

SEGURO DE VIDA

HORIZONTE

Processo SUSEP: 15414.611847/2025-96

CONDIÇÕES GERAIS

1. Objetivo do Seguro	3
2. Definições	3
3. Coberturas	10
4. Riscos Excluídos	11
5. Âmbito Geográfico da Cobertura	13
6. Aceitação do Seguro	13
7. Vigência do Seguro	15
8. Período de Carência e Franquia	16
9. Capital Segurado	17
10. Atualização Monetária	18
11. Pagamento dos Prêmios	19
12. Valor de Resgate	20
13. Mudança para Valor Saldado	23
14. Período de Tolerância	24
15. Cancelamento do Seguro	25
16. Perda de Direito à indenização	25
17. Liquidação de Sinistros	27
18. Pagamento das Indenizações	30
19. Beneficiário(s)	31
20. Regime Financeiro	31
21. Modificações da Apólice	31
24. Foro	32
26. Disposições Finais	32

MORTE NATURAL OU ACIDENTAL.....	33
ADIANTAMENTO POR DOENÇA EM ESTÁGIO TERMINAL	38
MORTE NATURAL OU ACIDENTAL (TEMPORÁRIA ADICIONAL).....	44
INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR MORTE ACIDENTAL	49
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE.....	55
INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE INVALIDEZ POR DOENÇA	64
DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA	78
DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR.....	93
DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR – ADICIONAL UTI.....	101
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE 24 DOENÇAS GRAVES.....	109
ASSISTÊNCIA FUNERAL INDIVIDUAL.....	131
ASSISTÊNCIA FUNERAL FAMILIAR	137

1. Objetivo do Seguro

Este é um seguro de vida individual que tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao segurado ou ao(s) seu(s) beneficiário(s) na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas coberturas contratadas, ocorrido durante o período de cobertura contratado, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, respeitando os demais itens destas condições gerais.

Este é um seguro de vida e não foi desenvolvido para ser plano de previdência privada, aposentadoria ou investimento e não têm como objetivo proporcionar ganhos financeiros.

2. Definições

Acidente Pessoal:

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:

a. Incluem-se neste conceito:

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

b. Excluem-se desse conceito:

- as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam as 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;
- as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforço Repetitivo – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidéz acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidéz por acidente pessoal, conforme definido neste item.

Âmbito de Cobertura:

Significa abrangência da cobertura em determinado tipo de seguro.

Apólice:

É o documento emitido pela sociedade Seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo segurado nos planos individuais.

Aviso de Sinistro:

É a comunicação específica de um sinistro, que o segurado ou beneficiário são obrigados a fazer à seguradora, com a finalidade de dar conhecimento imediato a esta da ocorrência do evento coberto, devendo ser realizada imediatamente após a ocorrência do sinistro.

Beneficiário:

É a pessoa física ou jurídica designada para receber os valores das indenizações, na hipótese de ocorrência do sinistro.

Boa-fé:

Um dos princípios básicos do seguro. Este princípio obriga as partes a atuarem com a máxima honestidade na interpretação dos termos do contrato e na determinação do significado dos compromissos assumidos. O segurado se obriga a descrever com clareza e precisão a natureza do risco que deseja cobrir, assim como ser verdadeiro em todas as declarações posteriores, relativas a possíveis alterações do risco ou a ocorrência de sinistro. A seguradora, por seu lado, é obrigada a dar informações exatas sobre o contrato e a redigir seu conteúdo de forma clara para que o segurado possa compreender os compromissos assumidos por ambas as partes. Esse princípio obriga, igualmente, a seguradora a evitar o uso de fórmulas ou interpretações que limitem sua responsabilidade perante o segurado.

Capital Segurado:

É o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.

Carência (prazo de carência):

É o período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou o(s) beneficiário(s) não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

Cobertura Básica:

Corresponde aos riscos assumidos pela Seguradora na ocasião da contratação do seguro.

Cobertura Adicional:

Cobertura adicionada ao contrato, facultativamente, mediante cobrança de Prêmio adicional. A referida cobertura somente pode ser adquirida com a contratação da cobertura básica.

Coberturas de Risco:

São as coberturas do seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada. Denominadas nestas condições gerais de coberturas.

Condições Contratuais:

É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais e da apólice.

Condições Especiais:

É o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de coberturas que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

Condições Gerais:

É o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade seguradora, dos segurados e dos beneficiários.

Corretor:

É a pessoa física ou jurídica autorizada a angariar e promover contratos de seguros.

Declaração Pessoal de Saúde:

Conjunto de informações fornecidas pelo proponente à seguradora sobre as suas condições de saúde, seu histórico médico familiar e suas atividades. O proponente se responsabiliza pela veracidade e integralidade das informações prestadas, sob as penas previstas no Código Civil.

Doença em Estágio Terminal

Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

Doença Preexistente:

É toda doença, inclusive as congênitas, que o segurado saiba ser portador ou sofrendor à época da contratação do seguro e não declarada na proposta de contratação.

Evento Coberto:

É o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas coberturas contempladas nestas Condições Gerais.

Franquia:

É o período contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o segurado ou os beneficiários não terão direito ao recebimento da indenização.

IPCA:

Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, calculado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

Início de Vigência:

É a data a partir da qual a(s) cobertura(s) de risco proposta(s) será(ão) garantida(s) pela sociedade seguradora.

Liquidação de Sinistro:

É o processo para pagamento de indenizações ao segurado.

Médico Assistente:

É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a medicina.

Meios Remotos:

Aqueles que permitem a troca e/ou o acesso a informações e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes de comunicação envolvendo o uso de tecnologias, tais como rede mundial de computadores, telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras.

Nota Técnica Atuarial:

Documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolado na SUSEP previamente à comercialização.

Período de Cobertura:

Aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus à indenização prevista neste seguro.

Período de Tolerância:

Corresponde ao período de 60 (sessenta) dias ininterruptos, a serem contados a partir do dia imediatamente posterior à data de vencimento do prêmio vencido e não-pago, durante o qual o segurado ainda fará jus às coberturas contratadas.

Prêmio:

Valor pago pelo Segurado ou pelo Responsável pelo Pagamento correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

Proponente:

É o interessado em contratar o seguro.

Proposta de Contratação:

Documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente expressa a intenção de contratar o seguro com esta Seguradora, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

Provisão Matemática de Benefícios a Conceder (PMBaC):

Provisão atuarialmente constituída, calculada mensalmente para as apólices em vigor, em função da idade, do sexo do Segurado, do prazo de pagamento dos prêmios, do capital Segurado e da periodicidade de pagamento dos Prêmios, para fazer face aos compromissos da Seguradora com seus Segurados antes do pagamento do Capital Segurado. Esta provisão começará a ser constituída a partir da emissão da Apólice para todas as coberturas estruturadas sob o Regime Financeiro de Capitalização.

Regime Financeiro de Capitalização:

Estrutura técnica em que as contribuições são determinadas de modo a gerar receitas capazes de, capitalizadas durante o período de cobertura, produzir

montantes equivalentes aos valores atuais dos benefícios a serem pagos aos Beneficiários no respectivo período.

Reintegração do Capital Segurado:

É a recomposição do capital segurado após a ocorrência de um sinistro.

Resgate:

Direito do segurado, durante o período de vigência e na forma regulamentada, de retirar recursos da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder.

Responsável pelo Pagamento:

Pessoa física ou jurídica que se obriga a pagar os Prêmios.

Riscos Excluídos:

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

Segurado:

Pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação de risco e se estabelecerá o seguro.

Seguradora:

É a companhia de seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas, que nos termos destas condições gerais é a Icatu Seguros S.A.

Seguro:

Contrato pelo qual uma das partes (Seguradora) se obriga para com a outra (Segurado), mediante o recebimento de um Prêmio, a indenizá-lo ou a terceiro(s) por riscos previstos na Apólice.

Seguro com Valor Saldado:

É a interrupção definitiva do pagamento dos prêmios, mantendo-se o direito à percepção proporcional das coberturas passíveis de saldamento, conforme disposto nestas condições gerais, pelo mesmo período contratado originalmente, com o valor do capital segurado devidamente reduzido.

Sinistro:

Ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

Valor de Resgate:

Percentual do montante acumulado na Provisão Matemática de Benefícios a Conceder, considerando os prêmios pagos.

Valor de Resgate Líquido:

Valor de resgate constituído com base na última competência quitada.

Vigência do Seguro:

É o período no qual a apólice de seguro estará em vigor.

Vigência da Cobertura Individual:

É o período em que o segurado estará coberto pelas coberturas deste seguro.

3. Coberturas

As coberturas deste seguro dividem-se em básica e adicionais. A contratação da cobertura básica é obrigatória para efetivação do seguro e é um requisito para acesso a contratação das coberturas adicionais.

As coberturas abrangidas por este seguro estão definidas nas respectivas condições especiais.

3.1. Cobertura Básica**3.1.1. Morte Natural ou Acidental:**

Em caso de morte do segurado, ocorrida durante o período de vigência desta cobertura, por quaisquer causas, naturais ou acidentais, a Seguradora garantirá ao(s) seu(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado desta cobertura, respeitando o disposto nestas condições gerais e observados os Riscos Excluídos (item 4).

3.1.2 Adiantamento por Doença em Estágio Terminal (ADT)

Caso seja verificado o estado terminal de doença do segurado, conforme definido no item Definições (item 2), a Seguradora garantirá o pagamento de uma indenização ao segurado a título de adiantamento de um

percentual da indenização da garantia básica de Morte Natural ou Acidental, ocorrida durante o período de vigência desta cobertura.

3.2. Coberturas Adicionais

Mediante a contratação da cobertura básica, o proponente poderá incluir as coberturas adicionais listadas abaixo, respeitando-se às conjugações permitidas pela Seguradora:

- a. Indenização Especial por Acidente (IEA);
- b. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
- c. Diagnóstico Definitivo de 24 Doenças Graves (DG24);
- d. Morte Natural ou Acidental (Temporária Adicional);
- e. Diária por Incapacidade Temporária;
- f. Diária por Internação Hospitalar (DIH);
- g. Diária por Internação Hospitalar – Adicional UTI (DIH-UTI);
- h. Indenização Especial de Invalidez por Doença (IED);
- i. Assistência Funeral Individual;
- j. Assistência Funeral Familiar.

3.3. As definições, especificações e riscos excluídos pertinentes às coberturas adicionais estão dispostas nas suas respectivas condições especiais.

3.4. As coberturas contratadas são as expressas na Apólice de Seguro de Vida.

3.5. Não é permitido o cancelamento da cobertura básica e a manutenção apenas da(s) cobertura(s) opcional(ais).

4. Riscos Excluídos

4.1. Os eventos ocorridos em consequência dos itens listados a seguir estão excluídos de todas as coberturas deste seguro, ficando o Segurado ou o(s) Beneficiário(s), conforme o caso, sem direito a qualquer pagamento e/ou devolução de valores, inclusive os relativos a Prêmios pagos ou a Valores de Resgate:

- a. do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- 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 ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, salvo se tratar de prestação de serviço militar ou de ato de humanidade em auxílio de outrem;
- c. de doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado, não declaradas na proposta de contratação; doenças ou lesões preexistentes, bem como informações sobre esportes, hobbies e atividade profissional, praticados e desempenhados anteriormente à adesão à Proposta de Contratação de Seguro de Vida, que poderiam ter influência na aceitação do risco ou no ajuste da taxa do Prêmio, não declaradas na Proposta e já do conhecimento do Segurado, que tenham influência direta ou indireta no evento ocorrido, observado o que dispõem os itens 8 (Declarações Inexatas e Omissões) e 15 (Período de Não Contestação) destas condições gerais;
- d. de suicídio ou tentativa de suicídio do segurado, exceto se ocorrido após o período de 2 (dois) anos contados da vigência inicial do seguro;
- e. de atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s), pelo representante legal ou pelo responsável pelo pagamento, de um ou de outro. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas estão excluídos os riscos decorrentes dos danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelo(s) beneficiário(s) e pelos respectivos representantes.
- f. epidemias e pandemias declaradas por órgão competente.

4.2 Exclusão para Atos Terroristas

Não estão cobertos perdas e danos causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil,

acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

4.3 É vedada a exclusão de morte ou a incapacidade do segurado quando provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

5. Âmbito Geográfico da Cobertura

As coberturas do seguro previstas nestas condições gerais aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

6. Aceitação do Seguro

6.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

6.2. A contratação/alteração do contrato de seguro poderá ser feita mediante proposta de contratação física assinada pelo proponente ou por seu representante legal, ou, ainda, por solicitação de qualquer um destes, pelo corretor de seguros ou por meios remotos nos termos da regulamentação específica.

6.3. Poderão ser incluídas neste seguro as pessoas físicas com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 75 (setenta e cinco) anos. Deverão ser observadas as respectivas Condições Especiais das coberturas, as quais disporão sobre a idade máxima para contratação e período máximo de vigência de cada cobertura disponível para a contratação, caso sejam diferentes do disposto nestas condições gerais.

6.4. Recebida a proposta de contratação pela seguradora, o seguro estará automaticamente aceito, caso não haja manifestação contrária da seguradora no prazo de 15 (quinze) dias.

6.4.1. Caso a seguradora solicite ao proponente, no ato do preenchimento da proposta de contratação, a realização de exames e informações essenciais à análise do risco, a contagem do prazo de 15 (quinze) dias será iniciada após o recebimento de todos os exames e informações essenciais solicitados no ato do preenchimento da proposta de contratação.

6.4.2. Caso haja manifestação, no prazo de 15 (quinze) dias, pela aceitação da proposta de contratação com ajuste da taxa do prêmio, a aceitação integral da mesma dependerá da concordância expressa do proponente.

6.4.3. A seguradora poderá solicitar, uma única vez, exames e informações complementares para análise e aceitação do risco, sendo, neste caso, suspenso o prazo de 15 (quinze) dias anteriormente citado, o qual voltará a correr somente a partir da data em que se der a entrega da documentação.

6.5. Caso haja recusa da proposta, a seguradora deverá enviar comunicação por escrito ao proponente, devidamente fundamentada na legislação e regulamentação aplicáveis. Considerar-se-á como data da recusa da proposta, para todos os efeitos legais, a data do recebimento da comunicação pelo segurado, conforme constante no aviso de recebimento.

6.5.1. Caso tenha havido pagamento parcial ou total de prêmio, a seguradora dará cobertura provisória desde a data do pagamento. Caso a seguradora solicite documentos complementares para análise e aceitação do risco, a cobertura provisória será suspensa e voltará a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação. Caso o risco não seja aceito, a Seguradora restituirá o proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos contados da data da formalização da recusa. O valor a ser devolvido corresponderá ao prêmio pago, devidamente atualizado pela variação do índice pactuado conforme item 10 destas condições gerais entre o último índice publicado antes da data do

pagamento do prêmio e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva restituição.

6.6. Para formalizar a aceitação do seguro, a seguradora emitirá apólice contendo as particularidades do seguro e disponibilizará ao segurado.

7. Vigência do Seguro

7.1. A vigência deste seguro poderá ser vitalícia ou por um prazo determinado de 5, 10, 15, 20, 25 ou 30 anos, conforme a vigência da cobertura básica de Morte Natural ou Acidental contratada e estabelecida na proposta de contratação.

7.1.1 A vigência será mantida desde que sejam pagos os prêmios referentes ao prazo de pagamento previamente escolhido pelo segurado, observado o disposto nos subitens abaixo e nos itens 14 e 15.

7.1.2 A vigência da cobertura básica de Morte Natural ou Acidental irá determinar a vigência das demais coberturas, com exceção das coberturas explicitadas nos subitens 7.1.3 e 7.1.4.

7.1.3 Para as coberturas adicionais listadas abaixo a vigência será de 5 (cinco) anos, podendo ser renovadas mediante manifestação do segurado, conforme o disposto nas Condições Especiais destas coberturas.

- a. Diagnóstico Definitivo de 24 Doenças Graves;
- b. Diária por Incapacidade Temporária;
- c. Diária por Internação Hospitalar;
- d. Diária por Internação Hospitalar – Adicional UTI.

7.1.3.1 Se não houver renovação dessas coberturas adicionais o segurado não fará jus às estas coberturas após o fim de vigência inicialmente contratada.

7.1.3.2 A vigência dessas coberturas respeitará o disposto no item 7.1.3 e terminará, impreterivelmente, no 1º dia posterior à data em que o segurado atingir 70 (setenta) anos.

7.1.4 Para a cobertura adicional de Morte Natural ou Acidental (Temporária Adicional), mencionada na alínea e do item 3.2, a vigência será por prazo determinado de 5, 10, 15, 20, 25 ou 30 anos, conforme estabelecido na proposta de contratação. Esta cobertura só estará disponível para contratação quando a vigência contratada para a cobertura básica de Morte Natural ou Acidental for vitalícia.

7.2 Para as propostas recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura individual será após 24 (vinte e quatro) horas da data de pagamento da primeira parcela do prêmio devido.

7.3 Para as propostas recepcionadas com adiantamento do prêmio, o início de vigência da cobertura individual será após 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção da proposta pela seguradora.

8. Período de Carência e Franquia

8.1. O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual.

8.1.1. A seguradora, a seu critério, poderá substituir ou reduzir o período de carência por declaração pessoal de saúde e/ou de atividades e/ou de exame médico.

8.1.1.1. O limite máximo que um plano de seguro poderá estabelecer como prazo de carência será de 2 (dois) anos. Entretanto, o prazo de carência não poderá exceder metade do prazo de vigência.

8.2. Não haverá carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais cobertos, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação do seguro.

8.2.1. O pagamento do capital segurado da garantia de cobertura básica de Adiantamento por Doença em Estágio Terminal será condicionado ao período de franquia, sendo este a sobrevivência do segurado por 30

(trinta) dias após a ocorrência do diagnóstico de uma doença grave coberta.

8.3. Haverá carência para as coberturas adicionais de Diária por Incapacidade Temporária, Diagnóstico Definitivo de 24 Doenças Graves, Diária por Internação Hospitalar e Diária por Internação Hospitalar - Adicional UTI, conforme previsto nas Condições Especiais das coberturas.

8.4. Haverá franquia para as coberturas adicionais de Diária por Incapacidade Temporária, Diária por Internação Hospitalar e Diária por Internação Hospitalar - Adicional UTI, conforme previsto nas Condições Especiais das coberturas.

8.4.1. O pagamento do capital segurado da cobertura adicional de Diagnóstico Definitivo de 24 Doenças Graves será condicionado ao período de franquia, sendo este a sobrevivência do segurado por 30 (trinta) dias após a ocorrência do diagnóstico de uma doença grave coberta, conforme previsto nas Condições Especiais das coberturas.

8.5. O período de carência também será aplicado aos casos de aumento de capital segurado após o início de vigência do seguro, para o capital aumentado.

9. Capital Segurado

9.1. O Capital Segurado representa o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora como benefício, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela Apólice, vigente na data do evento.

9.1.1. O Capital Segurado será estabelecido, por cobertura, na Apólice de Seguro de Vida, conforme proposto pelo Segurado, respeitados os limites mínimos e máximos previamente estabelecidos pela Seguradora.

9.1.2. Para a determinação do valor do capital segurado, conforme o caso, no momento da liquidação do sinistro, deverá ser considerado como data do evento a data definida nas condições especiais do seguro.

9.2. Alteração do Capital Segurado

9.2.1. O segurado poderá, a qualquer tempo e desde que o seguro esteja vigente, solicitar à seguradora alteração do valor do capital segurado.

