, esclarecendo o comprometimento cardíaco e necessidade da cirurgia de valva cardíaca, suas intercorrências e comorbidades;
- b) Relatório cirúrgico da cirurgia de valva cardíaca;
- c) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Doença hepática grave**

- a) Relatório médico esclarecendo as condições clínicas atuais do segurado, evolução da doença, tratamentos propostos e realizados, suas intercorrências e comorbidades;
- b) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Lúpus eritematoso sistêmico**

- a) Relatório médico esclarecendo as condições clínicas atuais do segurado, evolução da doença, tratamentos propostos e realizados, suas intercorrências e comorbidades;
- b) Exames laboratoriais realizados que diagnosticaram a doença;
- c) Exames complementares de imagem radiografia do tórax, ecocardiograma para avaliação de

- comprometimento da função pulmonar e cardíaca;
- d) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Síndrome de Guillain-Barré**

- a) Relatório médico esclarecendo as condições clínicas atuais do segurado, evolução da doença, tratamentos propostos e realizados, suas intercorrências e comorbidades;
- b) Exames laboratoriais e de Líquor (LCR- Análise do líquido cefalorraquiano);
- c) Exames complementares de eletromiografia, estudo de condução nervosa, ressonância magnética;
- d) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Cirurgia da Aorta**

- a) Relatório médico da doença cardiológica, esclarecendo o comprometimento cardíaco e necessidade da cirurgia de aorta, suas intercorrências e comorbidades;
- b) Relatório cirúrgico de valva cardíaca;
- c) Exames complementares de imagem, Ultrassonografia abdominal ou torácica (para aneurismas), Tomografia computadorizada com contraste, Angiotomografia, Ressonância magnética, Ecocardiograma (para aorta torácica);
- d) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Doença de Crohn**

- a) Relatório médico da doença, esclarecendo o histórico da doença, tratamentos propostos e realizados, suas intercorrências e comorbidades;
- b) Exames laboratoriais realizados para diagnóstico da doença;
- c) Exames de imagem complementares: Endoscopia, endoscopia digestiva alta, Tomografia computadorizada com contraste, ressonância magnética, enteroscopia, enterografia;
- d) Colonoscopia com biópsia;
- e) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Doença de neurônio motor**

- a) Laudo médico esclarecendo o histórico da doença, tratamentos e condição atual do segurado, bem como informar comprometimento físico e neurológico e se o segurado mantém sua condição cognitiva e se tem condições de gerir seus bens e atos da vida civil e se necessita de terceiros para atividades diárias;
- b) Exames laboratoriais e exames complementares de Eletromiografia, Ressonância magnética, estudo de condução nervosa, exame de líquido cefalorraquiano (LCR);
- c) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Perda da fala**

- a) Laudo médico fonoaudiólogo, esclarecendo o histórico da doença, início e progressão dos sintomas, tratamentos e condição atual do segurado, tratamentos propostos e realizados, bem como intercorrências e comorbidades;
- b) Exames complementares de Ressonância magnética, tomografia computadorizada, eletroneuromiografia;
- c) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por

médico representante da seguradora.

➤ **Doença de Hodgkin**

- a) Exames laboratoriais realizados e de imagem, tomografia computadorizada, ressonância magnética;
- b) Biópsia de gânglio linfático;
- c) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

III. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado, quando este for o beneficiário (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado).

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL – CONDIÇÕES ESPECIAIS

X- COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

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

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

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

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

3. CAPITAIS SEGURADOS

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

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

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

4. CARÊNCIA

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

4.2 Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

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

5. FRANQUIA

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

6. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

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

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

Idade	Variação %
Até 18 anos	não se aplica
19 anos	não se aplica
20 anos	não se aplica
21 anos	não se aplica
22 anos	não se aplica
23 anos	não se aplica
24 anos	não se aplica
25 anos	não se aplica
26 anos	não se aplica
27 anos	não se aplica
28 anos	não se aplica
29 anos	não se aplica
30 anos	não se aplica
31 anos	não se aplica
32 anos	não se aplica
33 anos	não se aplica
34 anos	não se aplica
35 anos	10,44313823
36 anos	9,45561881
37 anos	8,63876968
38 anos	2,11175239
39 anos	2,06803786
40 anos	2,02617755
41 anos	1,98589875
42 anos	1,94726813
43 anos	12,81897801
44 anos	11,36243054
45 anos	10,20310933
46 anos	9,25845867

Idade	Variação %
47 anos	8,47390562
48 anos	0,05737542
49 anos	0,05734252
50 anos	0,05730966
51 anos	0,05730033
52 anos	0,05724404
53 anos	3,63777419
54 anos	3,51008521
55 anos	3,39103437
56 anos	3,27983589
57 anos	3,17567883
58 anos	5,84459910
59 anos	5,52188681
60 anos	5,23291254
61 anos	4,97269573
62 anos	4,73713254
63 anos	3,52979390
64 anos	3,40944743
65 anos	3,29705105
66 anos	9,99999583
67 anos	9,99999621
68 anos	10,00000230
69 anos	10,00000418
70 anos	9,99999620
71 anos	10,00000000
72 anos	9,99999608
73 anos	10,00000285
74 anos	10,00000259
75 anos	9,99999705

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15 e 16 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo, por meio de imagem digitalizada do documento original ou de sua versão autenticada:

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

I. Do segurado:

- a) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante do endereço declarado);
- b) CPF do segurado (em vaso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Documento de identificação com foto (RG/CNH/RNE) do segurado.

II. Do evento/ocorrência:

- a) Prontuário hospitalar completo do período de internação;
- b) Declaração do hospital em papel timbrado, com informações do período de internação (data inicial até a alta médica hospitalar), com informações da causa e procedimentos realizados;
- c) Exames complementares comprovando o diagnóstico;
- d) Relatório do Médico Assistente, relatando os motivos que justificaram a internação do Segurado, constando o aviso de alta médica;
- e) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

Em caso de Acidente:

Além dos documentos relacionados acima, encaminhar também:

- a) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- b) Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;
- c) Laudo do Exame de Corpo Delito (IML).

III. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado (com nome do banco, nº de agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco nacional e de titularidade do segurado).

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL – CONDIÇÕES ESPECIAIS
XI- COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO EM UTI

1. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

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

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

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

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

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

3. CAPITAIS SEGURADOS

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

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

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

4. CARÊNCIA

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

4.2 Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

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

5. FRANQUIA

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

6. REENQUADRAMENTO DO PRÉMIO POR MUDANÇA DE IDADE

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

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

Idade	Variação %
Até 18 anos	não se aplica
19 anos	não se aplica
20 anos	não se aplica
21 anos	não se aplica
22 anos	não se aplica
23 anos	não se aplica
24 anos	não se aplica
25 anos	não se aplica
26 anos	não se aplica
27 anos	não se aplica
28 anos	não se aplica
29 anos	não se aplica
30 anos	não se aplica
31 anos	não se aplica
32 anos	não se aplica
33 anos	não se aplica
34 anos	não se aplica
35 anos	12,29274814
36 anos	10,94679664
37 anos	9,86694042
38 anos	2,43487893
39 anos	2,37700182
40 anos	2,32181230
41 anos	2,26912742
42 anos	2,21897310
43 anos	13,72549389
44 anos	12,06896837
45 anos	10,76938091
46 anos	9,72221110

Idade	Variação %
47 anos	8,86075025
48 anos	0,79414927
49 anos	0,78789223
50 anos	0,78184302
51 anos	0,77566850
52 anos	0,76969820
53 anos	1,53312015
54 anos	1,51007635
55 anos	1,48761227
56 anos	1,46570399
57 anos	1,44463271
58 anos	7,89273224
59 anos	7,31525863
60 anos	6,81669248
61 anos	6,38159270
62 anos	5,99885118
63 anos	1,51704528
64 anos	1,49437494
65 anos	1,47237218
66 anos	9,99998631
67 anos	9,99998755
68 anos	10,00001698
69 anos	10,00001029
70 anos	9,99999532
71 anos	9,99998725
72 anos	10,00000773
73 anos	10,00001757
74 anos	9,99998084
75 anos	10,00000871

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15 e 16 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo, por meio de imagem digitalizada do documento original ou de sua versão autenticada:

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

I. Do segurado:

- a) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante do endereço declarado);
- b) CPF do segurado (em vaso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Documento de identificação com foto (RG/CNH/RNE) do segurado.