9.2.2. Deverão ser respeitados os limites mínimo e máximo de valores para o capital estabelecidos pela seguradora.

9.2.3. No caso de redução do capital segurado, o valor de resgate, quando constituído conforme item 12 destas condições gerais, será reduzido na mesma proporção da redução do capital segurado, sendo a diferença entre o valor de resgate antes e após a redução paga ao segurado quando da efetivação da redução.

10. Atualização Monetária

10.1. Todos os valores deste Seguro de Vida serão expressos em moeda corrente nacional.

10.2. Os capitais segurados e, conseqüentemente, os prêmios serão atualizados anualmente, em cada aniversário da apólice, mediante aplicação do IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado nos 12 (doze) meses anteriores, contados a partir do 2º (segundo) mês anterior ao mês da atualização.

10.2.1 Caso ocorra extinção do índice previsto no subitem 10.2., será utilizado o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC/IBGE).

10.3. Os prêmios deste Seguro são nivelados durante a sua vigência, não havendo reajustes de prêmio por mudança de idade. Isso significa que serão aplicadas apenas atualizações monetárias no capital segurado e, conseqüentemente, nos prêmios na mesma proporção, conforme previsto no item anterior.

10.4. O saldo da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder será atualizado mensal e monetariamente, com base na variação mensal do IPCA/IBGE publicado no mês imediatamente anterior ao mês da data-base da provisão.

10.5. O saldo da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder será capitalizado mensal e atuarialmente, com base na taxa de juros de 3% a.a. (três

por cento ao ano), até o segurado completar 99 (noventa e nove) anos e enquanto o seguro estiver vigente.

1.5.1. Após o segurado completar 99 (noventa e nove) anos, o saldo da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder será atualizado mensal e monetariamente com base na variação mensal do IPCA/IBGE publicado no mês imediatamente anterior ao mês da data-base da provisão, enquanto o seguro estiver vigente.

11. Pagamento dos Prêmios

11.1. Os prêmios deverão ser pagos de forma anual ou mensal, conforme escolhido na proposta de contratação.

11.2. Para as garantias da cobertura básica de Morte Natural ou Acidental e para as coberturas adicionais, exceto para as citadas nos itens 11.3. e 11.4., o segurado poderá optar pelo prazo de pagamento vitalício dos prêmios ou por prazo determinado de 5, 10, 15, 20, 25 ou 30 anos, conforme estabelecido na proposta de contratação.

11.2.1. O prazo de pagamento escolhido não poderá ser superior ao período de vigência contratado.

11.2.2. Não está prevista alteração entre os prazos de pagamento durante a vigência do seguro.

11.3. Para as coberturas adicionais listadas abaixo o prazo para pagamento dos prêmios será igual ao período de vigência, isto é, por 5 (cinco) anos.

- a. Diagnóstico Definitivo de 24 Doenças Graves;
- b. Diária por Incapacidade Temporária;
- c. Diária por Internação Hospitalar;
- d. Diária por Internação Hospitalar – Adicional UTI.

11.4. Para a cobertura adicional de Morte Natural ou Acidental (Temporária Adicional), o prazo para pagamento dos prêmios será igual ao período de vigência desta cobertura, conforme estabelecido na proposta de contratação.

10.5. Os prêmios deverão ser pagos até a data de vencimento definida na proposta de contratação. No entanto, caso esta data corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o pagamento poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil subsequente, sem que haja suspensão das coberturas.

12. Valor de Resgate

12.1. O valor de resgate começará a ser constituído a partir do 25º (vigésimo quinto) mês da emissão da apólice, desde que o seguro esteja com os prêmios pagos em dia. A partir do referido mês, o segurado poderá solicitar o pagamento do valor de resgate líquido com consequente cancelamento do seguro.

12.2. O valor do resgate não corresponde à devolução plena dos prêmios pagos.

12.3. O valor de resgate corresponderá aos seguintes percentuais da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder (PMBaC), considerado o período decorrido desde a emissão da apólice, exceto para os itens 12.4. e 12.5.:

Período decorrido da data de emissão da Apólice (em meses)	% da PMBaC
1º ao 24º mês	0%
25º ao 36º mês	25%
37º ao 48º mês	35%
49º ao 60º mês	45%
61º ao 72º mês	55%
73º ao 84º mês	65%
85º ao 96º mês	75%
97º ao 108º mês	85%
109º mês em diante	100%

12.4. Para coberturas com vigência vitalícia e prazo de pagamento de 5 anos, o valor de resgate corresponderá aos seguintes percentuais da Provisão

Matemática de Benefícios a Conceder (PMBaC), considerado o período decorrido desde a emissão da apólice:

Período decorrido da data de emissão da Apólice (em meses)	% da PMBaC
1º ao 12º mês	0%
13º ao 24º mês	0%
25º ao 36º mês	50%
37º ao 48º mês	70%
49º em diante	100%

12.5. Para as coberturas adicionais listadas abaixo o valor de resgate corresponderá a 100% do montante acumulado na PMBaC a partir do 25º (vigésimo quinto) mês:

- a. Diagnóstico Definitivo de 24 Doenças Graves;
- b. Diária por Incapacidade Temporária;
- c. Diária por Internação Hospitalar;
- d. Diária por Internação Hospitalar – Adicional UTI.
- e. Morte Natural ou Acidental (Temporária Adicional).

12.6. Exclusivamente para a Cobertura Básica de Morte Natural ou Acidental e nos casos em que a vigência contratada para esta cobertura for vitalícia e o pagamento em 10 anos, para efeito de definição do valor total de resgate, será acrescido a Provisão Matemática de Benefícios a Conceder (PMBaC) um valor adicional (bônus) para resgate.

12.9.1. O valor total de resgate que o segurado terá direito estará disposto nas condições contratuais e materiais de suporte a venda do seguro.

12.9.2. O valor total de resgate, acrescido com o valor adicional (bônus), não poderá ser superior ao valor do Capital Segurado contratado.

12.9.3. No caso de alteração da Cobertura Básica de Morte Natural ou Acidental, por consequência do processo de aceitação de risco, o valor total de resgate não contemplará o valor adicional (bônus), a que se refere o subitem 12.9.

12.10. O valor total de resgate, quando solicitado, será atualizado monetariamente tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada desde a data da solicitação, caso a apólice esteja vigente, ou da data do cancelamento, até a data do efetivo pagamento.

12.11. Documentação necessária para solicitação de resgate, conforme legislação vigente:

- a. Formulário de solicitação de resgate devidamente preenchido e assinado pelo Segurado.
- b. Cópia do documento de identificação.
- c. Cópia do comprovante de residência do segurado com validade de até 180 (cento e oitenta) dias.

12.12. Recebida a solicitação do segurado para o pagamento do valor de resgate líquido, a seguradora efetuará o pagamento conforme prazo determinado pela legislação vigente, contado da data do recebimento da solicitação e desde que a documentação esteja completa.

12.12.1. Caso o prazo máximo determinado pela legislação vigente para o pagamento do valor de resgate líquido não seja obedecido, incidirão sobre o valor de resgate líquido:

- a. Multa de 2% (dois por cento), a partir do primeiro dia subsequente ao do término do prazo
- b. Juros moratórios na razão de 1% (um por cento) ao mês “pro rata die”, a partir do primeiro dia subsequente ao do término do prazo.

12.12.2. Serão deduzidos do pagamento do Valor de Resgate possíveis valores devidos pelo Segurado à Seguradora, como:

a. Quaisquer prêmios devidos e não pagos, acrescidos de multa, juros e atualização monetária.

12.13. O valor de resgate continuará sendo constituído normalmente durante o período de tolerância. No entanto, em caso de cancelamento do seguro por falta de pagamento, o valor de resgate devido ao segurado será aquele constituído até o mês da última competência quitada.

12.14. Quando houver pagamento de benefício da cobertura básica, a apólice será integralmente cancelada e não haverá mais direito ao recebimento de Valor de Resgate.

12.15. Quando houver pagamento de benefício de cobertura adicional sem reintegração de capital, a cobertura será integralmente cancelada e não haverá mais direito ao recebimento do Valor de Resgate da respectiva cobertura.

13. Mudança para Valor Saldado

13.1. O segurado poderá, a partir do 25º (vigésimo quinto) mês de vigência do seguro, e durante o período de pagamento dos prêmios, mudar o seguro original para seguro com valor saldado, interrompendo o pagamento dos prêmios a vencer, desde que seja respeitado o capital segurado mínimo definido na apólice do seguro. A solicitação deve ser feita em formulário apropriado.

13.1.1. Caso o segurado deseje a mudança para seguro com valor saldado, serão mantidas a cobertura básica e as coberturas adicionais já quitadas. As demais coberturas adicionais serão canceladas.

13.1.2. Após a mudança para seguro com valor saldado, não será possível retornar ao valor original de capital segurado.

13.1.3. A solicitação deve ser feita em formulário apropriado.

13.2. O valor de resgate líquido da cobertura básica disponível na data da solicitação será utilizado para a manutenção do seguro pelo tempo originalmente contratado e, portanto, o capital segurado vigente será reduzido em função do prêmio único utilizado para sua quitação, sendo mantido o período de cobertura original. Neste caso, as demais características da cobertura básica

originalmente contratada não sofrerão alterações, sendo mantido o seu período de cobertura original e todas as garantias pertinentes ao mesmo.

13.3. A seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para analisar a solicitação, a partir da data do seu recebimento. Caso a mudança para seguro com valor saldado não seja possível, a seguradora comunicará ao segurado, mantendo as coberturas e regras dispostas nestas Condições Gerais.

13.5. Após a mudança, a seguradora emitirá um documento com as informações pertinentes à mudança para seguro com valor saldado.

14. Período de Tolerância

14.1. O período de tolerância corresponde ao período de 60 (sessenta) dias ininterruptos, a serem contados a partir do dia imediatamente posterior à data de vencimento do prêmio vencido e não-pago, durante o qual o segurado ainda fará jus às coberturas contratadas.

14.2. Haverá cobertura para os sinistros ocorridos durante o período de tolerância, com a consequente cobrança do prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga ao(s) beneficiário(s).

14.3. Se, findo o período de tolerância, os prêmios vencidos e não pagos não forem quitados, o seguro será saldado quando possível, conforme item 13 destas condições gerais, ou cancelado quando o saldamento não for possível.

14.4. O não pagamento na data do vencimento de qualquer prêmio do seguro constitui em mora o segurado, independentemente de interpelação e/ou notificação judicial ou extrajudicial.

14.5. Em havendo prêmios não pagos, o recebimento pela seguradora de qualquer valor referente ao prêmio do seguro não implicará em novação ou renúncia de direito, permanecendo o segurado em mora desde a data do vencimento do primeiro prêmio não pago.

15. Cancelamento do Seguro

15.1. O seguro não poderá ser cancelado pela seguradora sob alegação de alteração da natureza dos riscos.

15.2. O seguro será cancelado:

- a. Com o pagamento da indenização ao(s) beneficiário(s) por morte do segurado durante o período de vigência do seguro;
- b. Com a solicitação integral da Cobertura de Adiantamento por Doença em Estágio Terminal;
- c. Com a solicitação expressa do segurado, sendo devido, quando houver, o Valor de Resgate disponível, observando-se o item 12 (Valor de Resgate). Caso a solicitação ocorra durante o período de vigência da parcela já paga do prêmio e tendo o cliente optado pela periodicidade de pagamento anual, a Seguradora reterá o prêmio proporcional correspondente ao tempo decorrido da vigência e será devolvido ao cliente o prêmio proporcional ao período de vigência à decorrer.
- d. Com o fim do período de tolerância, caso o segurado não tenha regularizado o pagamento dos prêmios vencidos e não pagos, e caso o seguro não possa ser saldado.

15.3. Na contratação por meios remotos o Segurado poderá desistir do contrato do seguro no prazo de até 7 (sete) dias corridos a contar da data de aceitação da proposta, nos termos do item 6 (Aceitação do Seguro) destas Condições.

15.4. A seguradora comunicará ao segurado, de forma prévia, sobre o cancelamento do seguro em decorrência do não pagamento do(s) prêmio(s) pelo prazo previsto no item 14.1. oportunizando o pagamento do(s) prêmio(s) em atraso.

16. Perda de Direito à indenização

16.1. O segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

16.2. Se, ainda, o segurado, seu representante ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta de contratação ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

16.3. Se a inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações não resultar de má-fé do segurado, seu representante ou seu corretor de seguros, a seguradora poderá:

- I. Na hipótese de não ocorrência de sinistro:
 - a. Cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
 - b. Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.
- II. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial da importância segurada:
 - a. Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
 - b. Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao(s) beneficiário(s) ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.
- III. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral da importância segurada, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

16.4. O Segurado deverá comunicar à seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovada a má-fé.

16.4.1. A seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro, ou mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

16.4.2. Contudo, tendo em vista a estruturação técnica deste seguro, a seguradora não utilizará a informação do agravamento do risco durante a vigência do seguro para alterar direitos e deveres ora previstos nestas condições gerais, incluindo a decisão de cancelar o seguro, restringir a cobertura ou cobrar a diferença de prêmio.

17. Liquidação de Sinistros

17.1 Em caso de ocorrência de sinistro, o segurado ou seus beneficiários, conforme o caso, deverão comunicá-lo à seguradora, logo que saibam.

17.2. Os documentos básicos necessários para análise e liquidação de sinistro estão listados nas Condições Especiais de cada cobertura.

17.3. As cópias de documentos apresentados pelo segurado devem ser sempre legíveis.

17.4. Beneficiários analfabetos ou impossibilitados de assinarem - A quitação será a rogo, com a aposição da impressão digital do beneficiário e a assinatura de duas testemunhas, com identificação através da anotação do número da carteira de identidade e número do CPF.

17.5. Sigilo Médico - Todos os documentos médicos deverão ser encaminhados, embalados, devidamente lacrados, sob tarja confidencial, aos cuidados da Gerência Médica da Icatu Seguros. Quando da necessidade do envio de exames originais, estes deverão ser embalados de modo a não permitirem dobras, amassos, vincos ou quaisquer outras injúrias que possam causar dano de qualquer espécie ou intensidade. Após análise a área médica remeterá os mesmos em molde semelhante e sob os cuidados da representação local da Icatu Seguros, onde os mesmos deverão ser devolvidos aos segurados.

17.6. Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) – Toda CAT, para quaisquer situações previstas na legislação, deve ser aberta com citação de 2 (duas) testemunhas e devidamente habilitadas por médico, no verso.

17.7. Procurações por instrumento particular - Sempre em original e com firma do outorgante reconhecida. Tanto o outorgante como o outorgado devem estar claramente qualificados com o nº do documento de identidade e do CPF, naturalidade, estado civil, profissão e endereço, devendo ser específica para a Icatu Seguros, com os poderes que se quer outorgar devidamente detalhados.

17.8. A partir da entrega de toda a documentação básica exigida pela seguradora, esta terá o prazo de até 30 (trinta) dias para a liquidação do sinistro. Caso o prazo mencionado não seja obedecido, ressalvo o disposto no item 17.8., incidirão sobre o valor do capital segurado:

- a. Multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do capital segurado, a partir do primeiro dia subsequente ao do término do prazo;
- b. Juros moratórios na razão de 1% (um por cento) ao mês “pro rata die” sobre o valor do capital segurado, a partir do primeiro dia subsequente ao do término do prazo;
- c. Atualização monetária, desde a data do sinistro até a data do efetivo pagamento da indenização, pela variação positiva do índice de preço determinado no item 10 (Atualização Monetária).

17.9. É facultado à seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar outros documentos além daqueles elencados como documentação básica para cada cobertura, que julgar necessários à apuração do sinistro. Neste caso, a contagem do prazo para a liquidação será suspensa e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que foram completamente atendidas as exigências.

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

17.11. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, conforme o caso, 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, que será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos 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.

17.11.1. 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.

17.12. Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação dos sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da seguradora.

17.13. O eventual ressarcimento de despesas realizadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

17.14 Documentos que comprovam a união estável:

- a. Prova de recebimento de pensão do segurado, paga pelo INSS;
- b. Declaração do IRRF do segurado, em que conste o(a) companheiro(a) como seu dependente;
- c. Disposições testamentárias;
- d. Anotação constante na carteira de trabalho, realizada pelo órgão competente;
- e. Declaração especial perante tabelião (escritura pública declaratória de dependência econômica);
- f. Anotação constante de Ficha ou Livro de Registro de Empregados;
- g. Certidão de nascimento de filho havido em comum;

- h. Certidão de casamento religioso;
- i. Conta bancária conjunta;
- j. Registro em associação de qualquer natureza, do qual conste o(a) companheiro(a) como dependente do segurado.
- k. Ficha de tratamento, em instituição de assistência médica, da qual conste o Segurado como responsável.

17.15 Documentos que comprovam residência:

- a. Conta de luz, com prazo máximo 90 (noventa) dias;
- b. Conta de água, com prazo máximo 90 (noventa) dias;
- c. Conta de gás, com prazo máximo 90 (noventa) dias;
- d. Conta de telefone fixo, com prazo máximo 90 (noventa) dias.

17.16. A assinatura deve ser idêntica à do documento de identificação. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. O Gov.br, que é uma plataforma de serviços digitais gratuita que permite assinaturas eletrônicas, sendo uma alternativa válida conforme normas estabelecidas. Acesse o link Assinatura Eletrônica – Governo Digital (www.gov.br).

18. Pagamento das Indenizações

18.1. As indenizações referentes às coberturas contratadas deverão ser pagas sob a forma de pagamento único, exceto em caso de cobertura de Diária por Incapacidade Temporária (DIT), Diária por Internação Hospitalar (DIH) e de Diária por Internação Hospitalar – Adicional UTI (DIH-UTI), em que o pagamento será feito conforme definido nas condições especiais.

18.2. O pagamento de indenização referente a coberturas distintas destas Condições Gerais e Especiais são cumulativas em caso de sinistros decorrentes do mesmo evento, exceto se disposto o contrário nas Condições Especiais.

19. Beneficiário(s)

19.1. O(s) beneficiário(s) do seguro será(ão) aquele(s) designado(s) pelo segurado em sua proposta de contratação ou em outro documento hábil, podendo ser substituído(s), a qualquer tempo, mediante solicitação formal, preenchida e assinada pelo próprio segurado. A mudança somente se tornará efetiva no dia do recebimento da solicitação pela Seguradora.

19.2. A seguradora efetuará o pagamento do capital segurado referente ao evento coberto por este seguro, ao(s) beneficiário(s) expressamente designado(s) pelo segurado, desde que obedecida a legislação vigente sobre o assunto. As coberturas que o beneficiário for o próprio segurado constarão nas respectivas Condições Especiais.

19.3. Na falta da indicação de beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago, conforme determinado pela legislação vigente à época do sinistro.

20. Regime Financeiro

Este plano de seguro é estruturado sob o regime financeiro de capitalização.

21. Modificações da Apólice

O presente seguro poderá ser alterado, a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes, desde que obedeça aos termos, condições e estrutura do plano contratado.

22. Tributos

22.1 O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os prêmios, indenizações e/ou resgate deverá ser efetuado conforme legislação vigente.

23. Prescrição

23.1 Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

24. Foro

Fica eleito o foro da comarca do domicílio do segurado ou beneficiário, conforme o caso, para dirimir toda e qualquer dúvida proveniente direta ou indiretamente deste seguro. Na hipótese de inexistência da relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no caput deste item.