II. Do evento/ocorrência:

- a) Prontuário hospitalar completo do período de internação;
- b) Declaração do hospital em papel timbrado, com informações do período de internação (data inicial até a alta médica hospitalar), com informações da causa e procedimentos realizados;
- c) Exames complementares comprovando o diagnóstico;
- d) Relatório do Médico Assistente, relatando os motivos que justificaram a internação do Segurado, constando o aviso de alta médica;
- e) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

Em caso de Acidente:

Além dos documentos relacionados acima, encaminhar também:

- a) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- b) Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;
- c) Laudo do Exame de Corpo Delito (IML).

III. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado (com nome do banco, nº de agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco nacional e de titularidade do segurado).

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL – CONDIÇÕES ESPECIAIS

XII- COBERTURA ADICIONAL DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

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

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

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

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos excluídos definidos no item 2. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas por Acidente as despesas decorrentes de:

- a)** Estados de convalescência (após alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b)** Aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- c)** Sinistro cuja causa e ou enquadramento, em uma ou mais coberturas, não for possível de ser apurado e ou concluído pela Seguradora, durante o prazo do processo de regulação e liquidação de sinistro, seja a que título for.

3. CAPITAIS SEGURADOS

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

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

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

4. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

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

4.1.1 Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente, exclusivamente para a cobertura de Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas por Acidente.

Idade	Variação %
até 18 anos	Não se aplica
19 anos	5,52238806
20 anos	5,23338048
21 anos	4,97311828
22 anos	4,73751601
23 anos	4,52322738
24 anos	4,32748538
25 anos	4,14798206
26 anos	-1,18406889
27 anos	-1,23442266
28 anos	-1,25029228
29 anos	-1,26567575
30 anos	-1,24434389
31 anos	-1,29805269
32 anos	-1,31558791
33 anos	-1,33265595
34 anos	-1,31108462
35 anos	-1,36859903
36 anos	-1,34693658
37 anos	-1,36532666
38 anos	-1,38422587
39 anos	-1,40365563

Idade	Variação %
67 anos	4,23728087
68 anos	4,04201503
69 anos	3,90684468
70 anos	3,75158428
71 anos	3,61592964
72 anos	3,48974299
73 anos	3,37206653
74 anos	3,28410844
75 anos	3,15834400
76 anos	Não se aplica
77 anos	Não se aplica
78 anos	Não se aplica
79 anos	Não se aplica
80 anos	Não se aplica
81 anos	Não se aplica
82 anos	Não se aplica
83 anos	Não se aplica
84 anos	Não se aplica
85 anos	Não se aplica
86 anos	Não se aplica
87 anos	Não se aplica
88 anos	Não se aplica

40 anos	-1,42363861
41 anos	-1,44419878
42 anos	-1,46536152
43 anos	-1,48715370
44 anos	-1,50960383
45 anos	-1,53274216
46 anos	2,59414605
47 anos	2,52855172
48 anos	2,46673088
Idade	Variação %
49 anos	2,45041147
50 anos	2,34976907
51 anos	2,29532171
52 anos	2,28494492
53 anos	2,19369415
54 anos	2,14660422
55 anos	2,10195201
56 anos	5,08966304
57 anos	4,80769231
58 anos	4,58715596
59 anos	4,38596491
60 anos	4,20168067
61 anos	4,03225806
62 anos	3,87596899
63 anos	3,73134328
64 anos	3,59712230
65 anos	3,47222222
66 anos	4,42445936

89 anos	Não se aplica
90 anos	Não se aplica
91 anos	Não se aplica
92 anos	Não se aplica
93 anos	Não se aplica
94 anos	Não se aplica
95 anos	Não se aplica
96 anos	Não se aplica
97 anos	Não se aplica
Idade	Variação %
98 anos	Não se aplica
99 anos	Não se aplica
100 anos	Não se aplica
101 anos	Não se aplica
102 anos	Não se aplica
103 anos	Não se aplica
104 anos	Não se aplica
105 anos	Não se aplica
106 anos	Não se aplica
107 anos	Não se aplica
108 anos	Não se aplica
109 anos	Não se aplica
110 anos	Não se aplica
111 anos	Não se aplica
112 anos	Não se aplica
113 anos	Não se aplica
114 anos	Não se aplica
115 anos	Não se aplica

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15 e 16 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo, por meio de imagem digitalizada do documento original ou de sua versão autenticada:

I. Do segurado:

- Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado.

II. Do evento/ocorrência:

- a) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão do Registro da Ocorrência Policial (B.O.);
- b) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- c) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- d) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- e) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, detalhando a natureza do atendimento, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados;
- f) Formulário da Seguradora para solicitação de reembolso, devidamente preenchido e assinado;
- g) Nota Fiscal discriminando os serviços/valores em que deve constar o nome do Segurado e nome do responsável pelo pagamento das despesas juntamente com os pedidos médicos dos procedimentos realizados. Para reembolso de honorários médicos, deverá constar no recibo ou nota fiscal original o procedimento realizado conforme tabela da A.M.B.;
- h) Prescrição médica com solicitações de exames e/ou procedimentos;
- i) Prescrição médica de medicamentos;
- j) Prontuário hospitalar com histórico de cirurgia;
- k) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

III. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado e/ou tomador constante da Nota Fiscal e/ou Recibo (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado);
- b) Termo de anuência/cessão de direitos quando o pagamento não for para o tomador constante na Nota Fiscal e/ou Recibo;
- c) Dados bancários do segurado (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado);
- d) Comprovante de residência nominal ao tomador constante na Nota Fiscal e/ou Recibo (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- e) CPF do tomador constante na Nota Fiscal e/ou Recibo (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- f) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do tomador constante na Nota Fiscal e/ou Recibo.

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL – CONDIÇÕES ESPECIAIS
XIII- COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA
POR ACIDENTE OU DOENÇA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Essa cobertura tem como objetivo o pagamento ao segurado de diárias, no caso deste ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente, **por período temporário, de exercer sua profissão ou ocupação**, decorrente de doença coberta ou acidente pessoal coberto, durante o período em que se encontrar em tratamento, sob orientação médica, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, respeitados o período de carência e a franquia definidos na apólice, e observado o limite de diárias e as condições contratuais do seguro.

1.2 Essa cobertura tem como objetivo o apoio ao segurado que exerce atividade profissional. Se ficar comprovada má-fé no que se refere às informações para a contratação do seguro, o segurado perderá o direito à indenização da cobertura contratada, com base no artigo 766 do Código Civil Brasileiro.

1.3 O número de diárias a ser indenizado será determinado em função da necessidade comprovada de afastamento temporário do segurado de suas atividades profissionais, acompanhada de relatório do médico assistente do segurado, observados o limite máximo de diárias, o período de carência e a franquia determinadas para o plano.

1.3.1 Será dispensado o cumprimento do período de franquia, caso o segurado voltar a se afastar em decorrência de uma mesma doença ou acidente já indenizado dentro do prazo de sessenta dias, contados a partir da data da alta médica do afastamento anterior e, desde que, o sinistro tenha sido coberto pelo seguro. Caso o sinistro anterior tenha sido negado por falta de cumprimento da franquia, não será adotada a isenção de franquia no sinistro vinculado.

1.4 O limite máximo de diárias indenizáveis será de acordo com a quantidade descrita na apólice para todas as incapacidades decorrentes do mesmo evento, seja acidente ou doença, independentemente de renovação do contrato. **A quantidade de diárias indenizadas decorrente de uma doença ou acidente não pode ser superior ao número de diárias contratadas na apólice, caso haja novo afastamento pela mesma causa já indenizada, ainda que seja em períodos diferentes de vigência (endosso de reenquadramento e/ou renovação da apólice).**

1.4.1 A reintegração do capital segurado somente se dará para incapacidades decorrentes de outros eventos não reclamados, isto é, de diferentes doenças ou diferentes acidentes.

1.5 A indenização a ser paga será calculada tomando-se por base o valor da diária por incapacidade temporária vigente no contrato de seguro na data do afastamento, multiplicando-se pelo número de dias de afastamento, descontando-se o período de franquia.

1.5.1 O valor da diária para cálculo da indenização é aquele constante da apólice na data do evento, desde que cumprido o período de carência, não podendo ser superior a 1/30 (um trinta avos) da renda mensal do segurado, vigente na data do sinistro e devidamente comprovado pelos documentos indicados no item Ocorrência de Sinistro previsto destas Condições Especiais.