25. Sub-rogação

25.1 No seguro de pessoas, o segurador não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do segurado, ou do beneficiário, contra o causador do sinistro.

26. Disposições Finais

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

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA BÁSICA

MORTE NATURAL OU ACIDENTAL

1. Objetivo

2. Vigência da Cobertura

3. Capital Segurado

4. Procedimentos em Caso de Sinistro

5. Disposições Finais

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA BÁSICA DE **MORTE NATURAL OU ACIDENTAL**

1. Objetivo

1.1 Em caso de morte do segurado, ocorrida durante o período de vigência desta cobertura, por quaisquer causas, naturais ou acidentais, a Seguradora garantirá ao(s) seu(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado desta cobertura, respeitando o disposto nestas condições contratuais e observados os Riscos Excluídos (item 4) das condições gerais.

2. Vigência da Cobertura

2.1. A vigência desta cobertura poderá ser vitalícia ou por um prazo determinado de 5, 10, 15, 20, 25 ou 30 anos, conforme estabelecido na proposta de contratação.

2.1.1 A vigência dessa cobertura irá determinar a vigência do seguro.

3. Capital Segurado

3.1. O Capital Segurado será estabelecido contratualmente e constará na Apólice de Seguro de Vida.

3.2. Caso o segurado solicite a redução do capital segurado, o valor de resgate da cobertura será reduzido na mesma proporção da redução do capital segurado, sendo a diferença entre o valor de resgate antes e após a redução paga ao segurado quando da efetivação da redução.

3.3. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do falecimento.

4. Procedimentos em Caso de Sinistro

4.1 Em caso de ocorrência de sinistro, o(s) beneficiário(s) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora e enviar os documentos básicos listados para análise e regulação:

4.1.1. Documentos do segurado em caso de morte natural:

- a. Cópia da certidão de óbito do segurado;
- b. Cópia da carteira de identidade e CPF ou Carteira Nacional de Habilitação do segurado;
- c. Cópia atualizada da certidão de casamento do segurado;
- d. Cópia do comprovante de residência do segurado, conforme definido no item 17.15 das condições gerais;
- e. Cópia de laudos e exames referentes a patologia que levou o segurado ao óbito;
- f. Cópia do prontuário médico do segurado; e
- g. Formulário de aviso de sinistro, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário.
- h. Formulário de aviso de sinistro, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e com assinatura do beneficiário idêntica ao documento de identificação apresentado;

4.1.2. Documentos do segurado em caso de morte por acidente:

- a. Documentos relacionados no tópico anterior;
- b. Cópia do boletim de ocorrência policial ou Boletim de Registro de Acidente de Trânsito (BRAT), se houver;
- c. Cópia da carteira nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- d. Cópia do laudo de necropsia, se houver; e
- e. Cópia do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

4.1.3. Documentos dos beneficiários em caso de morte do segurado, independentemente da causa:

4.1.3.1. Documentos dos beneficiários, em caso de haver designação:

- a. Cópia do comprovante de residência dos beneficiários designados na proposta de contratação, conforme definição no item 17.15 destas condições gerais;
- b. Cônjuge: cópia da certidão de casamento, carteira de identidade e CPF;
- c. Companheira(o): cópia da carteira de identidade, CPF e pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento, conforme definição no subitem 17.14 destas condições gerais;
- d. Filhos menores de 16 anos: cópia da certidão de nascimento;
- e. Pais, filhos maiores de 16 anos e outros: cópia da carteira de identidade e CPF; e
- f. Formulário de autorização de pagamento de indenização, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário.

4.1.3.2. Documentos dos beneficiários, em caso de não haver designação:

- a. Cópia do RG, CPF e comprovante de residência dos herdeiros legais do segurado, conforme definição no item 17.15 das condições gerais;
- b. Para filhos menores de 16 anos, cópia da certidão de nascimento;
- c. Para beneficiários menores de 16 anos, é necessária a apresentação dos documentos dos representantes legais;
- d. Para companheiro(a), cópia de pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento, conforme definição no subitem 17.14 destas condições gerais;
- e. Declaração de Herdeiros Legais, fornecida pela Seguradora, assinada por um dos herdeiros legais; e

- f. Formulário de autorização de pagamento de indenização, fornecido pela seguradora, devidamente preenchido e assinado pelos herdeiros legais.

5. Disposições Finais

5.1. Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais da apólice que não foram modificadas por estas condições especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA BÁSICA

ADIANTAMENTO POR DOENÇA EM ESTÁGIO TERMINAL

- 1. Objetivo**
- 2. Cobertura**
- 3. Riscos Excluídos**
- 4. Vigência da Cobertura**
- 5. Capital Segurado**
- 6. Cessação da Cobertura**
- 7. Procedimentos em Caso de Sinistro**
- 8. Beneficiários**
- 9. Disposições Finais**

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA BÁSICA DE **ADIANTAMENTO POR DOENÇA EM ESTÁGIO TERMINAL**

1. Objetivo

1.1. Caso o Segurado seja considerado doente em fase terminal, a Seguradora realizará o adiantamento de um percentual do capital segurado da cobertura básica de Morte ao segurado, respeitando o disposto nestas condições contratuais e observados os Riscos Excluídos (item 4) das condições gerais.

2. Cobertura

2.1. Considera-se doença em estágio terminal aquela para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresente estado clínico grave, devidamente comprovado por um médico especialista, sem perspectiva de recuperação.

2.2. O diagnóstico deverá ser comprovado por declaração médica, emitida por médico especialista.

2.2.1. Não serão aceitos como médico especialista o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

2.2.2. Somente será garantido por esta cobertura o estado terminal diagnosticado pela primeira vez dentro do período de vigência deste seguro, e após o período de carência, desde que o segurado não venha a falecer nos primeiros 30 (trinta) dias após o diagnóstico.

2.3. Para fins desta cobertura o adiantamento é previsto para o caso de o segurado vir a apresentar estágio avançado em uma ou mais patologias a seguir:

2.3.1. Doença Cardíaca Grave: doenças cardíacas decorrentes de coronariopatias agudas ou crônicas, doenças das válvulas cardíacas e/ou do músculo cardíaco, devidamente comprovadas e que necessitem de

cirurgia a céu aberto, assim como a doença cardíaca geradora de sintomas de insuficiência do órgão (falta de ar, dor no peito e cansaço) mesmo em repouso.

2.3.2. Doença Pulmonar Grave: doenças pulmonares relacionadas ao aumento permanente dos sacos aéreos (alvéolos) com perda da capacidade de expirar completamente (enfisema), obstruções pulmonares hereditárias (fibrose cística), infecções prolongadas e cicatrização permanente e espessamento do tecido pulmonar.

2.3.3. Doença Renal Grave: Perda súbita da capacidade renal de excreção de resíduos e de concentração de urina, com necessidade de hemodiálise regular.

2.3.4. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS): conjunto de sinais e sintomas de imunodeficiência secundária, resultante da infecção pelo vírus HIV, caracterizada por uma contagem de linfócitos CD4 abaixo de 200 células por mm³ ou inferior a 14% do total de linfócitos. Manifestações clínicas incluem infecções oportunistas, neoplasias malignas, emaciação e demência.

2.3.5. Paralisia Irreversível e Incapacitante: perda da capacidade de contração muscular voluntária, por interrupção funcional ou orgânica em um ponto qualquer da via motora, que pode ir do córtex cerebral até o próprio músculo.

2.3.6. Doença Neoplásica Maligna ou Câncer: é o resultado do acúmulo de alterações genéticas ou adquiridas que transforma a célula normal em outra estrutura diferente, promovendo o crescimento progressivo e descontrolado de células malignas, com potencial para invadir tecidos ou órgãos vizinhos e disseminar-se a lugares distantes (metástases).

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

2.5. Caso o Segurado faleça dentro da vigência do seguro, a seguradora deduzirá da indenização da garantia da cobertura básica de morte, o valor pago na garantia por Antecipação por Doença em estágio terminal.

2.6. Se o Segurado sobreviver após a previsão de 6 (seis) meses da data do diagnóstico, tendo ele recebido a indenização referente à esta cobertura, não poderá se beneficiar novamente de tal cobertura para a Doença em estágio terminal.

2.7. Caso o percentual da indenização seja equivalente a 100% (cem por cento) da garantia da cobertura básica de morte, o seguro será cancelado após o pagamento da indenização ao segurado.

3. Riscos Excluídos

3.1. Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais, estão também expressamente excluídos:

3.1.1 Doenças diagnosticadas antes do cumprimento do Prazo de Carência;

3.1.2 Doenças que não obedeçam a descrição estabelecida no item 2;

3.1.3 Doenças profissionais;

3.1.4 Doenças ou Lesões Preexistentes e suas Consequências.

4. Vigência da Cobertura

4.1. A vigência desta cobertura poderá ser vitalícia ou por um prazo determinado de 5, 10, 15, 20, 25 ou 30 anos, conforme estabelecido na proposta de contratação.

5. Capital Segurado

5.1. O Capital Segurado será estabelecido contratualmente e constará na Apólice de Seguro de Vida.

5.2. Caso o segurado solicite a redução do capital segurado, o valor de resgate da cobertura será reduzido na mesma proporção da redução do capital segurado, sendo a diferença entre o valor de resgate antes e após a redução paga ao segurado quando da efetivação da redução.

5.3. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do diagnóstico da doença em estágio terminal, constante da Declaração Médica.

6. Cessação da Cobertura

6.1. Além dos cenários previstos no item 15 (Cancelamento do Seguro) das condições gerais, do seguro, a cobertura do risco a que se refere estas condições especiais cessa ainda:

- a. Com o cancelamento ou término da vigência da cobertura básica de morte;
- b. Com o pagamento do Benefício, previsto nesta cobertura.

7. Procedimentos em Caso de Sinistro

7.1. Em caso de ocorrência de sinistro, o segurado deverá comunicá-lo à seguradora e enviar os documentos básicos listados para análise e regulação:

- a. Declaração Médica atestando a doença como terminal conforme item 2.1. das Condições Especiais, emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada;
- b. Cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- c. Exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico da doença;

- d. Cópia do Comprovante de residência do segurado, conforme definição no item 17.15. das Condições Gerais.
- e. Formulário de aviso de sinistro, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado; e
- f. Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado.

8. Beneficiários

8.1. Para fins desta cobertura, o beneficiário é o próprio Segurado.

9. Disposições Finais

9.1. Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais da apólice que não foram modificadas por estas condições especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL

MORTE NATURAL OU ACIDENTAL (TEMPORÁRIA ADICIONAL)

1. Objetivo

2. Cobertura

3. Vigência da Cobertura

4. Capital Segurado

5. Cessação da Cobertura

6. Procedimentos em Caso de Sinistro

7. Disposições Finais

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE MORTE NATURAL OU ACIDENTAL (TEMPORÁRIA ADICIONAL)

1. Objetivo

1.1. Em caso de morte do segurado, ocorrida durante o período de vigência desta cobertura, por quaisquer causas, naturais ou acidentais, a Seguradora garantirá ao(s) seu(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado desta cobertura, respeitando o disposto nestas condições contratuais e observados os Riscos Excluídos (item 4) das condições gerais.

2. Cobertura

2.1. Esta cobertura poderá ser oferecida como adicional somente quando a cobertura básica de Morte Natural ou Acidental for contratada com vigência vitalícia.

3. Vigência da Cobertura

3.1. A vigência desta cobertura poderá por um prazo determinado de 5, 10, 15, 20, 25 ou 30 anos, conforme estabelecido na proposta de contratação.

4. Capital Segurado

4.1. O Capital Segurado será estabelecido contratualmente e constará na Apólice de Seguro de Vida.

4.2. Caso o segurado solicite a redução do capital segurado, o valor de resgate da cobertura será reduzido na mesma proporção da redução do capital segurado, sendo a diferença entre o valor de resgate antes e após a redução paga ao segurado quando da efetivação da redução.

4.3. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do falecimento.

5. Cessação da Cobertura

5.1. Além dos cenários previstos no item 15 (Cancelamento do Seguro) das condições gerais, do seguro, a cobertura do risco a que se refere estas condições especiais cessa ainda:

- a. Com o cancelamento ou término da vigência da cobertura básica de morte;
- b. Com o pagamento do Benefício, previsto nesta cobertura.
- c. Com a mudança da cobertura básica à qual está cobertura adicional está vinculada para Valor Saldado; ou
- d. Com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura adicional.

5.2. Caso o Segurado solicite o cancelamento desta cobertura, a Seguradora pagará a ele, quando devido, o Valor de Resgate disponível até o dia do cancelamento da cobertura, observando-se o item 12 (Valor de Resgate) das Condições Gerais.

6. Procedimentos em Caso de Sinistro

6.1. Em caso de ocorrência de sinistro, o(s) beneficiário(s) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora e enviar os documentos básicos listados para análise e regulação:

6.1.1. Documentos do segurado em caso de morte natural:

- a. Cópia da certidão de óbito do segurado;
- b. Cópia da carteira de identidade e CPF ou Carteira Nacional de Habilitação do segurado;
- c. Cópia atualizada da certidão de casamento do segurado;
- d. Cópia do comprovante de residência do segurado, conforme definido no item 17.15 das condições gerais;

- e. Cópia de laudos e exames referentes a patologia que levou o segurado ao óbito;
- f. Cópia do prontuário médico do segurado; e
- g. Formulário de aviso de sinistro, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário.
- h. Formulário de aviso de sinistro, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e com assinatura do beneficiário idêntica ao documento de identificação apresentado;

6.1.2. Documentos do segurado em caso de morte por acidente:

- a. Documentos relacionados no tópico anterior;
- b. Cópia do boletim de ocorrência policial ou Boletim de Registro de Acidente de Trânsito (BRAT), se houver;
- c. Cópia da carteira nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- d. Cópia do laudo de necropsia, se houver; e
- e. Cópia do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

6.1.3. Documentos dos beneficiários em caso de morte do segurado, independentemente da causa:

6.1.3.1. Documentos dos beneficiários, em caso de haver designação:

- a. Cópia do comprovante de residência dos beneficiários designados na proposta de contratação, conforme definição no item 17.15 destas condições gerais;
- b. Cônjuge: cópia da certidão de casamento, carteira de identidade e CPF;
- c. Companheira(o): cópia da carteira de identidade, CPF e pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento, conforme definição no subitem 17.14 destas condições gerais;

- d. Filhos menores de 16 anos: cópia da certidão de nascimento;
- e. Pais, filhos maiores de 16 anos e outros: cópia da carteira de identidade e CPF; e
- f. Formulário de autorização de pagamento de indenização, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário.

6.1.3.2. Documentos dos beneficiários, em caso de não haver designação:

- a. Cópia do RG, CPF e comprovante de residência dos herdeiros legais do segurado, conforme definição no item 17.15 das condições gerais;
- b. Para filhos menores de 16 anos, cópia da certidão de nascimento;
- c. Para beneficiários menores de 16 anos, é necessária a apresentação dos documentos dos representantes legais;
- d. Para companheiro(a), cópia de pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento, conforme definição no subitem 17.14 destas condições gerais;
- e. Declaração de Herdeiros Legais, fornecida pela Seguradora, assinada por um dos herdeiros legais; e
- f. Formulário de autorização de pagamento de indenização, fornecido pela seguradora, devidamente preenchido e assinado pelos herdeiros legais.

7. Disposições Finais

7.1. Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais da apólice que não foram modificadas por estas condições especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL

INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR MORTE ACIDENTAL

1. Objetivo

2. Riscos Excluídos

3. Vigência da Cobertura

4. Capital Segurado

5. Cessação da Cobertura

6. Procedimentos em Caso de Sinistro

7. Disposições Finais

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE **INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR MORTE ACIDENTAL**

1. Objetivo

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao(s) beneficiário(s), durante o período de vigência, o pagamento do Capital Segurado de Morte Acidental, exclusivamente em caso de morte do segurado por acidente pessoal coberto, observados os Riscos Excluídos, previstos nas Condições Contratuais.

2. Riscos Excluídos

2.1. Além dos riscos mencionados no item 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos os acidentes ocorridos em consequência de:

a. furacões, ciclones, terremotos, maremotos e erupções vulcânicas;

b. ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, salvo se tratar de ato de humanidade em auxílio de outrem ou da prestação de serviço militar.

c. perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente pessoal;

4. Vigência da Cobertura

3.1. A vigência desta cobertura será determinada pela vigência contratada para a cobertura básica de Morte Natural ou Acidental, conforme estabelecido na proposta de contratação.

3.2. Não há carência para esta cobertura opcional.

4. Capital Segurado

4.1. O Capital Segurado será estabelecido contratualmente e constará na Apólice de Seguro de Vida.

4.2. Caso o segurado solicite a redução do capital segurado, o valor de resgate será reduzido na mesma proporção da redução do capital segurado, sendo a diferença entre o valor de resgate antes e após a redução paga ao segurado quando da efetivação da redução.

4.3. Para efeito de determinação do capital segurado na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento, a data do acidente.

5. Cessação da Cobertura

5.1. Além dos cenários previstos no item 15 (Cancelamento do Seguro) das condições gerais, do seguro, a cobertura do risco a que se refere estas condições especiais cessa ainda:

- a. Com o cancelamento ou término da vigência da cobertura básica de morte a qual está cobertura está vinculada;
- b. Com o pagamento do Benefício, previsto nesta cobertura;
- c. Com a mudança da cobertura básica   qual está cobertura adicional está vinculada para Valor Saldado, exceto se está cobertura já estiver quitada; ou
- d. Com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura adicional.

5.2. Caso o Segurado solicite o cancelamento desta cobertura, a Seguradora pagará a ele, quando devido, o Valor de Resgate disponível até o dia do cancelamento da cobertura, observando-se o item 12 (Valor de Resgate) das Condições Gerais.

6. Procedimentos em Caso de Sinistro

6.1. Em caso de ocorrência de sinistro, o(s) beneficiário(s) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora e enviar os documentos básicos listados para análise e regulação:

6.1.1. Documentos do segurado:

- a. Cópia da certidão de óbito do segurado;
- b. Cópia da carteira de identidade e CPF ou Carteira Nacional de Habilitação do segurado;
- c. Cópia atualizada da certidão de casamento do segurado;
- d. Cópia do comprovante de residência do segurado, conforme definido no item 17.15 das condições gerais;
- e. Cópia de laudos e exames referentes a patologia que levou o segurado ao óbito;
- f. Cópia do prontuário médico do segurado;
- g. Cópia do boletim de ocorrência policial ou Boletim de Registro de Acidente de Trânsito (BRAT), se houver;
- h. Cópia da carteira nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- i. Cópia do laudo de necropsia, se houver; e
- j. Cópia do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- k. Formulário de aviso de sinistro, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário; e
- l. Formulário de aviso de sinistro, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e com assinatura do beneficiário idêntica ao documento de identificação apresentado.

6.1.2. Documentos do(s) Beneficiário(s):

6.1.2.1. Documentos dos beneficiários, em caso de haver designação:

- a. Cópia do comprovante de residência dos beneficiários designados na proposta de contratação, conforme definição no item 17.15 destas condições gerais;
- b. Cônjuge: cópia da certidão de casamento, carteira de identidade e CPF;
- c. Companheira(o): cópia da carteira de identidade, CPF e pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento, conforme definição no subitem 17.14 destas condições gerais;
- d. Filhos menores de 16 anos: cópia da certidão de nascimento;
- e. Pais, filhos maiores de 16 anos e outros: cópia da carteira de identidade e CPF; e
- f. Formulário de autorização de pagamento de indenização, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário.

6.1.2.2. Documentos dos beneficiários, em caso de não haver designação:

- a. Cópia do RG, CPF e comprovante de residência dos herdeiros legais do segurado, conforme definição no item 17.15 das condições gerais;
- b. Para filhos menores de 16 anos, cópia da certidão de nascimento;
- c. Para beneficiários menores de 16 anos, é necessária a apresentação dos documentos dos representantes legais;
- d. Para companheiro(a), cópia de pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento, conforme definição no subitem 17.14 destas condições gerais;
- e. Declaração de Herdeiros Legais, fornecida pela Seguradora, assinada por um dos herdeiros legais; e

- f. Formulário de autorização de pagamento de indenização, fornecido pela seguradora, devidamente preenchido e assinado pelos herdeiros legais.

7. Disposições Finais

7.1. Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais da apólice que não foram modificadas por estas condições especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. Objetivo

2. Definições

3. Cobertura

4. Riscos Excluídos

5. Vigência da Cobertura

6. Capital Segurado

7. Cessação da Cobertura

8. Procedimentos em Caso de Sinistro

9. Beneficiários

10. Disposições Finais

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

1. Objetivo

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante, durante o período de vigência, pagar indenização ao segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, observados os Riscos Excluídos, previstos nas Condições Contratuais. É permitida a majoração da garantia de IPA conforme previsto no item 3.2. desta Condição Especial.

2. Definições

2.1. Serão utilizadas as mesmas definições do item 2 (Definições) das condições gerais, além das definições inseridas a seguir:

Majoração:

Circunstâncias na qual o cliente receberá o benefício no valor integral previsto na cobertura.

3. Cobertura

3.1. Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente, quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará uma indenização ao próprio segurado com base na tabela abaixo, para os casos decorrentes de acidente pessoal coberto:

Invalidez Permanente Total	
Discriminação	% Sobre a importância segurada
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100

Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total incurável	100

Invalidez Permanente Parcial – Diversas

Discriminação	% Sobre a importância segurada
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não-consolidada no maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento torácico-lombo-sacro da coluna vertebral	25

Invalidez Permanente Parcial - Membros Superiores

Discriminação	% Sobre a importância segurada
Perda total do uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não-consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não-consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25

Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	9
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange; excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	---

Invalidez Permanente Parcial - Membros Inferiores	
Discriminação	% Sobre a importância segurada
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não-consolidada de um fêmur	50
Fratura não-consolidada de um dos segmentos tibio-peroneiros (perna)	25
Fratura não-consolidada da rótula	20
Fratura não-consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do valor do respectivo dedo.	---
Encurtamento de um dos membros inferiores: de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
Encurtamento de um dos membros inferiores: de 4 (quatro) centímetros	10

Encurtamento de um dos membros inferiores: de 3 (três) centímetros	6
Encurtamento de um dos membros inferiores: menos de 3 (três) centímetros	Sem indenização

3.2. Caso seja contratada a cobertura com opção de majoração, a seguradora pagará uma indenização integral ao próprio segurado com base na tabela abaixo, para os casos decorrentes de acidente pessoal coberto listado:

Discriminação	% Sobre a importância segurada
Perda total do uso de uma das mãos.	100
Perda total da visão de um olho.	100
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano.	100
Perda Total do uso de um dos membros superiores	100
Perda Total do uso de um dos membros inferiores	100
Perda total do uso de um dos pés	100

3.3. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento). Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

3.4. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens

respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento). Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

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

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

3.7. As indenizações por morte acidental e invalidez permanente não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, deve ser deduzida da indenização por morte acidental a importância já paga por invalidez permanente.

3.8. Na ocorrência de Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente as indenizações serão pagas sob a forma de pagamento único.

4. Riscos Excluídos

4.1. Além dos riscos mencionados no item 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos os acidentes ocorridos em consequência de:

- a. furacões, ciclones, terremotos, maremotos e erupções vulcânicas;
- b. ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, salvo se tratar de ato de humanidade em auxílio de outrem ou da prestação de serviço militar.
- c. perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos

químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente pessoal;

5. Vigência da Cobertura

5.1. A vigência desta cobertura será determinada pela vigência contratada para a cobertura básica de Morte Natural ou Acidental, conforme estabelecido na proposta de contratação.

5.2. Não há carência para esta cobertura opcional.

6. Capital Segurado

6.1. O Capital Segurado será estabelecido contratualmente e constará na Apólice de Seguro de Vida.

6.2. Caso o segurado solicite a redução do capital segurado, o valor de resgate da cobertura será reduzido na mesma proporção da redução do capital segurado, sendo a diferença entre o valor de resgate antes e após a redução paga ao segurado quando da efetivação da redução.

6.3. Para efeito de determinação do capital segurado na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento, a data do acidente.

6.4. A reintegração do capital segurado relativo à cobertura de IPA é automática após cada acidente.

7. Cessação da Cobertura

7.1. Além dos cenários previstos no item 15 (Cancelamento do Seguro) das condições gerais, do seguro, a cobertura do risco a que se refere estas condições especiais cessa ainda:

- a. Com o cancelamento ou término da vigência da cobertura básica de morte a qual está cobertura está vinculada;
- b. Com a mudança da cobertura básica   qual está cobertura adicional está vinculada para Valor Saldado, exceto se está cobertura já estiver quitada; ou

- c. Com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura adicional.

7.2. Caso o Segurado solicite o cancelamento desta cobertura, a Seguradora pagará a ele, quando devido, o Valor de Resgate disponível até o dia do cancelamento da cobertura, observando-se o item 12 (Valor de Resgate) das Condições Gerais.

8. Procedimentos em Caso do Sinistro

8.1. Em caso de ocorrência de sinistro, o segurado deverá comunicá-lo à seguradora e enviar os documentos básicos listados para análise e regulação:

- a. Cópia da carteira de identidade e CPF ou Carteira Nacional de Habilitação do segurado;
- b. Exames e laudos médicos que estejam relacionados com a lesão/sequela;
- c. Cópia do boletim de ocorrência policial ou Boletim de Registro de Acidente de Trânsito (BRAT), se houver;
- d. Cópia do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- e. Cópia do comprovante de residência do segurado, conforme definição no item 17.15 das Condições Gerais;
- f. Cópia do CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho), se houver;
- g. Formulário de aviso de sinistro, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo segurado;
- h. Formulário de autorização de pagamento de indenização, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo segurado;
e
- i. Declaração médica de Acidentes Pessoais, fornecida pela Seguradora, devidamente assinado e carimbado pelo médico assistente.

9. Beneficiários

9.1. Para fins desta cobertura, o beneficiário é o próprio Segurado.

10. Disposições Finais

10.1. Ratificam-se as demais disposições constantes das condições gerais da apólice que não foram revogadas por estas condições especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL

INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE INVALIDEZ POR DOENÇA

1. Objetivo

2. Definições

3. Cobertura

4. Riscos Cobertos

5. Demais Riscos

6. Riscos Excluídos

7. Data do Sinistro

8.. Não Reconhecimento da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença

9. Despesas de Comprovação

10. Vigência da Cobertura

11. Capital Segurado

12. Cessação da Cobertura

13. Procedimentos em Caso de Sinistro

14. Beneficiários

15. Disposições Finais

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE INVALIDEZ POR DOENÇA

1. Objetivo

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante, durante o período de vigência, pagar indenização ao segurado, em caso de sua invalidez funcional permanente e total, consequente de doença que cause a perda de sua existência independente, sob critérios devidamente especificados no item Riscos Cobertos, destas condições, observados os Riscos Excluídos, previstos nas Condições Contratuais.

2. Definições

2.1. Serão utilizadas as mesmas definições do item 2 (Definições) das condições gerais, além das definições inseridas a seguir:

Agravo Mórbido:

Piora de uma doença

Alienação Mental:

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

Aparelho Locomotor:

Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

Atividade Laborativa:

Qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.

Auxílio:

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

Ato Médico:

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

Cardiopatia Grave:

Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.

Cognição:

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

Conectividade com a Vida:

Capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

Consumpção:

Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

Dados Antropométricos:

No caso da cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do segurado.

Deambular:

Ato de andar livremente com o uso do aparelho locomotor.

Declaração Médica:

Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

Deficiência Visual:

Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

Disfunção Imunológica:

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

Doença Crônica:

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

Doença Crônica em Atividade:

Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

Doença Crônica de Caráter Progressivo:

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

Doença em Estágio Terminal:

Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

Doença Neoplásica Maligna Ativa:

Crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.

Doença Profissional:

Aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.

Estados Conexos:

Representa o relacionamento consciente e normal do segurado com o meio externo.

Etiologia:

Causa de cada doença.

Fatores de Risco e Morbidade:

Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

Hígido:

Saudável.

Médico Assistente:

Médico que está assistindo ao segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

Prognóstico:

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

Quadro Clínico:

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

Recidiva:

Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

Refratariedade Terapêutica:

Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

Relações Existenciais:

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

Sentido de Orientação:

Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca.

Sequela:

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

Transferência Corporal:

Capacidade do segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3. Cobertura

3.1. A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado.

4. Riscos Cobertos

4.1. Considera-se como riscos cobertos a ocorrência comprovada de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes descritos a seguir, provenientes exclusivamente de doença. A comprovação se dará segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada.

4.1.1. Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;

4.1.2. 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;

4.1.3. 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;

4.1.4. Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;

4.1.5. 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;

4.1.6. Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;

4.1.7. Deficiência visual, decorrente de doença:

- a. Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- b. Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- c. Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
- d. Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

4.1.8. Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado.

4.1.9. Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:

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

4.2. Somente haverá cobertura para o primeiro diagnóstico de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, estando excluída a possibilidade de acumulação de indenizações. Portanto, esta garantia será cancelada após o recebimento da indenização, sendo o valor do prêmio do seguro relativo a esta cobertura deduzido do prêmio total.

5. Demais Riscos

5.1. Quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF (Anexo A), atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

5.1.1. O IAIF é composto por dois documentos:

a. Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos (Documento 1): avalia, através de escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

i. 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.

ii. Para a classificação no 2º ou no 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

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

b. Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade (Documento 2): valoriza cada uma das situações ali previstas.

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

6. Riscos Excluídos

6.1. Além dos riscos mencionados no item 4 (Riscos Excluídos) das condições gerais, consideram-se também como riscos excluídos, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:

a. a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;

b. os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional, salvo quando previsto o contrário nas condições particulares;

c. a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

7. Data do Sinistro

7.1. A data da invalidez funcional permanente e total por doença será a indicada na declaração médica.

7.2. A data da invalidez funcional permanente e total por doença será consignada por médico que esteja assistindo ao segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

7.3 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data indicada conforme subitens 7.1 e 7.2.

8. Não Reconhecimento da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença

8.1. 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 e total por doença.

9. Despesas de Comprovação

9.1. As despesas efetuadas com a legitimação da invalidez funcional permanente e total por doença são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante. As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

10. Vigência da Cobertura

10.1. A vigência desta cobertura será determinada pela vigência contratada para a cobertura básica de Morte Natural ou Acidental, conforme estabelecido na proposta de contratação.

11. Capital Segurado

11.1. O Capital Segurado será estabelecido contratualmente e constará na Apólice de Seguro de Vida.

11.2. Caso o segurado solicite a redução do capital segurado, o valor de resgate da cobertura será reduzido na mesma proporção da redução do capital segurado, sendo a diferença entre o valor de resgate antes e após a redução paga ao segurado quando da efetivação da redução.

11.3. Para efeito do cálculo da indenização será considerado o valor do capital segurado vigente na data de ocorrência do sinistro.

11.4. Reconhecida a invalidez funcional permanente e total por doença pela seguradora, o pagamento do capital segurado contratado será realizado sob a forma de pagamento único.

11.5. Para efeitos desta cobertura, não haverá reintegração de capital segurado, ou seja, esta garantia será cancelada após o recebimento da indenização, sendo o valor do prêmio do seguro relativo a esta cobertura deduzido do prêmio total.

12. Cessação da Cobertura

12.1. Além dos cenários previstos no item 15 (Cancelamento do Seguro) das condições gerais, do seguro, a cobertura do risco a que se refere estas condições especiais cessa ainda:

- a. Com o cancelamento ou término da vigência da cobertura básica de morte a qual está cobertura está vinculada;
- b. Com o pagamento do Benefício, previsto nesta cobertura;
- c. Com a mudança da cobertura básica à qual está cobertura adicional está vinculada para Valor Saldado, exceto se está cobertura já estiver quitada; ou
- d. Com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura adicional.

12.2. Caso o Segurado solicite o cancelamento desta cobertura, a Seguradora pagará a ele, quando devido, o Valor de Resgate disponível até o dia do cancelamento da cobertura, observando-se o item 12 (Valor de Resgate) das Condições Gerais.

13. Procedimentos em Caso de Sinistro

13.1. Em caso de ocorrência de sinistro, o segurado deverá comunicá-lo à seguradora e enviar os documentos básicos listados para análise e regulação:

- a. Cópia da carteira de identidade e CPF ou Carteira Nacional de Habilitação do segurado;
- b. Cópia do comprovante de residência do segurado, conforme definição no item 16.15 das condições gerais;
- c. Relatório Médico detalhado, preenchido pelo médico-assistente do Segurado, indicando o início da doença, qualificado pela data em que

esta foi efetivamente diagnosticada, detalhando o Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do segurado;

- d. Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;
- e. Formulário de aviso de sinistro, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo segurado. O segurado deverá comunicar à seguradora suas condições de saúde, retratando o quadro clínico incapacitante;
- f. Declaração Médica por Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, fornecida pela Seguradora, devidamente assinada e carimbada pelo médico assistente; e
- g. Formulário de autorização de pagamento de indenização, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo segurado.

14. Beneficiários

14.1. Para fins desta cobertura, o beneficiário é o próprio Segurado.

15. Disposições Finais

15.1. Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais desta apólice que não foram modificadas por estas condições especiais.

ANEXO A - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

DOCUMENTO 1

TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

Atributos	Escalas	Pontos
Relações do segurado com o cotidiano	1º Grau: O segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor	00
	2º Grau: O segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º Grau: O segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20
Condições clínicas e estruturais do segurado	1º Grau: O segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	00
	2º Grau: O segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3º Grau: O segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20

Conectividade do segurado com a vida	<p>1° Grau:</p> <p>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.</p>	00
	<p>2° Grau:</p> <p>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).</p>	10
	<p>3° Grau:</p> <p>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.</p>	20

DOCUMENTO 2

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 morbilidade do caso e ou há imc – índice de massa corporal superior a 40.	2
Há risco de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbilidade do caso.	2
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	4
Existem mais de 2 fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	4
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevida e ou refratariedade terapêutica.	8

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL

DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

1. Objetivo

2. Definições

3. Cobertura

4. Riscos Excluídos

5. Aceitação, Renovação e Vigência da Cobertura

6. Período de Franquia

7. Prazo de Carência

8. Limite Máximo de Diárias

9. Capital Segurado

9. Cessação da Cobertura

10. Procedimentos em Caso de Sinistro

11. Indenização

12. Beneficiários

12. Disposições Finais

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

1. Objetivo

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante, durante o período de vigência, o pagamento de diárias ao segurado, caso este venha a se afastar temporariamente do exercício de sua ocupação remunerada em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do seguro, observados os Riscos Excluídos, previstos nas Condições Contratuais.

1.2. O valor da diária a ser indenizada deve ser compatível com a renda do segurado.

1.3. O segurado fará jus a esta garantia se ficar total, contínuo e ininterruptamente, por período temporário, impossibilitado de exercer sua ocupação remunerada em caráter profissional durante o período em que se encontrar em tratamento médico, observados para cada evento o período indenitário, a franquia, a carência e o módulo ("1" ou "2") contratado.

1.4. Esta cobertura estará disponível em 2 módulos:

a. Módulo 1: Sem cobertura para L.E.R. (Lesão por Esforço Repetitivo), D.O.R.T. (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) e L.T.C. (Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo);

b. Módulo 2: Com cobertura para L.E.R. (Lesão por Esforço Repetitivo), D.O.R.T. (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) e L.T.C. (Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo);

1.4.1. Em nenhuma hipótese o segurado poderá optar pela contratação de ambos os módulos, devendo sinalizar adequadamente, quando do preenchimento da proposta de contratação, a opção desejada.

1.4.2. Não será permitida, em nenhuma hipótese, a troca entre módulos durante a vigência do seguro.

2. Definições

2.1. Serão utilizadas as mesmas definições do item 2 (Definições) das condições gerais, além das definições inseridas a seguir:

Acidente Pessoal:

Para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item 2 (Definições) das condições gerais deste seguro.

Limite Máximo de Diárias Indenizáveis:

É a quantidade máxima de diárias a que o segurado fará jus enquanto estiver afastado de sua profissão ou ocupação por motivo de doença ou acidente pessoal coberto, a contar do primeiro dia após o término do período de franquia e após cumprido o prazo de carência.

Valor da diária contratada:

É o valor do capital segurado contratado dividido por 30 (trinta). Este valor deverá ser compatível com o rendimento líquido mensal do segurado, proveniente do exercício de sua ocupação remunerada em caráter profissional, dividido por 30 (trinta).

Capital Segurado:

É aquele indicado na proposta de contratação e no certificado individual, a título de renda mensal. A renda diária (ou valor da diária contratada) será obtida dividindo-se o capital segurado por 30 (trinta).

Período indenitário:

Corresponde ao período durante o qual o segurado fará jus ao recebimento da renda diária contratada, observado o disposto no item 6 (Limite Máximo de Diárias) destas condições especiais. O período indenitário contratado pelo segurado constará da proposta de contratação. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar o período indenitário contratado.

3. Cobertura

3.1. Este seguro prevê o pagamento de diárias ao segurado, compatível com a renda, desde que fique comprovada sua total, contínua e ininterrupta, porém temporária, impossibilidade de exercer a sua profissão ou ocupação durante o período em que se encontrar sob tratamento médico por motivo de doença ou acidente pessoal coberto, observado para cada evento o período indenitário, a franquia, a carência e o módulo contratado.

3.1.1. Se ficar comprovada má-fé do segurado no que tange à informação constante na proposta de contratação, o segurado perderá o direito ao recebimento do capital segurado, com base no artigo 766 do Código Civil.

3.2. O pagamento das diárias se extinguirá com o retorno do segurado à atividade, com o fim do tratamento médico ou com o falecimento do mesmo ou findo o período do limite de diárias contratado.

3.3. Caso seja verificado pela perícia médica que a incapacidade de caráter temporário evoluiu para uma invalidez total e permanente, cessará o pagamento das diárias referentes a cobertura de Diária por Incapacidade Temporária.