1.6 As indenizações de diária por incapacidade temporária não se acumulam em razão de mais de um afastamento ao mesmo tempo. No caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento por incapacidade temporária, o segurado somente terá direito a uma diária de indenização por dia afastado.

1.6.1 O segurado somente terá direito a uma diária de indenização por dia afastado, mesmo que tenha sido contratada a cobertura adicional de DIT – LER, DORT, LTC e Hérnia. Essas coberturas não se acumulam. Na ocorrência de dois eventos que justifiquem afastamento, será mantido o valor de uma única diária, sendo daquela que doença/acidente que causou o primeiro afastamento.

1.7 A Seguradora poderá indicar perícia médica para os casos em que não haja determinação da quantidade de diárias necessárias para retorno às atividades profissionais ou em caso de dúvida e/ou discordância da quantidade apontada pelo médico assistente do segurado, sob pena de perda do direito à indenização, caso o segurado se negue a submeter-se à perícia.

1.8 Caso o segurado venha a falecer, seja por morte accidental, seja por morte natural, ou ainda, ficar inválido permanentemente e/ou aposentado por invalidez, será extinta, imediatamente, a presente cobertura, não sendo devido qualquer pagamento referente às diárias por incapacidade temporária a partir do dia seguinte à caracterização de uma dessas situações.

1.9 O Segurado deverá comunicar à Seguradora, sempre que ocorrer mudança da ocupação que represente mudança do risco. A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do pedido alteração, informará sobre a aceitação, recálculo do valor do seguro por meio de endosso ou exclusão da cobertura, de acordo com a política de aceitação.

1.10 A cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença cessará quando o segurado completar 66 (sessenta e seis) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o segurado com os direitos preservados relativos às demais coberturas, até o final de vigência da apólice.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos excluídos definidos no item 2. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura Diária por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença:

- a) Estados de convalescença (após a alta médica);
- b) Hospitalizações para check-up;
- c) Tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- d) Tratamentos para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
- e) Procedimentos não previstos no Código brasileiro de Ética médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de fiscalização de medicina e farmácia;
- f) Infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS) e/ou Hepatites B e/ou Hepatite C;
- g) Lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes;

- h) Anomalias ou malformações congênitas com manifestação em qualquer época;
- i) Luxações recidivantes de qualquer articulação;
- j) Instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- k) Distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais, estresse, bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive, mas não se limitando, à psicanálise, sonoterapia, psicoterapia em suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;
- l) Quaisquer tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou cosmética, incluindo, mas não se limitando para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescência, emagrecimento estético, geriátricos e suas consequências, cirurgias plásticas redutoras de qualquer espécie e as demais para colocação, retirada ou reposição de qualquer prótese;
- m) Doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos;
- n) Doenças transmitidas por contato com animais, tais como leptospirose, toxoplasmose e outras doenças infecto parasitárias;
- o) Gravidez e suas intercorrências, bem como parto ou aborto e suas consequências;
- p) Ceratotomia radial e demais condutas refrativas;
- q) Tratamento de doenças ou lesões físicas originadas em consequência de calamidade pública, conflitos, tumultos, revoluções, eventos sísmicos, catástrofes ou envenenamentos coletivos;
- r) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, doenças reumatológicas e ósseas, entre outras;
- s) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias, cervicalgias e cervicobraquialgias, sacralgias e outros quadros degenerativos;
- t) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não), incluindo as lesões meniscais e ligamentares de joelho e lesões de ombro de características degenerativa, síndrome do impacto, lesões de supra espinhais, luxações redicivantes de qualquer articulação, exceto após tratamento cirúrgico;
- u) Hospitalizações para diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- v) Afastamentos por período inferior ao de franquia, mesmo que o afastamento seja decorrente de evento coberto;
- w) Doenças ocupacionais, incluindo as profissionais e as doenças do trabalho, abrangendo todas aquelas situações clínicas que tenham histórico médico anterior relacionado a condições onde haja/tenha havido, em qualquer tempo pregresso, nexo causal positivo com a atividade profissional, inclusive quaisquer condições enquadradas sob a sigla LER-DORT-LTC (Lesão por Esforço Repetitivo – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – Lesões por Traumas Cumulativos) tais como tendinites, sinovites, tenossinovites, cervicobraquialgias artrites, bursites, epicondilite, síndrome do túnel do carpo, dedo em gatilho, síndrome do desfiladeiro torácico, síndrome do pronador redondo, mialgias.
- x) Hérnia, todas, exceto após tratamento cirúrgico ou quando decorrente de acidente pessoal coberto;
- y) Sinistro cuja causa e/ou enquadramento, em uma ou mais coberturas, não for possível de ser apurado e/ou concluído pela Seguradora, durante o prazo do processo de regulação e liquidação de sinistro, seja a que título for.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO

3.1 A cobertura por incapacidade temporária é válida somente para diagnóstico em território brasileiro.

4. CAPITAIS SEGURADOS

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

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

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

4.3.1 Caso o segurado volte a se afastar pela mesma doença/acidente e o sinistro seja tratado como vinculado à ocorrência anterior, considera-se para determinação do capital segurado o valor da diária do primeiro afastamento.

5. CARÊNCIA

5.1 A cobertura deste seguro está sujeita ao período de carência 60 dias.

5.1.1 O pagamento antecipado do prêmio não elimina a necessidade do cumprimento de carência.

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

5.3 Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

6. FRANQUIA

6.1 A cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença estará sujeita ao período de franquia de 10 (dez) dias, assim a indenização somente será devida a partir do 11º dia de afastamento.

7. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

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

7.1.1 Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente, exclusivamente para a Diária por Incapacidade Temporária – Acidente ou Doença.

7.2 Variação percentual para cobertura contratada com 180 diárias:

Idade	Variação %
até 18 anos	Não se aplica
19 anos	Não se aplica
20 anos	Não se aplica
21 anos	Não se aplica
22 anos	Não se aplica
23 anos	Não se aplica
24 anos	Não se aplica
25 anos	Não se aplica
26 anos	4,72461739%
27 anos	4,51146780%
28 anos	4,31672035%
29 anos	4,13809055%
30 anos	3,97365703%
31 anos	7,92417296%
32 anos	3,68110783%
33 anos	3,55041329%
34 anos	3,42868094%
35 anos	3,31501950%
36 anos	1,88089970%
37 anos	1,84617500%
38 anos	1,81270921%
39 anos	1,78043510%
40 anos	1,74929013%
41 anos	6,70679794%
42 anos	1,69015857%
43 anos	1,66206700%
44 anos	1,63489397%

Idade	Variação %
45 anos	1,60859515%
46 anos	2,31558628%
47 anos	2,26318039%
48 anos	2,21309408%
49 anos	2,16517668%
50 anos	2,11929030%
51 anos	-0,37589960%
52 anos	2,03311508%
53 anos	1,99260316%
54 anos	1,95367419%
55 anos	1,91623716%
56 anos	3,58835182%
57 anos	3,46404953%
58 anos	3,34807070%
59 anos	3,23960639%
60 anos	3,13794919%
61 anos	0,42793337%
62 anos	2,95264424%
63 anos	2,86796348%
64 anos	2,78800453%
65 anos	2,71238316%
66 anos	1,80271254%
67 anos	1,77079028%
68 anos	1,73997890%
69 anos	1,71022141%
70 anos	1,68146464%

7.3 Variação percentual para cobertura contratada com 365 diárias:

Idade	Variação %
até 18 anos	Não se aplica
19 anos	Não se aplica
20 anos	Não se aplica
21 anos	Não se aplica
22 anos	Não se aplica
23 anos	Não se aplica

Idade	Variação %
45 anos	1,60739188%
46 anos	2,36880629%
47 anos	2,31399230%
48 anos	2,26165771%
49 anos	2,21163803%
50 anos	2,16378298%

Idade	Variação %
24 anos	Não se aplica
25 anos	Não se aplica
26 anos	4,75421523%
27 anos	4,53844766%
28 anos	4,34141482%
29 anos	4,16077818%
30 anos	3,99457286%
31 anos	7,94428108%
32 anos	3,69905034%
33 anos	3,56710146%
34 anos	3,44424186%
35 anos	3,32956364%
36 anos	1,87925478%
37 anos	1,84459023%
38 anos	1,81118136%
39 anos	1,77896114%
40 anos	1,74786726%
41 anos	6,70535618%
42 anos	1,68883024%
43 anos	1,66078245%
44 anos	1,63365106%

Idade	Variação %
51 anos	-0,33427716%
52 anos	2,07402805%
53 anos	2,03188616%
54 anos	1,99142272%
55 anos	1,95253941%
56 anos	3,67263229%
57 anos	3,54252825%
58 anos	3,42132678%
59 anos	3,30814435%
60 anos	3,20221061%
61 anos	0,48677450%
62 anos	3,00947138%
63 anos	2,92154822%
64 anos	2,83861667%
65 anos	2,76026337%
66 anos	1,82918280%
67 anos	1,79632474%
68 anos	1,76462632%
69 anos	1,73402722%
70 anos	1,70447123%

8. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

8.1 Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15 e 16 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo, por meio de imagem digitalizada do documento original ou de sua versão autenticada:

I. Do segurado:

- Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado;
- Declaração de Imposto de Renda;
- Extrato bancário dos últimos 3 a 6 meses;
- Recibos de pagamentos de autônomo (RPA).