4. Riscos Excluídos

4.1. Além dos riscos mencionados nas condições gerais, estão também expressamente excluídos dos módulos 1 e 2:

- a. Gravidez, parto e suas consequências, exceto se decorrente de acidentes pessoais;**
- b. Toda e qualquer condição obstétrica, incluindo abortos, provocados ou não e suas decorrências imediatas, mediatas e tardias, exceto se decorrente de acidentes pessoais;**
- c. Ceratotomia radial e demais condutas refrativas, mesmo que decorrentes de acidentes pessoais;**
- d. Cirurgias plásticas em geral, salvo as restauradoras de função orgânica e as resultantes de acidentes ocorridos na vigência do seguro, que requeiram reparação anatômica e as demais reconstrutoras inseridas como coadjuvante dos tratamentos cirúrgicos das neoplasias malignas;**

- e. Cirurgias plásticas redutoras de qualquer espécie e as demais para colocação, retirada ou reposição de qualquer prótese;
- f. Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com a finalidade estética, embelezadora, cosmética ou social e ainda aqueles relacionados aos métodos de manutenção/alteração voluntários da anatomia corporal, com ou sem finalidade de rejuvenescimento, mesmo que haja indicação médica paralela, exceto nas condições previstas no item anterior, quando necessários à restauração/reparação/reconstrução da função de algum órgão ou membro, alterada em razão de evento ocorrido na vigência do seguro;
- g. Tratamentos clínicos, cirúrgicos ou por qualquer método considerados não éticos, assim como, aqueles não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia, incluindo-se os experimentais, os não referendados e os demais liberados sob quaisquer ressalvas restritivas;
- h. Quaisquer tratamentos e suas consequências, em qualquer tempo, para emagrecimento mesmo que para obesidade mórbida;
- i. Tratamento para senilidade e outras manifestações senis, repouso, convalescença física e/ou psíquica, qualquer que seja a origem, mesmo com indicação médica;
- j. Tratamento odontológicos e buco-maxilo-faciais de qualquer espécie, origem ou indicação;
- k. Tratamento de doenças ou lesões físicas originadas em consequência de calamidade pública, conflitos, tumultos, revoluções, eventos sísmicos, catástrofes ou envenenamentos coletivos;
- l. Quando ocorrer o agravamento intencional do risco, por parte do segurado;
- m. Infecções oportunistas, condições infecciosas recidivantes e doenças infecto-contagiosas de notificação compulsória, inclusive a AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) e suas consequências.

- n. Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, assim como suas decorrências;
- o. Eventos decorrentes de doenças e ou acidentes pessoais ocorridos antes do início de vigência do risco individual ou durante o período de carência estabelecido nestas condições gerais, incluindo-se as doenças de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de contratação.
- p. Eventos, ainda que cobertos, mas compreendidos no período de franquia estabelecido no contrato;
- q. Tratamentos e suas consequências em qualquer tempo, destinados a correção de infertilidade, esterilidade, impotência, mudança de sexo, assim como aqueles destinados à anticoncepção, métodos contraceptivos e inseminação artificial, incluindo a realização de métodos diagnósticos invasivos a quaisquer das questões aqui relacionadas;
- r. Estados de convalescença (após a alta médica);
- s. Hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- t. Anomalias ou malformações congênitas com manifestação em qualquer época;
- u. Luxações recidivantes (que tenham ocorrido após um primeiro acometimento) de qualquer articulação;
- v. Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;
- w. Instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- x. Distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais, incluindo síndrome do pânico e estresse, bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia em suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;

- y. Doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais;
- z. Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;
- aa. Hérnia, todas, exceto após tratamento cirúrgico ou quando decorrente de acidente pessoal coberto.

4.2 Estão também expressamente excluídos do módulo 1:

- a. 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;
- b. Lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais degenerativas, dorsalgias e cervicalgias.

5. Aceitação, Renovação e Vigência da Cobertura

- 5.1. Poderão ser incluídas nesta cobertura as pessoas físicas com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 65 (sessenta e cinco) anos.
- 5.2. A vigência desta cobertura será de 5 (cinco) anos, podendo ser renovada por iguais períodos, respeitado o limite máximo de idade para contratação.
- 5.3. A primeira renovação é automática, sendo facultado ao segurado ou à seguradora optar pela não renovação desta cobertura, desde que manifeste tal intenção com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do término de vigência. Para as demais renovações, é necessária a anuência do segurado.

5.3.1. Para cálculo do novo prêmio da cobertura renovada, será considerada a idade do segurado no primeiro dia de vigência da cobertura renovada.

5.3.2. No momento da renovação, para fins de reavaliação e aceitação da renovação do risco a seguradora poderá solicitar uma nova Declaração Pessoal de Saúde e exames médicos ao segurado.

6. Período de Franquia

6.1. Será adotado período de franquias correspondente a 15 (quinze) dias, a contar da data do evento, para eventos decorrentes de doença.

6.1.1. Poderá ser contratada a opção de franquias reduzida de 7 (sete) dias, para eventos decorrentes de doença.

6.1.2. Não haverá franquias para eventos decorrentes de acidente pessoal coberto.

6.2. O segurado somente terá direito à garantia de Diárias de Incapacidade Temporária no caso de afastamento de suas atividades profissionais pelo tempo superior à franquias de dias estabelecida, e desde que sejam dias consecutivos e ininterruptos. Durante o período de franquias, o segurado não terá direito ao recebimento de diárias.

7. Prazo de Carência

7.1. O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, e constará na proposta de contratação e na apólice.

7.2. As garantias desta cobertura somente passam a vigorar depois de cumpridos os seguintes prazos de carência:

a. Eventos decorrentes de L.E.R. (Lesão por Esforço Repetitivo), D.O.R.T. (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) e L.T.C. (Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo): 150 (cento e cinquenta) dias contados a partir do início de vigência do seguro.

b. Eventos decorrentes de doenças não previstas no subitem acima: 60 (sessenta) dias contados a partir do início de vigência do seguro.

c. Eventos decorrentes de acidente pessoal: Não há carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período

corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação do seguro.

7.3. Em caso de aumento do valor da diária, as carências para eventos decorrentes de LER, DORT e LTC serão de 210 dias e para as demais doenças serão de 90 dias, consideradas a partir do início de vigência do respectivo aumento. O aumento da carência incidirá somente sobre a diferença entre o novo valor e o valor antigo, ou seja, sobre o acréscimo feito. Para o valor inicialmente acordado, permanecerá a carência prevista no item 7.2. e o prazo continuará correndo normalmente. O limite máximo que um seguro pode estabelecer como prazo de carência é de 2 (dois) anos.

7.4. O pagamento antecipado dos prêmios não reduz o período de carência do seguro.

8. Limite Máximo de Diárias

8.1. O número máximo de diárias a serem pagas, por evento coberto, para cobertura de Diária por Incapacidade Temporária será fixado na proposta de contratação e na apólice, e não poderá ser superior a:

- a. 90 (noventa) dias para eventos decorrentes de L.E.R. (Lesão por Esforço Repetitivo), D.O.R.T. (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) e L.T.C. (Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo) (exclusivo para o módulo 2); e
- b. 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias para os demais eventos cobertos.

9. Capital Segurado

9.1. O Capital Segurado será estabelecido contratualmente e constará na Apólice de Seguro de Vida.

9.2. Caso o segurado solicite a redução do capital segurado, o valor de resgate da cobertura será reduzido na mesma proporção da redução do capital segurado, sendo a diferença entre o valor de resgate antes e após a redução paga ao segurado quando da efetivação da redução.

9.3. O capital segurado para esta cobertura deverá ser compatível com a renda mensal líquida do segurado proveniente do exercício de sua ocupação remunerada em caráter profissional, e será estabelecido contratualmente, devendo constar na apólice do seguro.

9.4. O segurado poderá, a qualquer tempo, solicitar à seguradora o aumento ou a redução do valor do capital segurado, dentro dos limites mínimo e máximo de valores para o capital estabelecidos no contrato.

9.5. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação do sinistro, será considerada como data do evento, o primeiro dia do afastamento por incapacidade do segurado de exercer sua profissão ou ocupação remunerada.

9.6. O capital segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

9.7. Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 90 (noventa) dias contado da data do último retorno as atividades laborativas.

10. Cessação da Cobertura

10.1. Além dos cenários previstos no item 15 (Cancelamento do Seguro) das condições gerais, do seguro, a cobertura do risco a que se refere estas condições especiais cessa ainda:

- a. Com o cancelamento ou término da vigência da cobertura básica de morte a qual esta cobertura está vinculada;
- b. Com a não renovação da cobertura;
- c. No 1º dia posterior à data em que o segurado atingir 70 (setenta) anos;
- d. Com a mudança da cobertura básica à qual esta cobertura adicional está vinculada para Valor Saldado; ou
- e. Com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura adicional.

10.2. Caso o Segurado solicite o cancelamento desta cobertura, a Seguradora pagará a ele, quando devido, o Valor de Resgate disponível até o dia do cancelamento da cobertura, observando-se o item 12 (Valor de Resgate) das Condições Gerais.

11. Procedimentos em Caso de Sinistro

11.1. Em caso de ocorrência de sinistro, o segurado deverá comunicá-lo à seguradora e enviar os documentos básicos listados para análise e regulação, necessários ao esclarecimento e comprovação do afastamento e sua causa:

11.1.1. No caso de eventos decorrentes de doenças:

- a. Cópia da carteira de identidade e CPF ou Carteira Nacional de Habilitação do segurado;
- b. Relatório médico informando diagnóstico, evolução, tratamento e o tempo de afastamento do trabalho;
- c. Relatório médico detalhado (original);
- d. Cópia dos laudos e exames realizados em função da patologia;
- e. Exame de imagem com laudo (se necessário);
- f. Cópia do prontuário médico;
- g. Cópia do comprovante de residência do segurado, conforme definição no item 17.15 das Condições Gerais;
- h. Comprovante de rendimento do segurado tais como: declaração do contador em formulário DECORE, declaração de IR com protocolo de envio ou contracheque do mês do sinistro;
- i. Comunicação de resultado de exame médico;
- j. Formulário de aviso de sinistro, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- k. Declaração de aviso para concessão ou prorrogação de benefício de afastamento, fornecido pela Seguradora, devidamente assinado pelo Segurado e pelo Médico Assistente; e
- l. Formulário de autorização de pagamento através de Crédito em conta corrente ou ordem de pagamento, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado.

11.1.2. No caso de eventos decorrentes de acidentes:

- a. Cópia da carteira de identidade e CPF ou Carteira Nacional de Habilitação do segurado;
- b. Relatório médico informando diagnóstico, evolução, tratamento e o tempo de afastamento do trabalho;
- c. Relatório médico detalhado (original);
- d. cópia dos laudos e exames realizados em função da patologia;
- e. Exame de imagem com laudo (se necessário);
- f. Cópia do prontuário médico;
- g. Cópia do comprovante de residência do segurado, conforme definição no item 17.15 das Condições Gerais;
- h. Comprovante de rendimento do segurado tais como: declaração do contador em formulário DECORE, declaração de IR com protocolo de envio ou contracheque do mês do sinistro;
- i. Comunicação de resultado de exame médico;
- j. Boletim do primeiro atendimento hospitalar (imediatamente após o acidente);
- k. Cópia do boletim de ocorrência policial ou Boletim de Registro de Acidente de Trânsito (BRAT), se houver;
- l. Formulário de aviso de sinistro, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- m. Declaração de aviso para concessão ou prorrogação de benefício de afastamento, fornecido pela Seguradora, devidamente assinado pelo Segurado e pelo Médico Assistente; e
- n. Formulário de autorização de pagamento através de Crédito em conta corrente ou ordem de pagamento, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado.

11.2. Para o recebimento da indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultando à seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato. Desta forma, o segurado deverá comunicar a ocorrência do sinistro ao segurador logo que seja possível fazê-lo, conforme artigo 771 do Código Civil.

11.3. Caso os documentos listados no item 11.1. não sejam suficientes para a elucidação dos fatos, deverá ser observado o disposto nos itens 17.9 e 17.11. das Condições Gerais.

11.4. Com base na comunicação e comprovantes de sinistro e estando devidamente caracterizada a incapacidade temporária nos termos destas condições, a seguradora efetuará o pagamento das diárias.

12. Indenização

12.1. A indenização consiste no pagamento do valor da diária compatível com a renda mensal líquida proveniente única e exclusivamente do exercício de sua ocupação remunerada em caráter profissional, durante o período do efetivo afastamento prescrito pelo Médico Assistente, desde que ratificado no relatório da perícia médica, mas limitado ao período indenitário contratado. O período prescrito pelo Médico Assistente deverá corresponder ao da efetiva incapacidade laborativa e ser compatível com o período necessário à recuperação do segurado, salvo nos casos de intercorrências comprovadas e que justifiquem a prorrogação do período inicialmente previsto, devidamente comprovada por laudo do Médico Assistente.

12.2. A primeira perícia médica poderá determinar a necessidade de realização de nova perícia médica, quando será apresentado um relatório atualizado do médico assistente.

12.3. A indenização será devida depois de cumprido os prazos de carência e franquia, quando se inicia a contagem do período indenitário contratado. O pagamento das diárias se extinguirá com o falecimento do segurado ou com o retorno do segurado à atividade.

12.4. É de exclusiva responsabilidade do segurado em gozo da renda diária por Incapacidade Temporária a comunicação, por escrito, da cessação do seu estado de incapacidade ou retorno à atividade remunerada.

12.5. Caso a seguradora venha efetuar pagamentos indevidos, por omissão da comunicação prevista no item anterior, o segurado ficará responsável pela devolução, à seguradora, das quantias indevidamente pagas.

12.6. O pagamento das diárias será feito no 10º (décimo) dia útil de cada mês subsequente ao afastamento, desde que tenha sido apresentada a documentação pertinente. Nos casos em que o período de afastamento superar 30 (trinta) dias, o pagamento será efetuado a cada 30 (trinta) dias.

12.7. A partir da data em que se tornar exigível, e não sendo cumprido o prazo estabelecido para o pagamento, a indenização será atualizada com base na variação positiva do índice estabelecido no item 10 (Atualização Monetária) das Condições Gerais.

12.8. A variação de que trata o subitem 12.7 será apurada entre o último índice publicado antes da data do evento e aquele de sua efetiva liquidação, estando ainda sujeito a aplicação de mora, conforme subitem 12.9.

12.9. Da Aplicabilidade de Mora: Adicionalmente à atualização descrita nos subitens anteriores, os valores relativos às indenizações serão acrescidos de juros moratórios de 1% ao ano, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado no subitem 17.7 das condições gerais, sendo efetuada a partir do 1º dia posterior ao referido prazo.

12.10. Não haverá acúmulo de pagamento de diárias.

12.11. Todas as despesas efetuadas com a comprovação do evento correrão por conta do segurado. As comprobatórias da exclusão de cobertura correrão por conta da seguradora.

13. Beneficiários

13.1. Para fins desta cobertura, o beneficiário é o próprio Segurado.

14. Disposições Finais

14.1. Serão garantidos todos os direitos do segurado às demais coberturas, conforme estabelecido nas condições gerais do seguro, durante o período de

recebimento de indenização da cobertura objeto destas condições especiais, desde que continue efetuando o pagamento integral do prêmio referente às demais coberturas.

14.2. Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais da apólice que não foram revogadas por estas condições especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL

DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

- 1. Objetivo**
- 2. Cobertura**
- 3. Riscos Excluídos**
- 4. Aceitação, Renovação e Vigência da Cobertura**
- 5. Período de Franquia**
- 6. Prazo de Carência**
- 7. Capital Segurado**
- 8. Cessação da Cobertura**
- 9. Procedimentos em Caso de Sinistro**
- 10. Beneficiários**
- 11. Disposições Finais**

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1. Objetivo

Esta cobertura, desde que contratada, garante, durante o período de vigência, o pagamento de indenização proporcional ao período da sua internação hospitalar, em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto, limitado ao número máximo de diárias estabelecido na apólice, no certificado individual e/ou no contrato de seguro, observados os Riscos Excluídos, previstos nas Condições Contratuais.

2. Cobertura

2.1 A internação hospitalar deverá ser por um período mínimo de 96 (noventa e seis) horas, a qual deverá ser comprovada através de documentação do hospital, conforme definido no Item 9 (Procedimentos em Caso de Sinistro) desta Condição Especial.

2.2 Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços hospitalares, desde que legalmente habilitados.

3. Riscos Excluídos

3.1. Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais, estão também expressamente excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a. Tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia;
- b. Tratamentos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças com ela relacionadas;
- c. Diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;
- d. Tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos;

- e. Qualquer procedimento relacionado a gravidez, parto ou aborto, exceto em caso de Acidente Pessoal;
- f. Exame ou check-up preventivo;
- g. Qualquer procedimento estético, tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento;
- h. Cirurgias plásticas em geral, exceto as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de Acidente Pessoal ocorrido na vigência do seguro;
- i. Tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de Acidente Pessoal;
- j. Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida;
- k. Tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados à tentativa de suicídio ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos da data de início de vigência do seguro, ou após novo prazo de 2 (dois) anos da reabilitação do seguro, ou atos ilícitos dolosos devidamente comprovados;
- l. Tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;
- m. Tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;
- n. Tratamento e/ou cirurgia de hérnias de qualquer natureza, exceto em caso de Acidente Pessoal;
- o. Internação domiciliar, mesmo que decorrente de Acidente Pessoal;
- p. Investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação;
- q. Tratamento cirúrgico devido a artroscopia e desvio de septo nasal;
- r. Qualquer classe de neoplasia maligna (Câncer) sem invasão ou “in situ” (incluindo displasia cervical), assim como o câncer de pele, exceto melanoma de invasão;
- s. Angiografia e/ou qualquer outra intervenção intra-arterial (angioplastia, endarterectomia, embolectomia e similares);

- t. **As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com estes, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão Trauma Continuado ou Contínuo – LTC ou similares, que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicas, em qualquer tempo.**
- u. **Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente.**

4. Aceitação, Renovação e Vigência da Cobertura

4.1 Poderão ser incluídas nesta cobertura as pessoas físicas com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 65 (sessenta e cinco) anos.

4.2 A vigência desta cobertura será de 5 (cinco) anos, podendo ser renovada por iguais períodos, respeitado o limite máximo de idade para contratação.

4.3 A primeira renovação é automática, sendo facultado ao segurado ou à seguradora optar pela não renovação desta cobertura, desde que manifeste tal intenção com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do término de vigência. Para as demais renovações, é necessária a anuência do segurado.

4.3.1 Para cálculo do novo prêmio da cobertura renovada, será considerada a idade do segurado no primeiro dia de vigência da cobertura renovada.

4.3.2 No momento da renovação, para fins de reavaliação e aceitação da renovação do risco a seguradora poderá solicitar uma nova Declaração Pessoal de Saúde e exames médicos ao segurado.

5. Período de Franquia

5.1. Para a cobertura de Diária por Internação Hospitalar, o segurado deverá permanecer internado por um período mínimo de 96 (noventa e seis) horas, em hospital, em regime de internação, caracterizada pela utilização de acomodação qualquer que seja o tipo, para tratamento médico-hospitalar que não possa ser realizado em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório.

5.2. A partir do quinto dia de internação, o Segurado passa a ter direito ao benefício, sendo pagas, inclusive, as diárias retroativas ao período de franquia.

6. Prazo de Carência

6.1. O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, e constará na proposta de contratação e na apólice.

6.2. As garantias desta cobertura somente passam a vigorar depois de cumpridos os seguintes prazos de carência:

6.2.1. Eventos decorrentes de doença: 90 (noventa) dias contados a partir do início de vigência do seguro.

6.2.2. Eventos decorrentes de acidente pessoal: Não há carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação do seguro.

7. Capital Segurado

7.1. O Capital Segurado estabelecido para a cobertura contratada constará na Apólice de Seguro de Vida do Segurado, e representará o valor a ser pago por cada diária de hospitalização.

7.2. Caso o segurado solicite a redução do capital segurado, o valor de resgate da cobertura será reduzido na mesma proporção da redução do capital segurado, sendo a diferença entre o valor de resgate antes e após a redução paga ao segurado quando da efetivação da redução.

7.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data da internação.

7.4. Para fins desta cobertura, os capitais segurados serão estabelecidos na apólice e/ou contrato de seguro e/ou certificado individual, respeitando as seguintes regras:

- a. Valor máximo por diária estabelecido e definido na apólice, e/ou no contrato de seguro e/ou no certificado individual;
- b. Limite máximo de 250 (duzentas e cinquenta) diárias por evento, totalizando até 1.250 (mil duzentos e cinquenta) diárias durante a vigência desta cobertura, respeitadas as exclusões, bem como os prazos de

carência e de franquia previstos nas cláusulas destas condições especiais.

7.5. O valor a ser indenizado aos segurados será igual ao valor da diária, vezes o número de dias de internação, respeitando o período de franquia.

7.6. O capital segurado será pago de uma única vez e será calculado após a regulação do sinistro, considerando o período em que o segurado esteve internado em hospital, a contar do 1º (primeiro) dia de internação, até a data da alta médica, respeitadas as condições contratuais e o período de franquia indicado no item 5 (Período de Franquia) desta condição especial.

7.7. É proibida a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares realizadas pelo segurado.

7.8. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

7.9. O capital segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após cada evento coberto, de acordo com as demais disposições das condições contratuais, sem cobrança de prêmio adicional.

7.10. Serão considerados como mesmo evento as transferências de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.

7.11. As internações que tenham por origem o mesmo acidente serão consideradas um mesmo evento coberto, exceto quando o intervalo entre essas ocorrências for superior a 12 (doze) meses. Dessa forma, serão somadas as diárias da internação anterior e respeitado o limite máximo estabelecido no item 7 (Capital Segurado) desta condição especial.

8. Cessação da Cobertura

8.1. Além dos cenários previstos no item 15 (Cancelamento do Seguro) das condições gerais, do seguro, a cobertura do risco a que se refere estas condições especiais cessa ainda:

- a. Com o cancelamento ou término da vigência da cobertura básica de morte a qual está cobertura está vinculada;
- b. Com a não renovação da cobertura;

- c. No 1º dia posterior à data em que o segurado atingir 70 (setenta) anos;
- d. Com a mudança da cobertura básica à qual está cobertura adicional está vinculada para Valor Saldado; ou
- e. Com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura adicional.

8.2. Caso o Segurado solicite o cancelamento desta cobertura, a Seguradora pagará a ele, quando devido, o Valor de Resgate disponível até o dia do cancelamento da cobertura, observando-se o item 12 (Valor de Resgate) das Condições Gerais.

9. Procedimentos em Caso de Sinistro

9.1. Em caso de ocorrência de sinistro, o segurado deverá comunicá-lo à seguradora e enviar os documentos básicos listados para análise e regulação:

- a. Cópia do comprovante de residência do segurado, conforme definição no item 17.15 das Condições Gerais;
- b. Cópia da Carteira de Identidade e CPF ou Carteira Nacional de Habilitação do segurado;
- c. Cópia do Boletim de Ocorrência Policial ou Boletim de Registro de Acidente de Trânsito (BRAT), se houver;
- d. Cópia do CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho), se houver;
- e. Relatório ou laudo médico preenchido, carimbado e assinado pelo médico que prestou o atendimento, com descrição das lesões sofridas pela vítima em decorrência de doença ou acidente pessoal e constando detalhadamente o tipo de tratamento adotado, data e hora de entrada e saída do hospital, diagnósticos necessários, comprovando o período de internação;
- f. Documentação comprobatória da internação fornecida pelo Hospital, na qual deverá constar o período e motivo da internação.
- g. Alta hospitalar ou declaração de internação do Hospital, em que conste o CRM do médico responsável, com informação da hora e data da entrada e da alta médica;

- h. Formulário de aviso de sinistro, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo Médico Assistente (com carimbo e número do C.R.M);
- i. Formulário de autorização de pagamento através de Crédito em conta corrente ou ordem de pagamento, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado; e
- j. Formulário de Aviso para Concessão de Diária por Internação Hospitalar, fornecido pela Seguradora, devidamente assinado e carimbado pelo médico assistente.

10. Beneficiários

10.1. Para fins desta cobertura, o beneficiário é o próprio Segurado.

11. Disposições Finais

11.1 Serão garantidos todos os direitos do segurado às demais coberturas, conforme estabelecido nas Condições Gerais do Seguro, durante o período de recebimento de indenização da cobertura objeto destas Condições Especiais, desde que continue efetuando o pagamento integral do prêmio referente às demais coberturas.

11.2 Ratificam-se as demais disposições constantes das Condições Gerais da Apólice que não foram revogadas por estas Condições Especiais

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL

DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR – ADICIONAL UTI

- 1. Objetivo**
- 2. Cobertura**
- 3. Riscos Excluídos**
- 4. Aceitação, Renovação e Vigência da Cobertura**
- 5. Período de Franquia**
- 6. Prazo de Carência**
- 7. Capital Segurado**
- 9. Cessação da Cobertura**
- 10. Procedimentos em Caso de Sinistro**
- 11. Beneficiários**
- 12. Disposições Finais**

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR – ADICIONAL UTI

1. Objetivo

Esta cobertura, desde que contratada, garante, durante o período de vigência, o pagamento de indenização proporcional ao período da sua internação hospitalar, em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto, limitado ao número máximo de diárias estabelecido na apólice, no certificado individual e/ou no contrato de seguro, observados os Riscos Excluídos, previstos nas Condições Contratuais. Para cada dia de internação hospitalar em UTI, a diária segurada será paga em dobro.

2. Cobertura

2.1 A internação hospitalar deverá ser por um período mínimo de 96 (noventa e seis) horas, a qual deverá ser comprovada através de documentação do hospital, conforme definido no Item 9 (Procedimentos em Caso de Sinistro) desta Condição Especial.

2.2 Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços hospitalares, desde que legalmente habilitados.

3. Riscos Excluídos

3.1. Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais, estão também expressamente excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a. Tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia;
- b. Tratamentos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças com ela relacionadas;
- c. Diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;
- d. Tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos;

- e. Qualquer procedimento relacionado a gravidez, parto ou aborto, exceto em caso de Acidente Pessoal;
- f. Exame ou check-up preventivo;
- g. Qualquer procedimento estético, tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento;
- h. Cirurgias plásticas em geral, exceto as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de Acidente Pessoal ocorrido na vigência do seguro;
- i. Tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de Acidente Pessoal;
- j. Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida;
- k. Tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados à tentativa de suicídio ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos da data de início de vigência do seguro, ou após novo prazo de 2 (dois) anos da reabilitação do seguro, ou atos ilícitos dolosos devidamente comprovados;
- l. Tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;
- m. Tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;
- n. Tratamento e/ou cirurgia de hérnias de qualquer natureza, exceto em caso de Acidente Pessoal;
- o. Internação domiciliar, mesmo que decorrente de Acidente Pessoal;
- p. Investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação;
- q. Tratamento cirúrgico devido a artroscopia e desvio de septo nasal;
- r. Qualquer classe de neoplasia maligna (Câncer) sem invasão ou “in situ” (incluindo displasia cervical), assim como o câncer de pele, exceto melanoma de invasão;
- s. Angiografia e/ou qualquer outra intervenção intra-arterial (angioplastia, endarterectomia, embolectomia e similares);

- t. **As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com estes, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC ou similares, que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicas, em qualquer tempo.**
- u. **Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente.**

4. Aceitação, Renovação e Vigência da Cobertura

4.1 Poderão ser incluídas nesta cobertura as pessoas físicas com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 65 (sessenta e cinco) anos.

4.2 A vigência desta cobertura será de 5 (cinco) anos, podendo ser renovada por iguais períodos, respeitado o limite máximo de idade para contratação.

4.3 A primeira renovação é automática, sendo facultado ao segurado ou à seguradora optar pela não renovação desta cobertura, desde que manifeste tal intenção com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do término de vigência. Para as demais renovações, é necessária a anuência do segurado.

4.3.1 Para cálculo do novo prêmio da cobertura renovada, será considerada a idade do segurado no primeiro dia de vigência da cobertura renovada.

4.3.2 No momento da renovação, para fins de reavaliação e aceitação da renovação do risco a seguradora poderá solicitar uma nova Declaração Pessoal de Saúde e exames médicos ao segurado.

5. Período de Franquia

5.1. Para a cobertura de Diária por Internação Hospitalar, o segurado deverá permanecer internado por um período mínimo de 96 (noventa e seis) horas, em hospital, em regime de internação, caracterizada pela utilização de acomodação qualquer que seja o tipo, para tratamento médico-hospitalar que não possa ser realizado em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório.

5.2. A partir do quinto dia de internação, o Segurado passa a ter direito ao benefício, sendo pagas, inclusive, as diárias retroativas ao período de franquia.

6. Prazo de Carência

6.1. O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, e constará na proposta de contratação e na apólice.

6.2. As garantias desta cobertura somente passam a vigorar depois de cumpridos os seguintes prazos de carência:

6.2.1. Eventos decorrentes de doença: 90 (noventa) dias contados a partir do início de vigência do seguro.

6.2.2. Eventos decorrentes de acidente pessoal: Não há carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação do seguro.

7. Capital Segurado

7.1. O Capital Segurado estabelecido para a cobertura contratada constará na Apólice de Seguro de Vida do Segurado, e representará o valor a ser pago por cada diária de hospitalização.

7.2. Caso o segurado solicite a redução do capital segurado, o valor de resgate da cobertura será reduzido na mesma proporção da redução do capital segurado, sendo a diferença entre o valor de resgate antes e após a redução paga ao segurado quando da efetivação da redução.

7.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data da internação e/ou a data da internação hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva.

7.4. Para fins desta cobertura, os capitais segurados serão estabelecidos na apólice e/ou contrato de seguro e/ou certificado individual, respeitando as seguintes regras:

- a. Valor máximo por diária estabelecido e definido na apólice, e/ou no contrato de seguro e/ou no certificado individual;
- b. Limite máximo de 250 (duzentas e cinquenta) diárias por evento, totalizando até 1.250 (mil duzentos e cinquenta) diárias durante a vigência

desta cobertura, respeitadas as exclusões, bem como os prazos de carência e de franquia previstos nas cláusulas destas condições especiais.

7.5. O valor a ser indenizado aos segurados será igual ao dobro do valor da diária, vezes o número de dias de internação, respeitando o período de franquia.

7.6. O capital segurado será pago de uma única vez e será calculado após a regulação do sinistro, considerando o período em que o segurado esteve internado em hospital, a contar do 1º (primeiro) dia de internação, até a data da alta médica, respeitadas as condições contratuais e o período de franquia indicado no item 6 (Período de Franquia) desta condição especial.

7.7. É proibida a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares realizadas pelo segurado.

7.8. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

7.9. O capital segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após cada evento coberto, de acordo com as demais disposições das condições contratuais, sem cobrança de prêmio adicional.

7.10. Serão considerados como mesmo evento as transferências de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.

7.11. As internações que tenham por origem o mesmo acidente serão consideradas um mesmo evento coberto, exceto quando o intervalo entre essas ocorrências for superior a 12 (doze) meses. Dessa forma, serão somadas as diárias da internação anterior e respeitado o limite máximo estabelecido no item 8 (Capital Segurado) desta condição especial.

8. Cessação da Cobertura

8.1. Além dos cenários previstos no item 15 (Cancelamento do Seguro) das condições gerais, do seguro, a cobertura do risco a que se refere estas condições especiais cessa ainda:

- a. Com o cancelamento ou término da vigência da cobertura básica de morte a qual esta cobertura está vinculada;

- b. Com a não renovação da cobertura;
- c. No 1º dia posterior à data em que o segurado atingir 70 (setenta) anos;
- d. Com a mudança da cobertura básica à qual está cobertura adicional está vinculada para Valor Saldado; ou
- e. Com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura adicional.

8.2. Caso o Segurado solicite o cancelamento desta cobertura, a Seguradora pagará a ele, quando devido, o Valor de Resgate disponível até o dia do cancelamento da cobertura, observando-se o item 12 (Valor de Resgate) das Condições Gerais.

9. Procedimentos em Caso de Sinistro

9.1. Em caso de ocorrência de sinistro, o segurado deverá comunicá-lo à seguradora e enviar os documentos básicos listados para análise e regulação:

- a. Cópia do comprovante de residência do segurado, conforme definição no item 17.15 das Condições Gerais;
- b. Cópia da Carteira de Identidade e CPF ou Carteira Nacional de Habilitação do segurado;
- c. Cópia do Boletim de Ocorrência Policial ou Boletim de Registro de Acidente de Trânsito (BRAT), se houver;
- d. Cópia do CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho), se houver;
- e. Relatório ou laudo médico preenchido, carimbado e assinado pelo médico que prestou o atendimento, com descrição das lesões sofridas pela vítima em decorrência de doença ou acidente pessoal e constando detalhadamente o tipo de tratamento adotado, data e hora de entrada e saída do hospital, diagnósticos necessários, comprovando o período de internação;
- f. Documentação comprobatória da internação fornecida pelo Hospital, na qual deverá constar o período e motivo da internação.

- g. Alta hospitalar ou declaração de internação do Hospital, em que conste o CRM do médico responsável, com informação da hora e data da entrada e da alta médica;
- h. Formulário de aviso de sinistro, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo Médico Assistente (com carimbo e número do C.R.M);
- i. Formulário de autorização de pagamento através de Crédito em conta corrente ou ordem de pagamento, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado; e
- j. Formulário de Aviso para Concessão de Diária por Internação Hospitalar, fornecido pela Seguradora, devidamente assinado e carimbado pelo médico assistente.

10. Beneficiários

10.1. Para fins desta cobertura, o beneficiário é o próprio Segurado.

11. Disposições Finais

11.1 Serão garantidos todos os direitos do segurado às demais coberturas, conforme estabelecido nas Condições Gerais do Seguro, durante o período de recebimento de indenização da cobertura objeto destas Condições Especiais, desde que continue efetuando o pagamento integral do prêmio referente às demais coberturas.

11.2 Ratificam-se as demais disposições constantes das Condições Gerais da Apólice que não foram revogadas por estas Condições Especiais

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE 24 DOENÇAS GRAVES

1. Objetivo

2. Definições

3. Cobertura

4. Aceitação, Renovação e Vigência da Cobertura

5. Prazo de Carência

6. Capital Segurado

7. Cessação da Cobertura

8. Procedimentos em Caso de Sinistro

9. Beneficiários

10. Disposições Finais

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE **DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE 24 DOENÇAS GRAVES**

1. Objetivo

Esta cobertura, desde que contratada, garante, durante o período de vigência, pagar indenização ao segurado, em decorrência de diagnóstico definitivo de uma Doença Grave Coberta ou da realização de um Procedimento Médico Coberto, ambos devidamente especificados no item 3 (Riscos Cobertos), observados os Riscos Excluídos, previstos nas Condições Contratuais.

O diagnóstico deverá ter sido emitido e constatado pela primeira vez após a data de início de vigência desta cobertura, observados os Riscos Excluídos, o Período de Carência e demais termos previstos nas Condições Contratuais.

2. Definições

2.1. Serão utilizadas as mesmas definições do item 2 (Definições) das condições gerais, além das definições inseridas a seguir:

Doença Grave Coberta:

Doenças especificadas no item 3.5 destas condições especiais, respeitadas as definições, caracterizações e exclusões de cada uma dessas doenças.

Evento Coberto:

Sobrevivência do Segurado 30 (trinta) dias após o recebimento do diagnóstico, feito por médico especializado, de uma das Doenças Graves Cobertas ou da realização de um dos Procedimentos Médicos Cobertos, ambos descritos no item 3.5. destas condições especiais.

Procedimento Médico Coberto:

Procedimentos médicos especificados no item 3.5. destas condições especiais, respeitadas as definições, caracterizações e exclusões de cada um desses procedimentos.

3. Cobertura

3.1. Doenças Graves e Procedimentos Médicos Cobertos

I. Câncer:

Diagnóstico inequívoco de um tumor maligno invasivo, evidenciado por exames histopatológicos correspondentes. Também inclui leucemia, linfoma maligno, doença de Hodgkin, doenças malignas da medula óssea, câncer de pele metastático e melanomas classificados com um nível de Clark III ou maior ou uma espessura de Breslow maior a 1.5mm.

O diagnóstico deve ser confirmado através dos seguintes requisitos:

- a. Exame histopatológico que confirme a presença do câncer;
- b. Relatório do médico Oncologista que especifique o estágio do tumor, tratamento, evolução clínica, resultados dos exames realizados e detalhes do câncer;
- c. Resultados dos exames de estadiamento do câncer (radiografias, tomografias etc.).

As exclusões são:

- a. Tumores histologicamente classificados como pré-malignos, não-invasivos ou in situ (incluindo carcinoma ductal ou lobular in situ da mama, e neoplasia intraepitelial cervical (LSIL ou HSIL ou NIC-1, NIC-2 e NIC-3);
- b. Câncer de próstata com classificação histológica com escore de Gleason menor do que 7 ou estadiamento menos avançado que T2, N0, M0;
- c. Leucemia linfocítica (ou linfoide) crônica – LLC no estágio A de Binet.
- d. Carcinoma basocelular e carcinoma de células escamosas da pele, exceto se houver metástase e melanoma maligno de pele estágio IA (T1a, N0, M0);
- e. Carcinoma papilífero da tireoide menor que 1cm de diâmetro e histologicamente classificado como T1, N0, M0.

- f. Microcarcinoma papilífero da bexiga histologicamente classificado como Ta;
- g. Policitemia rubra vera e trombocitemia essencial;
- h. Gamopatia monoclonal de significado indeterminado;
- i. Linfoma MALT gástrico responsivo à terapêutica de erradicação do H. pylori;
- j. Tumor estromal gastrointestinal (GIST) estádios I e II, de acordo com o Manual do American Joint Committee on Cancer (AJCC), 7ª edição, 2010;
- k. Linfoma cutâneo, exceto se houve tratamento com quimioterapia ou radioterapia;
- l. Carcinoma microinvasivo da mama (classificado histologicamente como T1mic), exceto se foi realizada mastectomia, quimioterapia ou radioterapia;
- m. Carcinoma microinvasivo do colo uterino (classificado histologicamente como estágio IA1), exceto se foi realizada histerectomia, quimioterapia ou radioterapia;
- n. Qualquer tumor maligno na presença de qualquer Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), exceto se a infecção pelo HIV tenha sido contraída após o início de vigência da apólice.

II. Anemia Aplástica Grave:

Diagnóstico de falha crônica e persistente da medula óssea que resulta em anemia, neutropenia e trombocitopenia que seja demonstrado pelos critérios mencionados a seguir.

O diagnóstico deve ser apoiado por uma biópsia da medula óssea ou mielograma. Os resultados da hematologia devem preencher os seguintes critérios:

- a. Valor absoluto de neutrófilos $\leq 0,5 \times 10^9/L$;
- b. Reticulócitos $\leq 1\%$;
- c. Valor absoluto de plaqueta $\leq 20 \times 10^9/L$.

III. Cirurgia De Revascularização Miocárdica – Ponte Mamária Ou Safena (Bypass):

Cirurgia cardíaca para correção de estreitamento ou oclusão de uma ou mais artérias coronarianas com o implante de enxerto vascular (Bypass).

A via de acesso deverá ser obtida por meio de esternotomia completa (divisão vertical do osso externo) ou por meio de procedimentos minimamente invasivos (esternotomia parcial ou toracotomia).

A indicação cirúrgica deve ser feita por médico habilitado e respaldada por achados na coronariografia.