II. Do evento/ocorrência:

- a) Atestados emitidos pelo médico assistente informando o período de afastamento;
- b) Carta de Concessão do INSS (afastamento);
- c) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, detalhando a natureza do afastamento, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados, bem informações do período de afastamento;
- d) Exames médicos comprobatórios da lesão / doença;
- e) Declaração de aviso para concessão ou prorrogação do benefício de afastamento – Segurado;
- f) Declaração de aviso para concessão ou prorrogação do benefício – Médico assistente;
- g) Relatório Médico informando diagnóstico, evolução e o tratamento;
- h) Relatório médico, atestando a causa e o período do afastamento;
- i) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

Em caso de Acidente:

Além dos documentos relacionados acima, encaminhar também:

- a) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- b) Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;
- c) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- d) Laudo do Exame de Corpo Delito (IML).

III. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado).

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL – CONDIÇÕES ESPECIAIS

XIV- COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA LER / DORT / LTC E HÉRNIA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1** Essa cobertura tem como objetivo o pagamento ao segurado de diárias, no caso deste ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente, **por período temporário, de exercer sua profissão ou ocupação**, decorrente de doença coberta, durante o período em que se encontrar em tratamento, sob orientação médica, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, respeitados o período de carência e a franquia definidas na apólice, e observado o limite de diárias e as condições contratuais do seguro.
- 1.1.2** A cobertura se restringe aos afastamentos decorrentes de LER (lesões por esforços repetitivos), DORT (distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho), LTC (lesões por traumas cumulativos) e Hérnia, observados os períodos de carência, franquia e o limite máximo de diárias definido na apólice para essa cobertura.
- 1.1.3** A cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por LER, DORT, LTC e Hérnia não se acumula com a cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença. Confirmada a Incapacidade em razão de LER, DORT, LTC ou Hérnia, a indenização ocorrerá de acordo com os critérios e condições específicas dessa cobertura.
- 1.2** Essa cobertura tem como objetivo o apoio ao segurado que exerce atividade profissional. Se ficar comprovada má-fé no que se refere às informações para a contratação do seguro, o segurado perderá o direito à indenização da cobertura contratada, com base no artigo 766 do Código Civil Brasileiro.
- 1.3** O número de diárias a ser indenizado será determinado em função da necessidade comprovada de afastamento temporário do segurado de suas atividades profissionais, acompanhada de relatório do médico assistente do segurado, observados o limite máximo de diárias, o período de carência e a franquia determinadas para o plano.
- 1.3.1** Será dispensado o cumprimento do período de franquia, caso o segurado voltar a se afastar em decorrência de uma mesma doença já indenizada dentro do prazo de sessenta dias, contados a partir da data da alta médica do afastamento anterior e, desde que o sinistro tenha sido coberto pelo seguro. Caso o sinistro anterior tenha sido negado por falta de cumprimento da franquia, não será adotada a isenção de franquia no sinistro vinculado, sendo adotado o valor da diária de acordo com a data o novo afastamento.
- 1.4** O limite máximo de diárias indenizáveis será de acordo com a quantidade descrita na apólice para todas as incapacidades decorrentes da mesma doença, independentemente de renovação do contrato. **A quantidade de diárias indenizadas decorrente de uma doença não pode ser superior ao número de diárias contratadas na apólice, caso haja novo afastamento pela mesma doença já indenizada, ainda que seja em períodos diferentes de vigência (endosso de reenquadramento e/ou renovação da apólice).**

1.4.1 A reintegração do capital segurado somente se dará para incapacidades decorrentes de outros eventos não reclamados, isto é, de diferentes doenças.

1.5 A indenização a ser paga será calculada tomando-se por base o valor da diária por incapacidade temporária vigente no contrato de seguro na data do afastamento, multiplicando-se pelo número de dias de afastamento, descontando-se o período de franquia.

1.5.1. O valor da diária para cálculo da indenização é aquele constante da apólice na data do evento, desde que cumprido o período de carência, não podendo ser superior a 1/30 (um trinta avos) da renda mensal do segurado, vigente na data do sinistro e devidamente comprovado pelos documentos indicados no item Ocorrência de Sinistro destas Condições Especiais.

1.6 **As indenizações de diária por incapacidade temporária não se acumulam em razão de mais de um afastamento ao mesmo tempo. No caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento por incapacidade temporária, o segurado somente terá direito a uma diária de indenização por dia afastado.**

1.6.1 O segurado somente terá direito a uma diária de indenização por dia afastado, mesmo que tenha sido contratada a cobertura de DIT – Acidente e Doença. Essas coberturas não se acumulam. Na ocorrência de dois eventos que justifiquem afastamento, será mantido o valor de uma única diária, sendo daquela doença/acidente que causou o primeiro afastamento.

1.7 A Seguradora poderá indicar perícia médica para os casos onde não haja determinação da quantidade de diárias necessárias para retorno às atividades profissionais ou em caso de dúvida e/ou discordância da quantidade apontada pelo médico assistente do segurado, sob pena de perda do direito à indenização, caso o segurado se negue a fazer a perícia.

1.8 Caso o segurado venha a falecer, seja por morte accidental, seja por morte natural, ou ainda, ficar inválido permanentemente e/ou aposentado por invalidez, será extinta, imediatamente, a presente cobertura, não sendo devido qualquer pagamento referente às diárias por incapacidade temporária a partir do dia seguinte à caracterização de uma dessas situações.

1.9 O Segurado deverá comunicar à Seguradora, sempre que ocorrer mudança da ocupação que represente mudança do risco. A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do pedido alteração, informará sobre a aceitação, recálculo do valor do seguro por meio de endosso ou exclusão da cobertura, de acordo com a política de aceitação.

1.10 A cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por LER, DORT, LTC e Hérnia cessará quando o segurado completar 66 (sessenta e seis) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o segurado com os direitos preservados relativos às demais coberturas, até o final de vigência da apólice.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos excluídos definidos no item 2. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura Diária por Incapacidade Temporária – LER / DORT / LTC e Hérnia:

- a) Estados de convalescência (após a alta médica);
- b) Hospitalizações para check-up;
- c) Tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- d) Tratamentos para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
- e) Procedimentos não previstos no Código brasileiro de Ética médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de fiscalização de medicina e farmácia;
- f) Infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS) e/ou Hepatites B e/ou Hepatite C;
- g) Lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes;
- h) Anomalias ou malformações congênitas com manifestação em qualquer época;
- i) Luxações recidivantes de qualquer articulação;
- j) Instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- k) Distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais, estresse, desvios comportamentais, bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia em suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;
- l) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou cosmética e para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescência, emagrecimento estético, geriátricos e suas consequências, cirurgias plásticas redutoras de qualquer espécie e as demais para colocação, retirada ou reposição de qualquer prótese;
- m) Doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos;
- n) Doenças transmitidas por contato com animais, tais como leptospirose, toxoplasmose e outras doenças infecto parasitárias;
- o) Gravidez e suas intercorrências, bem como parto ou aborto e suas consequências;
- p) Ceratotomia radial e demais condutas refrativas;
- q) Tratamento de doenças ou lesões físicas originadas em consequência de calamidade pública, conflitos, tumultos, revoluções, eventos sísmicos, catástrofes ou envenenamentos coletivos;
- r) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, doenças reumatológicas e ósseas, entre outras;
- s) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não);
- t) Hospitalizações para diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- u) Afastamentos por período inferior ao de franquia, mesmo que o afastamento seja decorrente de evento coberto;
- v) Sinistro cuja causa e/ou enquadramento, em uma ou mais coberturas, não for possível de ser apurado e/ou concluído pela Seguradora, durante o prazo do processo de regulação e liquidação de sinistro, seja a que título for.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO

3.1 A cobertura por incapacidade temporária é válida somente para diagnóstico em território brasileiro.

4. CAPITAIS SEGURADOS

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

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

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

4.3.1 Caso o segurado volte a se afastar pela mesma doença e o sinistro seja tratado como vinculado à ocorrência anterior, considera-se para determinação do capital segurado o valor da diária do primeiro afastamento.