A cirurgia deve ser confirmada através dos seguintes requisitos:

- a. Relatório do procedimento cirúrgico;
- b. Relatório da angiografia coronária prévia a cirurgia

As exclusões são:

- a. **Angioplastia coronária, colocação de stents coronários ou qualquer procedimento intra-arterial com base em cateteres.**
- b. **Revascularização com laser.**
- c. **Técnicas cirúrgicas que não requerem a abertura do tórax ou outras cirurgias cardíacas que não sejam especificamente uma cirurgia de bypass coronário.**

IV. Infarto Agudo do Miocárdio:

Morte do músculo cardíaco resultante de uma obstrução prolongada do fluxo sanguíneo. A caracterização de infarto do miocárdio se baseia no comportamento (elevação e queda) dos biomarcadores cardíacos (troponina) para níveis considerados diagnósticos de infarto do miocárdio, concomitante com mais dois critérios:

- a. Sintomas de isquemia (p.ex. dor torácica);
- b. Alterações recentes no eletrocardiograma (ECG) indicativas de isquemia recente (mudanças recentes ST - T ou novo bloqueio de ramo esquerdo), ou desenvolvimento de ondas “Q” patológicas no ECG;

- c. Evidências recentes em exames de imagem (ecocardiograma ou coronariografia) evidenciando perda de tecido miocárdico ou alterações da mobilidade das paredes cardíacas.

O diagnóstico deve ser confirmado por um médico cardiologista, evidenciando os seguintes requisitos:

- a. Relatório do médico assistente detalhado que especifique detalhes da evolução clínica;
- b. Exames de laboratório que demonstrem a elevação das troponinas;
- c. Eletrocardiogramas realizados durante o evento agudo que demonstrem mudanças compatíveis com o infarto. Exames realizados para a avaliação do infarto (ecocardiograma, exames de medicina nuclear etc.).

As exclusões são:

- a. **Síndrome coronariana aguda (angina estável ou instável).**
- b. **Elevação da troponina sem relação clara com cardiopatia isquêmica (p. ex. miocardite, aneurisma apical, contusão cardíaca, embolia pulmonar, intoxicação medicamentosa).**
- c. **Infarto do miocárdio com artérias coronárias normais, ou causado por vasoespasma coronariano, ponte miocárdica ou uso de drogas.**
- d. **Infarto do miocárdio que ocorra até 14 dias após angioplastia coronariana ou cirurgia de revascularização do miocárdio.**

V. Acidente Vascular Encefálico:

Morte de tecido encefálico devido a evento encéfalo-vascular agudo causado por trombose ou hemorragia intracraniana (incluindo hemorragia subaracnoide), ou embolia originada em uma fonte extracraniana com:

- a. instalação aguda de novos sintomas neurológicos, e
- b. constatação de novos déficits neurológicos objetivos no exame clínico.

O déficit neurológico deve persistir por mais de 3 meses após a data do diagnóstico. O diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista,

embasado por exames de imagem compatíveis com acidente vascular encefálico e relatório médico que especifique a evolução clínica duração do episódio, tipo e causa do acidente vascular encefálico.

As exclusões são:

- a. **Achados de imagem incidentais (CT ou RNM) sem sintomas clínicos claramente relacionados (AVE silencioso);**
- b. **Ataque isquêmico transitório (TIA) e déficit neurológico isquêmico reversível prolongado (PRIND);**
- c. **Lesão traumática do tecido encefálico ou de vasos sanguíneos;**
- d. **Hemorragias encefálicas pós-operatórias;**
- e. **Déficits neurológicos decorrentes de: hipóxia, infecção, doença inflamatória, enxaqueca ou procedimentos médicos;**
- f. **Déficits neurológicos decorrentes de: desordens isquêmicas do sistema vestibular ("labirinto"), morte de células da retina ou morte do tecido do nervo óptico;**
- g. **Acidente vascular encefálico secundário ao uso de drogas ilícitas.**

VI. Transplante de Órgãos:

Procedimento cirúrgico em que o segurado participa exclusivamente como receptor de algum dos seguintes órgãos: pulmão (inclui transplante de lobo pulmonar ou pulmão único), fígado (inclui transplante parcial), pâncreas, rim ou intestino delgado (inclui transplante parcial). O transplante parcial ou total da face, mão, braço e perna (aloenxertos de tecido composto) também estão cobertos nesta definição. Os transplantes devem ser originados de doador humano, vivo ou morto. Deve ser demonstrada a perda irreversível da função do órgão que será substituído. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.

O procedimento deve ser confirmado através dos seguintes requisitos:

- a. **Relatório do médico detalhado sobre o transplante realizado;**

- b. Exames confirmatórios de laboratório que proporcionem confirmação objetiva da deterioração crônica e irreversível da função do órgão substituído.

As exclusões são:

- a. Colocação de órgãos artificiais, ainda que em caráter temporário enquanto se aguarda de um doador humano;
- b. Transplantes com órgão de animais, não humanos;
- c. Autotransplantes (medula, mãos etc.);
- d. Transplantes de córnea, pele e outros órgãos, partes corporais ou tecidos não especificados;
- e. Transplante de células-tronco (células embrionárias que não as hematopoiéticas);
- f. Transplante de células da ilhota de Langerhans do pâncreas.

VII. Transplante de Coração:

Procedimento cirúrgico em que o segurado participa exclusivamente como receptor do transplante de coração. Os transplantes devem ser originados de doador humano vivo ou morto. Deve ser demonstrada a perda irreversível da função do órgão que será substituído. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.

O procedimento deve ser confirmado através dos seguintes requisitos:

- a. Relatório do médico detalhado sobre o transplante realizado;
- b. Exames confirmatórios de laboratório que proporcionem confirmação objetiva da deterioração crônica e irreversível da função do órgão substituído

As exclusões são:

- a. Colocação de órgãos artificiais, como coração artificial, ainda que em caráter temporário enquanto se aguarda de um doador humano.
- b. Transplantes com órgão de animais, não humanos.

VIII. Transplante de Medula óssea:

Procedimento cirúrgico em que o segurado participa exclusivamente como receptor do transplante de medula óssea. Os transplantes devem ser originados de doador humano, vivo ou morto. Deve ser demonstrada a perda irreversível da função do órgão que será substituído. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.

O procedimento deve ser confirmado através dos seguintes requisitos:

- a. Relatório do médico detalhado sobre o transplante realizado;
- b. Exames confirmatórios de laboratório que proporcionem confirmação objetiva da deterioração crônica e irreversível da função do órgão substituído.

As exclusões são:

- a. Colocação de órgãos artificiais, ainda que em caráter temporário enquanto se aguarda de um doador humano;
- b. Transplantes com órgão de animais, não humanos;
- c. Autotransplantes de medula;
- d. Transplantes de outros órgãos, partes corporais ou tecidos não especificados;
- e. Transplante de células-tronco (células embrionárias que não as hematopoiéticas).

IX. Cirurgia De Válvulas Cardíacas:

A primeira ocorrência de cirurgia de válvulas cardíacas (endoscópica ou a coração aberto) realizada para substituir ou reparar uma ou mais válvulas cardíacas (aórtica, mitral, tricúspide e pulmonar), como consequência de defeitos que não podem ser reparados por procedimentos intravasculares.

A cirurgia deve ser realizada após recomendação de um Cardiologista, evidenciando os seguintes requisitos:

- a. Relatório cirúrgico;

- b. Resultados dos exames realizados (eletrocardiograma, RM, etc.) que demonstrem os defeitos valvulares.

As exclusões são:

- a. **Reparos valvulares mediante procedimentos intravasculares (uso de clips ou dilatação com balão).**

X. Cirurgia Da Artéria Aorta:

Realização de cirurgia para tratamento de estreitamento, obstrução, aneurisma ou dissecação da aorta decorrente de doença. Os procedimentos minimamente invasivos, como a reparação endovascular, estão cobertos nessa definição.

A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico cirurgião vascular, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas, com indicação respaldada por exames de imagem e evidenciando por relatório cirúrgico a realização da cirurgia da artéria aorta.

As exclusões são:

- a. **Cirurgia de qualquer ramo da aorta torácica ou abdominal, inclusive enxertos de bypass aorto-femoral e aorto-ilíaco;**
- b. **Cirurgia da aorta relacionada com doenças hereditárias do tecido conjuntivo (por exemplo: síndrome de Marfan, síndrome de Ehlers-Danlos);**
- c. **Cirurgia após lesão traumática da aorta decorrente de acidente pessoal.**

XI. Hepatite Aguda Fulminante:

Diagnóstico inequívoco de hepatite viral fulminante, que deve ser confirmado por um hepatologista ou gastroenterologista e obedecer a todos os critérios a seguir:

- a. Curso sorológico típico de hepatite viral aguda;
- b. Desenvolvimento de encefalopatia hepática;
- c. Diminuição do tamanho do fígado, aumento dos níveis de bilirrubina;
- d. Distúrbio de coagulação com INR (International Normalized Ratio) maior que 1,5;

- e. Desenvolvimento de insuficiência hepática até 7 (sete) dias após o início dos sintomas;
- f. Ausência de histórico conhecido de doença hepática que possa ter causado o problema anterior.

As exclusões são:

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

XII. Doença Hepática Grave:

Diagnóstico inequívoco de doença hepática avançada, que deve ter sua gravidade evidenciada por escore mínimo de 7 pontos (classe B ou C) na classificação de Child-Pugh. A pontuação deve ser calculada com base na soma de todas as variáveis a seguir:

- a. Níveis de bilirrubina total;
- b. Níveis de albumina sérica;
- c. Gravidade da ascite;
- d. INR – Índice Internacional Normalizado (indicador de coagulação sanguínea), Encefalopatia hepática.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico hepatologista ou gastroenterologista e apoiado por exames de imagem.

As exclusões são:

- a. **Doença hepática grave secundária ao uso de álcool ou drogas e/ou medicamentos (incluindo hepatites B e C adquiridas pelo uso de drogas e/ou medicamentos intravenosos).**

XIII. Insuficiência Renal Crônica:

Etapa final da doença renal crônica caracterizada pela perda irreversível da função renal, caracterizado por um índice de filtração glomerular abaixo dos 15 ml por minuto (doença renal crônica estágio 5), com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal. O diagnóstico

deve ser feito por médico habilitado e demonstrado por exames complementares apropriados, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

O diagnóstico deve ser confirmado através dos seguintes requisitos:

- a. Certificação da necessidade de diálise periódica por parte do Nefrologista ou do médico Assistente;
- b. Relatório clínico detalhado que inclua a causa da insuficiência renal;
- c. Exames de laboratório compatíveis com insuficiência renal crônica irreversível (determinação do filtrado, química sanguínea, ultrassom, biópsias etc.).

As exclusões são:

- a. **Quadros transitórios de insuficiência renal, ainda que seja realizado tratamento dialítico.**

XIV. Queimadura Grave:

Queimaduras de terceiro grau, que tenham acometido ao menos 20% (vinte por cento) da área da superfície do corpo do Segurado ou pelo menos 20% (vinte por cento) da superfície do rosto ou da cabeça.

O diagnóstico deverá ser confirmado por um especialista e evidenciado pelos resultados da carta de Lund Browder ou um calculador equivalente de áreas corporais queimadas e relatório do médico especialista sobre essa condição.

As exclusões são:

- a. **Queimaduras de primeiro e segundo grau;**
- b. **Queimaduras ocorridas em consequência direta ou indireta de eventos decorrentes de autoagressão.**

XV. Esclerose Múltipla:

Diagnóstico de certeza de esclerose múltipla, baseado nos critérios de McDonald e documentado através de:

- a. Surto clinicamente bem documentado;

- b. Ressonância magnética (RNM) que mostre pelo menos duas lesões desmielinizantes características da esclerose múltipla acometendo encéfalo / medula espinhal de idades e localizações diferentes;
- c. Comprometimento atual da função motora ou sensorial que deve ter persistido continuamente por um período mínimo de 6 meses e/ou;
- d. Alterações características no líquido (fluido cérebro-espinhal) com pesquisa de bandas oligoclonais e/ou de cadeias leves livres kappa.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

As exclusões são:

- a. **Diagnóstico provável de esclerose múltipla;**
- b. **Síndromes neurológicas ou alterações em exames de imagem isoladas que sejam sugestivas, mas não conclusivas, de esclerose múltipla;**
- c. **Neurite óptica e neuromielite óptica isoladas;**
- d. **Casos nos quais a investigação diagnóstica tenha sido iniciada durante o período de carência de 12 (doze) meses contados a partir do início de vigência da cobertura.**

XVI. Doença De Alzheimer:

Doença progressiva degenerativa do cérebro que se caracteriza por uma perda da capacidade intelectual e que deve ser confirmada por um Neurologista ou um Psiquiatra. O Segurado deve demonstrar alterações da memória, raciocínio e a capacidade de perceber, compreender, expressar ou concretizar as ideias. A solicitação do sinistro somente será procedente se a doença alcançou o ponto onde há sintomas clínicos permanentes por demência.

- a. Alteração moderada ou grave da memória;

- b. Dificuldade de comunicação e/ou dificuldade da fala com incapacidade de expressão verbal coerente e resposta adequada a estímulos externos;
- c. Desorientação temporal e/ou espacial;
- d. Dificuldade ou incapacidade para a realização das tarefas diárias;
- e. Alterações do comportamento.

O diagnóstico e o estágio clínico deverão ser confirmados através de exame clínico (Mini Exame do Estado Mental) e exames complementares confirmando o diagnóstico (PET Scan e detecção de biomarcadores no líquido ou sangue).

As exclusões são:

- a. Outras demências como demência vascular, demência frontotemporal, demência por corpos de Lewy, depressão grave;
- b. Casos nos quais a investigação diagnóstica tenha sido iniciada durante o período de carência de 12 (doze) meses contados a partir do início de vigência da cobertura.

XVII. Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA):

Diagnóstico inequívoco da Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), certificada por um médico neurologista, e que resulta em défices neurológicos significativos e apoiado por estudos de condução nervosa (NCS) e eletromiografia (EMG) que confirmem o diagnóstico.

As exclusões são:

- a. Qualquer outra forma de doença do neurônio motor;
- b. Neuropatia motora multifocal (NMM) e miosite por corpúsculos de inclusão;
- c. Síndrome pós-pólio (SPP);
- d. Atrofia muscular espinhal (AME);
- e. Polimiosite e dermatomiosite;
- f. Casos nos quais a investigação diagnóstica tenha sido iniciada durante o período de carência de 12 (doze) meses contados a partir do início de vigência da cobertura.

XVIII. Tumor Encefálico Benigno:

Diagnóstico inequívoco de neoplasia cerebral benigna (não maligna), localizada dentro da caixa craniana (neurocrânio) e originada em tecido do cérebro, das meninges ou dos nervos cranianos.

O Diagnóstico deve ser confirmado por Tomografia Computadorizada (TC), Ressonância Magnética (RM) ou Tomografia por Emissão de Positrões (PET) ou outras técnicas de imagem. Pelo menos um dos seguintes critérios deverá ser preenchido:

- a. Remoção cirúrgica total ou parcial do tumor cerebral;
- b. Radioterapia subcutânea para o tumor cerebral.

Caso nenhuma das opções de tratamento citadas tenha sido possível por razões médicas, esta garantia só será caracterizada se a neoplasia cerebral benigna causar déficit neurológico permanente, que deve ser documentado por pelo menos 3 (três) meses após a data do diagnóstico.

As exclusões são:

- a. Diagnóstico ou tratamento de qualquer cisto, granuloma, hamartoma ou malformação vascular (arterial ou venosa);
- b. Neoplasias da glândula hipófise.

XIX. Paralisia De Membros:

Perda total, completa e irreversível da função motora de dois ou mais membros, decorrente de trauma (acidente pessoal coberto) ou doença que afete a medula espinhal ou o encéfalo. Por total, entende-se força muscular grau 0 (ausência de contração muscular) ou grau 1 (discreta contratilidade, sem movimento da articulação), conforme classificação de força muscular do MRC – Medical Research Council.

Por completa, entende-se que a paralisia motora deve afetar todo o membro (superior ou inferior) e não apenas parte deste. Por irreversível, entende-se que não é esperada recuperação relevante da paralisia motora com qualquer tratamento, sendo necessária demonstração de sua persistência por um período mínimo de 90 dias após a data do diagnóstico. Essa cobertura inclui a perda da

função de membros ou extremidades classificada como diplegia, hemiplegia, tetraplegia ou quadriplegia.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista e embasado por exames de imagem. O diagnóstico deve ser confirmado através dos seguintes requisitos:

- a. Relatório do médico Especialista que certifique a perda total ou parcial da capacidade de movimento de uma ou mais extremidades, com demonstração da lesão cerebral ou da medula espinhal que tenha tido origem;
- b. Exames de imagens.

As exclusões são:

- a. **Paralisias provocada por síndrome de Guillain-Barré;**
- b. **Paralisias hereditárias ou congênitas;**
- c. **Paralisias provocadas por distúrbios psiquiátricos ou psicológicos;**

XX. Perda De Visão Ou Cegueira:

Perda irreversível, total ou quase total, da visão de ambos os olhos causada por trauma (acidente pessoal coberto) ou doença, obedecendo aos seguintes critérios:

- a. Acuidade visual para distância menor ou igual a 20/400 (0,05), no melhor olho, com a melhor correção possível; ou
- b. Campo visual igual ou menor que 10 graus, no melhor olho, com a melhor correção possível.

O diagnóstico deve ser confirmado através dos seguintes requisitos:

- a. Relatório do médico Oftalmologista;
- b. Provas específicas demonstrativas da condição (prova de Snellen, campimetria).

As exclusões são:

- a. **Doenças oftalmológicas ou neurológicas, agudas ou crônicas, preexistentes à contratação do seguro e que acarretem redução progressiva da acuidade visual;**

b. Cegueira de origem central (sistema nervoso central).

XXI. Perda Da Audição Ou Surdez:

Perda profunda e irreversível da audição de ambos os ouvidos, causada por trauma (acidente pessoal coberto) ou doença, obedecendo ao seguinte critério:

- a. Os limiares auditivos sensório-neurais aferidos por audiograma devem ser maiores ou iguais a 90dB (decibéis), simultaneamente nas frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 3000Hz e em ambas as orelhas.

O diagnóstico deve ser confirmado através dos seguintes requisitos:

- a. Relatório do médico Otorrinolaringologista;
- b. Exames específicos demonstrativos da condição (audiograma, potenciais auditivos do tronco cerebral, registro de emissões otoacústicas).

As exclusões são:

- a. **Doenças otorrinolaringológicas ou neurológicas, agudas ou crônicas, preexistentes à contratação do seguro e que acarretem redução progressiva da audição.**

XXII. Perda Da Fala:

Perda total e irreversível da capacidade de falar causada por trauma (acidente pessoal coberto) ou doença que afete diretamente a laringe ou os seus nervos, comprometendo a função das pregas vocais. Por total, entende-se a incapacidade de compreensão da maior parte das palavras emitidas (p.ex.: voz muito rouca, voz com volume irregular, fala arrastada, ritmo irregular ou anormal da fala). Por irreversível, entende-se que não é esperada recuperação relevante com qualquer tratamento, sendo necessária demonstração de sua persistência por um período mínimo de 180 dias após a data do diagnóstico.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista.

O diagnóstico deve ser confirmado através dos seguintes requisitos:

- a. Relatório detalhado do médico especialista (otorrinolaringologista ou cirurgião de cabeça e pescoço) e embasado por exames especializados.

As exclusões são:

- a. **Perda da capacidade de falar psicogênica / psiquiátrica ou decorrente de lesões ou doenças no sistema nervoso central**

XXIII. Doença De Parkinson:

Diagnóstico inequívoco da doença de Parkinson primária ou idiopática, realizado por um médico Neurologista, baseado em sinais claros de estado neurológico progressivo, com alterações clínicas permanentes na função motora e rigidez muscular.

O diagnóstico clínico deverá ser confirmado por exame de imagem (ressonância magnética com sequências próprias para a doença ou cintilografia cerebral com TRODAT) e confirmado através dos seguintes requisitos:

- a. Relatório do médico especialista que proporcione evidência clínica inequívoca de doença de Parkinson primária, com critérios positivos para o diagnóstico definitivo;
- b. Resultados de estudos de neuro-imagem (TC) ou de outros exames complementares (provas terapêuticas, neuroimagens funcionais, etc.) nos casos em que existem dúvidas diagnósticas.

As exclusões são:

- a. **Doença ou Mal de Parkinson decorrente de uso crônico de medicamentos ou provocado por intoxicação por manganês, derivados de petróleo ou inseticidas;**
- b. **Doenças neurológicas, agudas ou crônicas, que acarretem quadro clínico semelhante a Doença ou Mal de Parkinson;**
- c. **Casos nos quais a investigação diagnóstica tenha sido iniciada durante o período de carência de 12 (doze) meses contados a partir do início de vigência da cobertura.**

XXIV. Coma:

Diagnóstico inequívoco de coma, que persista por pelo menos 96 (noventa e seis) horas, exclusivamente decorrente de traumatismo cranioencefálico causado por acidente pessoal coberto com necessidade de equipamentos médicos de suporte vital e pontuação de 8 ou menos na escala de Glasgow.

O diagnóstico deve ser confirmado através dos seguintes requisitos:

- a. Deverá existir um déficit neurológico permanente confirmado por um médico Neurologista, que deve ser evidenciado por pelo menos 30 (trinta) dias após o início do coma.

As exclusões são:

- a. **Qualquer coma decorrente de ferimentos auto-infligidos ou medicamentoso;**
- b. **Coma como resultado direto de abuso de álcool e/ou drogas;**
- c. **Qualquer coma não decorrente de traumatismo cranioencefálico causado por acidente pessoal coberto;**
- d. **Diagnóstico de morte cerebral.**

3.2. O segurado somente terá direito a indenização em caso de sobrevivência após 30 (trinta) dias contados a partir da data do diagnóstico de uma Doença Grave Coberta ou da realização de um Procedimento Médico Coberto, observado o prazo de carência.

3.3. Não haverá a garantia de indenização se o diagnóstico de doença grave for após a morte do segurado.

3.4. Somente haverá cobertura para o primeiro diagnóstico definitivo de doenças graves previstas nestas condições especiais, estando excluída a possibilidade de acumulação de indenizações pelo diagnóstico definitivo de mais de uma doença grave.

4. Aceitação, Renovação e Vigência da Cobertura.

4.1. Poderão ser incluídas nesta cobertura as pessoas físicas com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 65 (sessenta e cinco) anos.

4.2. A vigência desta cobertura será de 5 (cinco) anos, podendo ser renovada por iguais períodos, respeitado o limite máximo de idade para contratação.

4.3. A primeira renovação é automática, sendo facultado ao segurado ou à seguradora optar pela não renovação desta cobertura, desde que manifeste tal intenção com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do término de vigência. Para as demais renovações, é necessária a anuência do segurado.

4.3.1. Para cálculo do novo prêmio da cobertura renovada, será considerada a idade do segurado no primeiro dia de vigência da cobertura renovada.

4.3.2. No momento da renovação, para fins de reavaliação e aceitação da renovação do risco a seguradora poderá solicitar uma nova Declaração Pessoal de Saúde e exames médicos ao segurado.

5. Prazo de Carência

5.1. Somente serão garantidos por esta cobertura evento coberto ocorrido após 60 (sessenta) dias, contados do início de vigência desta cobertura.

5.2. Para as garantias Esclerose Múltipla, Doença De Alzheimer, Esclerose Lateral Amiotrófica e Doença De Parkinson descritas, respectivamente, nos incisos XV, XVI, XVII e XXIII do item 3.1, haverá carência de 12 (doze) meses contados do início da vigência. Serão consideradas as manifestações clínicas e laboratoriais iniciais da doença bem como o diagnóstico definitivo.

5.3. Não haverá carência nos casos em que a Doença Grave Coberta ou Procedimento Médico Coberto for proveniente de Acidente Pessoal ocorrido após o início da vigência desta cobertura.

5.4. O período de carência também será aplicado aos casos de aumento de capital segurado após o início de vigência do seguro, para o capital aumentado.

5.5. O período de carência não será aplicado quando a cobertura for renovada.

6.Capital Segurado

6.1. O Capital Segurado será estabelecido contratualmente e constará na Apólice de Seguro de Vida.

6.2. Caso o segurado solicite a redução do capital segurado, o valor de resgate da cobertura será reduzido na mesma proporção da redução do capital segurado,

sendo a diferença entre o valor de resgate antes e após a redução paga ao segurado quando da efetivação da redução.

6.3. Para efeito do cálculo da indenização, será considerado o valor do capital segurado vigente na data de ocorrência do sinistro.

6.3.1 Para fins do disposto nesse item, considera-se data de ocorrência do sinistro a data do diagnóstico definitivo da doença grave coberta, comprovado por resultado de exame anátomopatológico ou de qualquer outro exame complementar específico.

6.4. Em caso de cancelamento ou redução do capital segurado por opção do segurado, de uma das coberturas básica e/ou adicional de Morte Natural ou Acidental, o capital segurado desta cobertura poderá ser revisto, de modo a se manter entre os limites mínimo e máximo estabelecidos pela seguradora.

7. Cessação da Cobertura

7.1. Além dos cenários previstos no item 15 (Cancelamento do Seguro) das condições gerais, do seguro, a cobertura do risco a que se refere estas condições especiais cessa ainda:

- a. Com o cancelamento ou término da vigência da cobertura básica de morte a qual está cobertura está vinculada;
- b. Com a não renovação da cobertura;
- c. Com o pagamento do Benefício, previsto nesta cobertura;
- d. No 1º dia posterior à data em que o segurado atingir 70 (setenta) anos;
- e. Com a mudança da cobertura básica à qual está cobertura adicional está vinculada para Valor Saldado; ou
- f. Com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura adicional.

7.2. Caso o Segurado solicite o cancelamento desta cobertura, a Seguradora pagará a ele, quando devido, o Valor de Resgate disponível até o dia do cancelamento da cobertura, observando-se o item 12 (Valor de Resgate) das Condições Gerais.

8. Procedimentos em Caso de Sinistro

8.1. Em caso de ocorrência de sinistro, o segurado deverá comunicá-lo à seguradora e enviar os documentos básicos listados para análise e regulação:

- a. Laudo médico preenchido, carimbado e assinado pelo médico habilitado e especialista na patologia, acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes do segurado, que constatem qualquer uma das doenças graves cobertas, conforme definido na condição especial desta cobertura;
- b. Cópia da Carteira de Identidade e CPF ou Carteira Nacional de Habilitação do segurado;
- c. Cópia do comprovante de residência do segurado, conforme definição no item 17.15 das Condições Gerais;
- d. Documentos requisitados referentes a doença grave, conforme definido na condição especial desta cobertura;
- e. Formulário de aviso de sinistro, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo segurado.
- f. Formulário de Declaração Médica de Doenças Graves, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente; e
- g. Formulário de autorização de pagamento de indenização, fornecido pela seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado.

9. Beneficiários

9.1. Para fins desta cobertura, o beneficiário é o próprio Segurado.

10. Disposições Finais

10.1. Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais desta apólice que não foram modificadas por estas condições especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL

ASSISTÊNCIA FUNERAL INDIVIDUAL

1. Objetivo

2. Cobertura

3. Riscos Excluídos

4. Vigência da Cobertura

5. Capital Segurado

6. Cessação da Cobertura

7. Liquida o de Sinistro

8. Procedimentos em Caso de Sinistro

9. Beneficiários

10. Disposi o es Finais

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE **ASSISTÊNCIA FUNERAL INDIVIDUAL**

1. Objetivo

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao(s) beneficiário(s), durante o período de vigência, o reembolso ao beneficiário, das despesas efetivamente gastas com o funeral do segurado, até o valor da importância segurada, caso o segurado venha a falecer durante a vigência deste seguro, observados os Riscos Excluídos, previstos nas Condições Contratuais.

2. Cobertura

2.1. É a garantia de reembolso, ao beneficiário, das despesas efetivamente gastas com o funeral do segurado, até o valor da importância segurada, caso este venha a falecer durante o período de vigência deste seguro, respeitados os riscos excluídos constantes das Condições Contratuais.

2.2. Serão reembolsadas as despesas com o funeral do segurado relativas à:

- a. Preparação do Corpo;
- b. Aquisição de Urna Mortuária;
- c. Ornamentação;
- d. Preparação da Capela;
- e. Aluguel de Carro Funerário;
- f. Sepultamento ou Cremação;
- g. Emissão de Atestado de Óbito;
- h. Traslado/Repatriamento do Corpo.

2.2.1. O reembolso somente será efetuado mediante a apresentação das notas fiscais originais dos gastos, conforme o item 5 (Liquidação de Sinistro) destas condições especiais.

3. Riscos Excluídos

3.1. Além dos riscos mencionados no item Riscos Excluídos, constante das condições gerais, não serão reembolsadas as despesas efetuadas com:

- a. Prestações de serviços não descritos no item 2. destas condições especiais sem a prévia autorização expressa da seguradora;**
- b. Busca ao corpo do segurado falecido, realização de provas, bem como as formalidades legais e burocráticas, no caso do segurado haver desaparecido em acidente, qualquer que seja a sua natureza, implicando em morte presumida;**
- c. Despesas com exumação dos corpos que já estiverem no jazigo quando do sepultamento;**
- d. Aquisição de jazigo.**

4. Vigência da Cobertura

4.1. A vigência desta cobertura será determinada pela vigência contratada para a cobertura básica de Morte Natural ou Acidental, conforme estabelecido na proposta de contratação.

4.2. Não há carência para esta cobertura opcional.

5. Capital Segurado

5.1. O Capital Segurado será estabelecido contratualmente e constará na Apólice de Seguro de Vida.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do falecimento.

6. Cessação da Cobertura

6.1. Além das hipóteses previstas no item 15 (Cancelamento do Seguro) das condições gerais, do seguro, a cobertura do risco a que se refere estas condições especiais cessa ainda:

- a. Com o cancelamento ou término da vigência da cobertura básica de morte a qual esta cobertura está vinculada;
- b. com o pagamento do Benefício, previsto nesta cobertura;
- c. com a mudança da cobertura básica à qual esta cobertura adicional está vinculada para Valor Saldado, exceto se esta cobertura já estiver quitada; ou
- d. com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura adicional.

6.2. Caso o Segurado solicite o cancelamento desta cobertura, a Seguradora pagará a ele, quando devido, o Valor de Resgate disponível até o dia do cancelamento da cobertura, observando-se o item 12 (Valor de Resgate) das Condições Gerais.

7. Liquidação do Sinistro

7.1. A liquidação do sinistro será, prioritariamente, mediante reembolso das despesas com funeral, podendo, alternativamente, ser efetuada pela central de atendimento com direcionamento para a rede credenciada.

7.1.1. **Reembolso das Despesas com Funeral:** Se assim o desejar ou na impossibilidade de acionamento da Central de Atendimento, o beneficiário ou a família do segurado poderá providenciar a sua custa o funeral, escolhendo livremente o prestador de serviço, solicitando posteriormente o reembolso.

7.1.1.1. Para solicitar o reembolso, o beneficiário deverá apresentar os comprovantes originais das despesas.

7.1.1.1.1. As despesas efetuadas no exterior serão ressarcidas em moeda nacional, com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo beneficiário.

7.1.1.2. O valor do reembolso estará limitado à importância segurada, já incluída nesta as despesas com traslado.

7.1.2. Atendimento pela Central de Atendimento: Na ocorrência do óbito, a família deverá entrar em contato com a Central de atendimento (Plantão 24 horas) que, após anotar e conferir as informações, acionará a funerária local credenciada e o serviço de atendimento social na cidade que o mesmo existir, para que a mesma providencie todos os itens que forem necessários (conforme o padrão contratado) para a execução do féretro.

8. Procedimentos em Caso de Sinistro

8.1. Em caso de ocorrência de sinistro, o(s) beneficiário(s) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora e enviar os documentos básicos listados para análise e regulação:

8.1.1. Documentos do segurado:

- a. Formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário;
- b. Cópia da certidão de óbito do segurado;
- c. Cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;
- d. Notas fiscais originais discriminadas comprovando os gastos em função das despesas ocorridas com o funeral do segurado, respeitado o disposto no item 2.2. das condições especiais.

8.1.3. Documentos do(s) beneficiário(s):

- a. Cópia do RG e CPF da pessoa que arcou com as despesas;
- b. Formulário de autorização de pagamento de indenização devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário;
- c. Cópia do comprovante de residência da pessoa que arcou com as despesas, conforme item 17.15 das condições gerais.

9. Beneficiários

9.1 O beneficiário desta garantia é a pessoa que apresentar a comprovação com as despesas de funeral, no caso do subitem 7.1.1. destas Condições Especiais.

10. Disposições Finais

10.1. Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais da apólice que não foram modificadas por estas condições especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL

ASSISTÊNCIA FUNERAL FAMILIAR

1. Objetivo

2. Cobertura

3. Riscos Excluídos

4. Vigência da Cobertura

5. Capital Segurado

6. Cessação da Cobertura

7. Liquida o de Sinistro

8. Procedimentos em Caso de Sinistro

9. Beneficiários

10. Disposições Finais

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE **ASSISTÊNCIA FUNERAL FAMILIAR**

1. Objetivo

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao(s) beneficiário(s), durante o período de vigência, o reembolso ao beneficiário, das despesas efetivamente gastas com o funeral do segurado, cônjuge e filhos, até o valor da importância segurada, caso qualquer um deles venha a falecer durante a vigência deste seguro, observados os Riscos Excluídos, previstos nas Condições Contratuais.

2. Cobertura

2.1. É a garantia de reembolso, ao beneficiário, das despesas efetivamente gastas com o funeral do segurado, cônjuge e filhos, até o valor da importância segurada, caso qualquer um deles venha a falecer durante o período de vigência deste seguro, respeitados os riscos excluídos constantes das condições gerais e destas condições especiais.

2.2. Serão reembolsadas as despesas com o funeral do segurado relativas à:

- a. Preparação do Corpo;
- b. Aquisição de Urna Mortuária;
- c. Ornamentação;
- d. Preparação da Capela;
- e. Aluguel de Carro Funerário;
- f. Sepultamento ou Cremação;
- g. Emissão de Atestado de Óbito;
- h. Traslado/Repatriamento do Corpo.

2.2.1. O reembolso somente será efetuado mediante a apresentação das notas fiscais originais dos gastos, conforme o item 5 (Liquidação de Sinistro) destas condições especiais.

3. Riscos Excluídos

3.1. Além dos riscos mencionados no item Riscos Excluídos, constante das condições gerais, não serão reembolsadas as despesas efetuadas com:

- a. Prestações de serviços não descritos no item 2. destas condições especiais sem a prévia autorização expressa da seguradora;**
- b. Busca ao corpo do segurado falecido, realização de provas, bem como as formalidades legais e burocráticas, no caso do segurado haver desaparecido em acidente, qualquer que seja a sua natureza, implicando em morte presumida;**
- c. Despesas com exumação dos corpos que já estiverem no jazigo quando do sepultamento;**
- d. Aquisição de jazigo.**

4. Vigência da Cobertura

4.1. A vigência desta cobertura será determinada pela vigência contratada para a cobertura básica de Morte Natural ou Acidental, conforme estabelecido na proposta de contratação.

4.2. Não há carência para esta cobertura opcional.

5. Capital Segurado

5.1. O Capital Segurado será estabelecido contratualmente e constará na Apólice de Seguro de Vida.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do falecimento.

6. Cessação da Cobertura

6.1. Além das hipóteses previstas no item 15 (Cancelamento do Seguro) das condições gerais, do seguro, a cobertura do risco a que se refere estas condições especiais cessa ainda:

- a. Com o cancelamento ou término da vigência da cobertura básica de morte a qual esta cobertura está vinculada;
- b. Com o pagamento do Benefício, previsto nesta cobertura;
- c. com a mudança da cobertura básica à qual esta cobertura adicional está vinculada para Valor Saldado, exceto se esta cobertura já estiver quitada; ou
- d. com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura adicional.

6.2. Caso o Segurado solicite o cancelamento desta cobertura, a Seguradora pagará a ele, quando devido, o Valor de Resgate disponível até o dia do cancelamento da cobertura, observando-se o item 12 (Valor de Resgate) das Condições Gerais.

7. Liquidação do Sinistro

7.1. A liquidação do sinistro será, prioritariamente, mediante reembolso das despesas com funeral, podendo, alternativamente, ser efetuada pela central de atendimento com direcionamento para a rede credenciada.

7.1.1. Reembolso das Despesas com Funeral: Se assim o desejar ou na impossibilidade de acionamento da Central de Atendimento, o beneficiário ou a família do segurado poderá providenciar a sua custa o funeral, escolhendo livremente o prestador de serviço, solicitando posteriormente o reembolso.

7.1.1.1. Para solicitar o reembolso, o beneficiário deverá apresentar os comprovantes originais das despesas.

7.1.1.1.1. As despesas efetuadas no exterior serão ressarcidas em moeda nacional, com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo beneficiário.

7.1.1.2. O valor do reembolso estará limitado à importância segurada, já incluída nesta as despesas com traslado.

7.1.2. Atendimento pela Central de Atendimento: Na ocorrência do óbito, a família deverá entrar em contato com a Central de atendimento (Plantão 24 horas) que, após anotar e conferir as informações, acionará a funerária local credenciada e o serviço de atendimento social na cidade que o mesmo existir, para que a mesma providencie todos os itens que forem necessários (conforme o padrão contratado) para a execução do féretro.

8. Procedimentos em Caso de Sinistro

8.1. Em caso de ocorrência de sinistro, o(s) beneficiário(s) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora e enviar os documentos básicos listados para análise e regulação:

8.1.1. Documentos do segurado:

- a. Cópia da certidão de óbito do segurado;
- b. Cópia da carteira de identidade e CPF ou Carteira Nacional de Habilitação do segurado;
- c. Notas fiscais originais discriminadas comprovando os gastos em função das despesas ocorridas com o funeral do segurado, respeitado o disposto no item 2.2. das condições especiais; e
- d. Formulário de aviso de sinistro, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário.

8.1.3. Documentos do(s) beneficiário(s):

- a. Cópia do RG e CPF ou Carteira Nacional de Habilitação da pessoa que arcou com as despesas;
- b. Cópia do comprovante de residência da pessoa que arcou com as despesas, conforme item 17.15 das condições gerais; e
- c. Formulário de autorização de pagamento de indenização, fornecido pela seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário.

9. Beneficiários

9.1 O beneficiário desta garantia é a pessoa que apresentar a comprovação com as despesas de funeral, no caso do subitem 7.1.1. destas Condições Especiais.

10. Disposições Finais

10.1. Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais da apólice que não foram modificadas por estas condições especiais.