5. CARÊNCIA

5.1 A cobertura deste seguro está sujeita ao período de carência 180 dias.

5.1.1 O pagamento antecipado do prêmio não elimina a necessidade do cumprimento de carência.

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

6. FRANQUIA

6.1 A cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por LER, DORT, LTC e Hérnia estará sujeita ao período de franquia de 10 (dez) dias, assim a indenização somente será devida a partir do 11º dia de afastamento.

7. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

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

7.1.1 Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente, exclusivamente para a Diária por Incapacidade Temporária – com LER / DORT / LTC e Hérnia.

Idade	Variação %
até 18 anos	Não se aplica
19 anos	Não se aplica
20 anos	Não se aplica
21 anos	Não se aplica
22 anos	Não se aplica
23 anos	Não se aplica
24 anos	Não se aplica
25 anos	Não se aplica
26 anos	8,44614460%
27 anos	7,78833091%
28 anos	7,22557892%
29 anos	6,73867093%
30 anos	6,31324231%
31 anos	1,16095050%
32 anos	5,60546867%
33 anos	5,30793409%
34 anos	5,04039333%
35 anos	4,79852861%
36 anos	4,14729335%
37 anos	3,98214223%
38 anos	3,82964049%
39 anos	3,68838848%
40 anos	3,55718565%
41 anos	6,57603910%
42 anos	3,32092287%
43 anos	3,21418235%
44 anos	3,11408982%

Idade	Variação %
45 anos	3,02004297%
46 anos	3,24194972%
47 anos	3,14014771%
48 anos	3,04454451%
49 anos	2,95459068%
50 anos	2,86979985%
51 anos	-0,16174792%
52 anos	2,71402564%
53 anos	2,64231260%
54 anos	2,57429176%
55 anos	2,50968514%
56 anos	3,97029700%
57 anos	3,81868391%
58 anos	3,67822416%
59 anos	3,54773067%
60 anos	3,42617906%
61 anos	0,44288401%
62 anos	3,20646088%
63 anos	3,10684123%
64 anos	3,01322511%
65 anos	2,92508570%
66 anos	14,34138745%
67 anos	12,54260401%
68 anos	11,14476080%
69 anos	10,02724799%
70 anos	9,11342252%

8. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

8.1 Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15 e 16 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo, por meio de imagem digitalizada do documento original ou de sua versão autenticada:

I. Do segurado:

- Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado;
- Declaração de Imposto de Renda;

- e) Extrato bancário dos últimos 3 a 6 meses;
- f) Recibos de pagamentos de autônomo (RPA).

II. evento/ocorrência:

- a) Atestados emitidos pelo médico assistente informando o período de afastamento;
- b) Carta de Concessão do INSS (afastamento);
- c) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, detalhando a natureza do afastamento, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados, bem informações do período de afastamento;
- d) Exames médicos comprobatórios da lesão / doença;
- e) Declaração de aviso para concessão ou prorrogação do benefício de afastamento – Segurado;
- f) Declaração de aviso para concessão ou prorrogação do benefício – Médico assistente;
- g) Relatório Médico informando diagnóstico, evolução e o tratamento;
- h) Relatório médico, atestando a causa e o período do afastamento;
- i) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

III. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado).

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL – CONDIÇÕES ESPECIAIS
XV- COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE
TOTAL POR DOENÇA – IFPD

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento antecipado do Capital Segurado Individual contratado para a cobertura básica (morte), em caso de sua Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e da Proposta de Contratação.**

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

1.3 Para fins desta cobertura, entende-se por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença aquela que cause a Perda da Existência Independentemente do segurado.

1.3.1 Para todos os efeitos desta cobertura é considerada perda da existência independente do segurado a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado, comprovado na forma definida nas condições gerais e/ou especiais do seguro.

1.4 **Está coberta** a ocorrência comprovada - segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada - de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes **exclusivamente de doença**:

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;**
- b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;**
- c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;**
- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;**
- e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;**
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;**
- g) Deficiência visual, decorrente de doença:**
- h) Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;**

- i) Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- j) Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
- k) Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- l) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado. Considera-se Paciente Terminal o portador de doença para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresente estado clínico grave, sem perspectiva de recuperação e para o qual haja expectativa de morte num prazo em torno de 6 (seis) meses da data do diagnóstico. A prova consistirá em atestado emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo esperado de sobrevida do segurado. Este atestado deverá estar acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes.
- m) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

1.4 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.

1.5 A Seguradora não considera quadros clínicos certificados por documentos médicos que caracterizem incapacidade parcial e ou total apenas de natureza profissional.

1.6 Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF) atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

1.7 Ocorrendo a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, poderá o segurado requerer o pagamento do capital contratado. Por ser essa cobertura uma antecipação da cobertura básica (morte), o seu requerimento, desde que fique efetivamente comprovada a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença devidamente coberta, **imediata e automaticamente extingue a cobertura para o caso de morte, bem como o Seguro Individual**. Nesta hipótese, os prêmios pagos a partir da data do pagamento da indenização da invalidez serão devolvidos devidamente atualizados monetariamente.

1.7.1 Na hipótese do subitem anterior, não ficando comprovada a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, o seguro continuará em vigor, **observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais, sem qualquer devolução de prêmios**.

1.7.2 **Inexistindo o requerimento, o capital contratado, quando da morte do segurado devidamente coberta, será regularmente pago ao(s) beneficiário(s).**

1.8 O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – (IAIF) é composto por dois documentos:

1.8.1 Tabela I – Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos, avalia através de escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

O 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.

Para a classificação no 2º ou no 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas. Todos os Atributos constantes na Tabela I serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

(i)
(ii) **TABELA I**

(iii) TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	<p>1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.</p> <p>2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.</p> <p>3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.</p>	00 10 20

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	<p>1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.</p> <p>2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.</p>	00 10

	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.	20
--	--	----

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).	10
	3º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.	20

1.8.2 Tabela II - Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade, valoriza cada uma das situações ali previstas. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

TABELA II
TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40.	02
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	02
HÁ OU HOUVE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRADO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	04
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	04
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIDA E OU REFRAVARIEDADE TERAPEUTICA.	08

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos excluídos definidos no item 2. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura de **Invalidez Funcional Permanente Total por Doença**, ainda que decorrentes de **Quadro Clínico Incapacitante** que inviabilize de forma irreversível o **Pleno Exercício das Funções Autonômicas do Segurado**, com perda da sua **Existência Independente**, os eventos abaixo especificados:

- a)** perda, redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal; e
- b)** a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismos/accidentes;
- c)** Sinistro cuja causa e ou enquadramento, em uma ou mais coberturas, não for possível de ser apurado e ou concluído pela Seguradora, durante o prazo do processo de regulação e liquidação de sinistro, seja a que título for.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO

3.1 A cobertura é válida somente para diagnóstico em território brasileiro.

4. CAPITAIS SEGURADOS

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

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

4.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data em que a invalidez restou caracterizada através de declaração médica idônea aceita pela Seguradora.

5. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

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

5.1.1 Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente, exclusivamente para **Invalidez Funcional Permanente Total por Doença**:

Idade	Variação % Masculino
Até 18 anos	não se aplica
19 anos	10,81607458
20 anos	8,30650197
21 anos	6,08865532
22 anos	4,24528819
23 anos	2,73192570
24 anos	1,51306021
25 anos	0,65568123
26 anos	0,08844494
27 anos	-0,22709939
28 anos	-0,27985627
29 anos	-0,09980586
30 anos	0,27810955
31 anos	0,82852086
32 anos	1,49776463
33 anos	2,24756431
34 anos	3,04052017
35 anos	3,86068953
36 anos	4,62450756
37 anos	5,36309190
38 anos	6,02000763
39 anos	6,60678702
40 anos	7,11024962
41 anos	7,54487672
42 anos	7,90497664
43 anos	8,21058808
44 anos	8,45964807
45 anos	8,67286520
46 anos	8,83451225
47 anos	8,96716122
48 anos	9,07702492
49 anos	9,16956607
50 anos	9,23653241

Idade	Variação % Masculino
51 anos	9,29214401
52 anos	9,34150429
53 anos	9,37615601
54 anos	9,40717376
55 anos	9,43149447
56 anos	9,45345743
57 anos	9,47606060
58 anos	9,48892804
59 anos	9,49833198
60 anos	9,50798792
61 anos	9,51442000
62 anos	9,52305712
63 anos	9,53049706
64 anos	9,52650942
65 anos	9,53895744
66 anos	9,53939726
67 anos	9,53711559
68 anos	9,53784650
69 anos	9,54205219
70 anos	9,54188842
71 anos	9,53733587
72 anos	9,52790643
73 anos	9,52304195
74 anos	9,52180829
75 anos	9,51144928
76 anos	9,50445553
77 anos	9,49911509
78 anos	9,48481901
79 anos	9,48429131
80 anos	9,47647125
81 anos	9,46334266
82 anos	9,44924444
83 anos	9,43510600

Idade	Variação % Masculino
84 anos	9,42252602
85 anos	9,39868222
86 anos	9,37396712
87 anos	9,35147684
88 anos	9,32458409
89 anos	9,29313218
90 anos	9,26482186
91 anos	9,23306126
92 anos	9,19164610
93 anos	9,14709153
94 anos	9,09708904
95 anos	9,03896287
96 anos	8,98471764
97 anos	8,91791000
98 anos	8,84524821
99 anos	8,77978663
100 anos	8,68245560
101 anos	8,58666076
102 anos	8,47014761
103 anos	9,99027261
104 anos	10,42757955
105 anos	10,38000208
106 anos	10,29144716
107 anos	10,16695220
108 anos	9,95102270
109 anos	9,59262529
110 anos	9,04349161
111 anos	8,22695549
112 anos	6,97918569
113 anos	5,20321459
114 anos	2,93699863
115 anos	0,84326689

Idade	Variação % Feminino
Até 18 anos	não se aplica
19 anos	3,47566649
20 anos	2,10713066
21 anos	1,09803269
22 anos	0,45808001

Idade	Variação % Feminino
51 anos	9,38951156
52 anos	9,41319599
53 anos	9,44562430
54 anos	9,47410516
55 anos	9,49327950

Idade	Variação % Feminino
84 anos	9,82011201
85 anos	9,82823489
86 anos	9,85287141
87 anos	9,86623994
88 anos	9,88525710

Idade	Variação % Feminino
23 anos	0,18553964
24 anos	0,19604890
25 anos	0,47960730
26 anos	0,97109454
27 anos	1,62482617
28 anos	2,38030857
29 anos	3,17865559
30 anos	3,97534956
31 anos	4,71558103
32 anos	5,43038005
33 anos	6,05224589
34 anos	6,59655633
35 anos	7,07617132
36 anos	7,47014468
37 anos	7,80464139
38 anos	8,08778105
39 anos	8,32240326
40 anos	8,51109023
41 anos	8,67512539
42 anos	8,80322119
43 anos	8,91579145
44 anos	9,01272130
45 anos	9,08826612
46 anos	9,16294352
47 anos	9,21690849
48 anos	9,27585147
49 anos	9,31548923
50 anos	9,35255480

Idade	Variação % Feminino
56 anos	9,50747684
57 anos	9,53631110
58 anos	9,55390108
59 anos	9,55787254
60 anos	9,58715436
61 anos	9,58890802
62 anos	9,60978408
63 anos	9,60834588
64 anos	9,62375321
65 anos	9,63350824
66 anos	9,63592857
67 anos	9,65520165
68 anos	9,66275091
69 anos	9,67361025
70 anos	9,68353853
71 anos	9,68664529
72 anos	9,69379790
73 anos	9,70711967
74 anos	9,71348798
75 anos	9,71952291
76 anos	9,73354853
77 anos	9,73816707
78 anos	9,74554733
79 anos	9,76029601
80 anos	9,77175649
81 anos	9,77907941
82 anos	9,79171032
83 anos	9,80283413

Idade	Variação % Feminino
89 anos	9,91035064
90 anos	9,93042357
91 anos	9,95119866
92 anos	9,98471404
93 anos	10,00797753
94 anos	10,03863982
95 anos	10,07245639
96 anos	10,10216300
97 anos	10,14321289
98 anos	10,18100704
99 anos	10,22595974
100 anos	10,27329489
101 anos	10,31676344
102 anos	10,36061871
103 anos	10,39937192
104 anos	10,43026823
105 anos	10,47917701
106 anos	10,48973353
107 anos	10,50183087
108 anos	10,46406677
109 anos	10,38133603
110 anos	10,62507565
111 anos	13,10404824
112 anos	12,42393130
113 anos	10,67040666
114 anos	7,02307245
115 anos	1,92361996

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

6.1 Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15 e 16 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo, por meio de imagem digitalizada do documento original ou de sua versão autenticada:

I. Do segurado:

- Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado.

II. Do evento/ocorrência:

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados, bem como a data da caracterização da invalidez e/ou quando a doença se tornou irreversível;
- b) Exames laboratoriais realizados para diagnóstico e acompanhamento da doença;
- c) Exames de imagem realizados para diagnóstico e acompanhamento da doença;
- d) Exames Anatomopatológicos/Histoquímicos/Histopatológico em casos de diagnóstico de neoplasias e canceres de qualquer tipo;
- e) Carta de Concessão do INSS (afastamento e aposentadoria);
- f) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

III. Para indenização:

- a) CPF tutor/curador (em caso de não constar em outro documento de identificação) e em casos do segurado ter sido considerado incapaz e com comprovação de perda cognitiva;
- b) Dados bancários do segurado (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado);
- c) Dados bancários do tutor/curador (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do beneficiário);
- d) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do tutor/curador e em casos de o segurado ter sido considerado incapaz e com comprovação de perda cognitiva;
- e) Termo de Autorização de crédito em favor do segurado sendo estes diagnosticado com perda cognitiva, assinado pelo tutor definitivo;
- f) Termo de Curatela / Termo de Interdição judicial definitivos, do segurado ser diagnosticado com perda cognitiva.

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL – CONDIÇÕES ESPECIAIS
XVI- COBERTURA ADICIONAL DE FUNERAL FAMILIAR

1. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

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

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

1.4 EM CASO DE INDISPONIBILIDADE DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE CREMATÓRIO NO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA HABITUAL DO SEGURADO, SERÁ ANALISADO O TRASLADO ATÉ O MUNICÍPIO MAIS PRÓXIMO DA CIDADE DE MORADIA HABITUAL, QUE DISPONHA DO CREMATÓRIO.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos excluídos definidos no item 2. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura de Funeral Familiar:

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

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO

3.1 Essa cobertura garante a prestação de serviços dentro município de residência habitual do Segurado no Brasil.

3.2 Em caso de reembolso das despesas, essa cobertura cobre os eventos ocorridos em qualquer parte do Brasil.

4. CAPITAIS SEGURADOS

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

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

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

5. CARÊNCIA

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

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

5.3 Não haverá carência para morte em decorrência de acidente pessoal.

6. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

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

6.1.1 Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente, exclusivamente para a cobertura de Funeral Familiar, de acordo com o sexo biológico do segurado:

Idade	Variação % Masculino
Até 18 anos	não se aplica
19 anos	não se aplica
20 anos	não se aplica
21 anos	não se aplica
22 anos	não se aplica
23 anos	não se aplica
24 anos	não se aplica
25 anos	não se aplica
26 anos	0,07963008
27 anos	-0,17626040
28 anos	-0,21418905
29 anos	-0,05941227
30 anos	23,69406619
31 anos	1,14253255
32 anos	1,69980138

Idade	Variação % Masculino
51 anos	7,51061471
52 anos	7,67301019
53 anos	7,82136789
54 anos	7,96089290
55 anos	8,08847216
56 anos	8,20764653
57 anos	8,32369780
58 anos	8,42524828
59 anos	8,51636205
60 anos	8,60619486
61 anos	8,68388646
62 anos	8,76128648
63 anos	8,82932072
64 anos	8,88690228
65 anos	8,95175442

Idade	Variação % Masculino
84 anos	9,42252602
85 anos	9,39868222
86 anos	9,37396712
87 anos	9,35147684
88 anos	9,32458409
89 anos	9,29313218
90 anos	9,26482186
91 anos	9,23306126
92 anos	9,19164610
93 anos	9,14709153
94 anos	9,09708904
95 anos	9,03896287
96 anos	8,98471764
97 anos	8,91791000
98 anos	8,84524821

Idade	Variação % Masculino
33 anos	2,30535342
34 anos	2,93666427
35 anos	3,58574320
36 anos	4,19477839
37 anos	4,78825716
38 anos	5,32935850
39 anos	5,82498456
40 anos	6,26483514
41 anos	6,66010087
42 anos	7,00283517
43 anos	7,30818072
44 anos	7,57288523
45 anos	7,80885548
46 anos	27,25837002
47 anos	6,72563343
48 anos	6,94657454
49 anos	7,15191437
50 anos	7,33717984

Idade	Variação % Masculino
66 anos	-15,47567105
67 anos	9,53711559
68 anos	9,53784650
69 anos	9,54205219
70 anos	9,54188842
71 anos	9,53733587
72 anos	9,52790643
73 anos	9,52304195
74 anos	9,52180829
75 anos	9,51144928
76 anos	9,50445553
77 anos	9,49911509
78 anos	9,48481901
79 anos	9,48429131
80 anos	9,47647125
81 anos	9,46334266
82 anos	9,44924444
83 anos	9,43510600

Idade	Variação % Masculino
99 anos	8,77978663
100 anos	8,68245560
101 anos	8,58666076
102 anos	8,47014761
103 anos	9,99027261
104 anos	10,42757955
105 anos	10,38000208
106 anos	10,29144716
107 anos	10,16695220
108 anos	9,95102270
109 anos	9,59262529
110 anos	9,04349161
111 anos	8,22695549
112 anos	6,97918569
113 anos	5,20321459
114 anos	2,93699863
115 anos	0,84326689

Idade	Variação % Feminino
Até 18 anos	não se aplica
19 anos	não se aplica
20 anos	não se aplica
21 anos	não se aplica
22 anos	não se aplica
23 anos	não se aplica
24 anos	não se aplica
25 anos	não se aplica
26 anos	0,62500139
27 anos	1,03198402
28 anos	1,52337618
29 anos	2,06418211
30 anos	53,26687840
31 anos	2,31826268
32 anos	2,86101134
33 anos	3,39706362
34 anos	3,92154379
35 anos	4,43455691
36 anos	4,90321004

Idade	Variação % Feminino
51 anos	7,03632386
52 anos	7,21283281
53 anos	7,38543999
54 anos	7,54912608
55 anos	7,69968990
56 anos	7,84019004
57 anos	7,98310670
58 anos	8,11060328
59 anos	8,22225736
60 anos	8,34341591
61 anos	8,44021767
62 anos	8,54371778
63 anos	8,62666147
64 anos	8,71218909
65 anos	8,79274422
66 anos	-26,19773127
67 anos	9,65520165
68 anos	9,66275091
69 anos	9,67361025

Idade	Variação % Feminino
84 anos	9,82011201
85 anos	9,82823489
86 anos	9,85287141
87 anos	9,86623994
88 anos	9,88525710
89 anos	9,91035064
90 anos	9,93042357
91 anos	9,95119866
92 anos	9,98471404
93 anos	10,00797753
94 anos	10,03863982
95 anos	10,07245639
96 anos	10,10216300
97 anos	10,14321289
98 anos	10,18100704
99 anos	10,22595974
100 anos	10,27329489
101 anos	10,31676344
102 anos	10,36061871

Idade	Variação % Feminino
37 anos	5,34567296
38 anos	5,75025734
39 anos	6,11908820
40 anos	6,44791159
41 anos	6,74968810
42 anos	7,01478127
43 anos	7,25782902
44 anos	7,47691759
45 anos	7,67258279
46 anos	34,36948440
47 anos	6,21967817
48 anos	6,44214403
49 anos	6,64915985
50 anos	6,84614587

Idade	Variação % Feminino
70 anos	9,68353853
71 anos	9,68664529
72 anos	9,69379790
73 anos	9,70711967
74 anos	9,71348798
75 anos	9,71952291
76 anos	9,73354853
77 anos	9,73816707
78 anos	9,74554733
79 anos	9,76029601
80 anos	9,77175649
81 anos	9,77907941
82 anos	9,79171032
83 anos	9,80283413

Idade	Variação % Feminino
103 anos	10,39937192
104 anos	10,43026823
105 anos	10,47917701
106 anos	10,48973353
107 anos	10,50183087
108 anos	10,46406677
109 anos	10,38133603
110 anos	10,62507565
111 anos	13,10404824
112 anos	12,42393130
113 anos	10,67040666
114 anos	7,02307245
115 anos	1,92361996

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

7.1 Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15 e 16 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo, por meio de imagem digitalizada do documento original ou de sua versão autenticada:

I. Do segurado:

- Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito (em caso do segurado ser casado civilmente) ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência, assinado pelo companheiro sobrevivente e duas testemunhas;
- Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado.

II. Do evento/ocorrência:

- Certidão de Óbito;
- Declaração de óbito emitido pelo SAMU, ou órgão semelhante, em caso de atendimento domiciliar;
- Declaração de óbito emitido pelo SVO (Serviço de verificação de óbito);
- Exame(s) de diagnóstico da Doença que causou o Óbito (Ex.: Ultrassonografia, Anatomopatológico, Ressonância magnética, Ecocardiograma, Exames laboratoriais, Radiografias, entre outros);
- Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;

- f) Prontuário médico hospitalar em caso de falecimento no hospital ou em caso de internações anteriores ao óbito;
- g) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados, inclusive de doenças e tratamentos anteriores ao falecimento:
***Este documento pode ser substituído por declaração de próprio punho do médico assistente, constando todo o histórico médico do segurado, com diagnósticos, datas e tratamentos realizados e acompanhado dos exames informados.**
- h) Nota Fiscal discriminando os serviços/valores, onde deve constar o nome do Segurado e contendo o nome do responsável pelo pagamento das despesas.

III. Dos beneficiários/herdeiros legais:

- a) Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito (em caso do segurado ser casado civilmente) ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência, assinado pelo companheiro sobrevivente e duas testemunhas;
- b) CPF dos beneficiários indicados ou herdeiros legais (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) **Na ausência de indicação de beneficiários ou se por qualquer motivo não prevalecer a indicação que foi feita, serão necessários documentos que comprovem a condição de herdeiros legais, seguindo o Art.1829 do Código Civil;**
- d) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) dos beneficiários indicados ou herdeiros legais;
- e) Escritura Pública de Únicos Herdeiros, feita em cartório declarando todos os herdeiros segundo o Art. 1829 do CC (necessário no caso de ausência ou invalidação da Declaração de Beneficiários, item "c").

*****Poderão ainda ser solicitados para outras comprovações:**

- a) Ata de audiência para reconhecimento de União Estável e/ou Reconhecimento de Paternidade (se necessário);
- b) Carta de Concessão de benefício do INSS ao cônjuge sobrevivente, para comprovação da união estável (se necessário).

IV. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado, quando este for o beneficiário (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado);
- b) Dados bancários dos beneficiários/herdeiros, quando este(s) for(em) o(s) beneficiário(s) / herdeiro (s) (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade dos beneficiários/herdeiros);
- c) Termo de Autorização de crédito em favor de menor de 18 anos/incapaz(es) e/ou interdito(s) de qualquer idade, assinado pelo responsável legal ou tutor definitivo;
- d) Termo de cessão de direitos assinado por um ou mais beneficiários/herdeiros que desejem abdicar de sua cota-partes da indenização em favor de outro beneficiário/herdeiro;
- e) Termo de Guarda / Termo de Tutela / Termo de Curatela / Termo de Interdição judicial definitivos, em caso de beneficiários/herdeiros menor(es) de 18 anos/incapaz(es) e/ou interdito(s) de qualquer idade.

ANEXO I

ASSISTÊNCIA FUNERAL FAMILIAR

1. OBJETIVO DA ASSISTÊNCIA FUNERAL

1.1 A Assistência Funeral tem por objetivo propiciar ao(s) beneficiário(s) em caso de falecimento do Segurado Titular, Cônjugue, Filhos até 21 anos ou 24 anos se dependente na regulamentação do Imposto de Renda, todo auxílio e prestação de serviços relativos ao funeral, disponibilizando um representante oficial da Seguradora que tomará todas as providências necessárias para a realização do funeral.

2. USUÁRIO

2.1 Entende-se por Usuário, o Segurado Titular do Seguro, cônjuge e/ou filhos menores de 21 anos de idade, desde que tenha Residência Habitual no Brasil.

2.2 Definição de Filhos:

- O filho (a) e o enteado (a) do Segurado Principal, de até 21 (vinte e um) anos, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
- Filho (a) ou enteado (a) universitário ou cursando escola técnica de segundo grau, até 24 anos;
- O menor pobre, de até 21 (vinte e um) anos, que o Segurado Principal crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial;
- O absolutamente incapaz, do qual o contribuinte seja tutor ou curador.

3. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

3.1 A cobertura desta Assistência Funeral abrange a morte do Segurado Titular, Cônjugue, Filhos até 21 anos ou 24 anos, se dependente na regulamentação do Imposto de Renda, em qualquer parte do mundo, sendo que os serviços de sepultamento ou cremação (onde existir este serviço) ficam restritos ao município de domicílio e moradia habitual do Segurado no território brasileiro.

4. LIMITE DE DESPESAS

4.1 O conjunto dos serviços e itens garantidos estará limitado ao valor máximo de despesas estabelecido na apólice do Seguro.

4.2 No caso da não utilização dos serviços, será reembolsado, mediante a apresentação de notas fiscais originais, o valor gasto para realização do funeral até o limite máximo estabelecido na cobertura de Funeral.

5. SERVIÇOS GARANTIDOS PELA ASSISTÊNCIA FUNERAL

5.1 Os serviços a seguir especificados serão prestados exclusivamente mediante o acionamento da Central de Atendimento de Serviços Assistências (**Brasil: 0800 707 5050 – Exterior: 5511 4689 5628**) pelos Familiares e/ou Beneficiários, que solicitará as seguintes informações:

- Nome Completo do Segurado;
- CPF; e
- Número da Apólice.

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

➤ **TRANSPORTE OU REPATRIAMENTO DO SEGURADO**

O serviço de Assistência Funeral tratará das formalidades para repatriamento do corpo, garantindo o pagamento das despesas de transporte até o local de inumação no Brasil, incluindo-se os gastos para o fornecimento de uma funerária para este transporte, observado o limite de despesas previsto na apólice.

Esse serviço está previsto nas seguintes condições:

- Falecimento e sepultamento do Segurado, dentro do município de moradia habitual no Brasil.
- Falecimento fora do município de moradia habitual no Brasil, incluindo-se qualquer lugar do mundo, e sepultamento no município de moradia habitual no Brasil.
- Falecimento fora do município de moradia habitual no Brasil e sepultamento fora do município de moradia habitual no Brasil. Neste caso, a Assistência arcará com os gastos limitado ao valor que seria despendido para o translado à sua moradia habitual no Brasil.
- Caso seja optado pelo serviço de cremação e na cidade de moradia habitual do Segurado não haja disponibilidade de crematório para realização do serviço, estará autorizado o serviço de translado até o município mais próximo da cidade de moradia habitual que disponha do crematório.

Limite:

Brasil: Até R\$ 15.000,00 (quinze mil reais).

Exterior: US\$ 20.000,00* (vinte mil dólares).

➤ **TRANSPORTE DE RESPONSÁVEL PARA LIBERAÇÃO DO CORPO**

No caso de falecimento do Segurado fora de seu município de residência de moradia e havendo a necessidade de um responsável para liberação do corpo, a Assistência Funeral fornecerá um meio de transporte mais apropriado para ida e volta.

Limite: Meio de transporte mais apropriado, em linha regular (comercial) e em classe econômica.

Franquia de 50km.

➤ **SEPULTAMENTO OU CREMAÇÃO DO SEGURADO**

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

- **Urna Mortuária:** Urnas para cinzas ou caixão para o sepultamento;
- **Preparação do Corpo** - Higienização, tamponamento/formolização e preparação sendo: barba, banho, vestimenta (ato de vestir) e maquiagem simples. Acomodação do corpo na urna, tanatopraxia e embalsamamento, quando necessário;
- **Remoção do Corpo** - Através de carro funerário do local do falecimento e/ou S.V.O ou I.M.L. até o local de preparação (no município de residência habitual do falecimento);

- **Carro Funerário Para Cortejo** - Transporte da urna e enfeites florais em veículo apropriado para cortejo, desde o local do velório até o local de sepultamento ou cremação (no município de residência habitual do falecido);
- **Carreto Essa/Caixão** - Transporte dos paramentos essa e do caixão mortuário até o local do velório;
- **Paramentos Essa** - Esplendor, cavaletes, castiçais com velas, mesa de condolências e aparelho de ozona, quando necessário;
- **Serviço Assistencial** - Acompanhamento e orientação aos familiares quanto aos procedimentos necessários para o sepultamento, inclusive o fornecimento de livro de registro de presenças e divulgação do óbito na imprensa, ou seja, anúncio em jornal de circulação no município do Segurado;
- **Registro de Óbito** - Registro de óbito em cartório com acompanhamento do Responsável pelo Corpo quando a legislação do município permitir;
- **Placa para Tumulo** - Pagamento para a confecção da placa escolhida pela família;
- **Taxa de Sepultamento Ou Cremação** - Pagamento da taxa de sepultamento ou cremação em cemitério municipal ou particular;
- **Taxa de Velório** - Pagamento da taxa de velório em Cemitério / Capela municipal ou particular;
- **Enfeite Floral e Coroas** – Flores naturais da época (dependendo da região serão utilizadas flores desidratadas e/ou artificiais); e
- **Exumação de Corpos**: Somente se existir decreto lei que obrigue o pagamento da taxa na cidade de sepultamento ou quando não houver mais espaço disponível para sepultamento do Segurado no jazigo de família, desde que haja capital Segurado disponível para cobertura dessa despesa e que o serviço seja solicitado antes do sepultamento.

- **Documentos em caso de falecimento de Cônjugue:**

- Certidão de casamento; ou
- Declaração de União Estável com firma reconhecida (Caso o solicitante não possua a Certidão de Casamento).

- **Documentos em caso de falecimento de Filhos:**

- Certidão de nascimento do filho(a); ou
- RG do filho(a) ou CNH do filho(a) dentro do período da validade.

- **Documentos em caso de falecimento de Enteados:**

- Certidão de nascimento do enteado(a) + RG do filho(a) ou CNH do filho(a) dentro do período da validade
- + Certidão de casamento ou Declaração de União Estável com firma reconhecida (Caso o solicitante não possua a Certidão de Casamento);

- **Documentos em caso de falecimento de Natimorto e Recém-Nascido até 30 dias:**

- Declaração Médica do atestado de óbito,

Obs: Não é necessário a Certidão de Nascimento para liberação do atendimento, nem mesmo o envio junto com nota fiscal para pagamento ao prestador.

Em caso de Transporte ou Repatriamento do Corpo deverá ser enviado o comprovante de endereço do falecido.

6. COMUNICAÇÃO

Quando necessário o acionamento dos serviços, o Beneficiário ou Familiar deverá contatar o Canal de Atendimento de Assistência através do telefone mencionado abaixo, fazendo a sua identificação e informando o nome completo do(a) Segurado(a), CPF e número da Apólice, e o serviços ou informações que necessita.

CENTRAL DE ATENDIMENTO DE ASSISTÊNCIA – 24hrs	
Território Nacional 0800 707 5050	WhatsApp (11) 93441-5466
Exterior: 5511 4689 5628	
Horário de Atendimento: Todos os dias, 24 (vinte e quatro) horas por dia.	

IMPORTANTE: CONSULTE NA SUA APÓLICE SE ESSE SERVIÇO FAZ PARTE DA SUA APÓLICE. A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL NÃO CARACTERIZA O DIREITO À COBERTURA DE MORTE COMO UM RISCO COBERTO PELO SEGURO. A INDENIZAÇÃO DA COBERTURA DE MORTE ESTARÁ SUJEITA A ANÁLISE DA DOCUMENTAÇÃO E DEMAIS CIRCUNSTÂNCIAS DA OCORRÊNCIA DO SINISTRO, RESPEITADAS AS DEMAIS CLÁUSULAS DAS CONDIÇÕES GERAIS E DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO.