

SEGURO SAFRA VIDA MODULAR



Versão – Outubro/2024

SAFRA VIDA E PREVIDÊNCIA S.A.
CNPJ: 30.902.142/0001-05

SAFRA VIDA MODULAR

I. CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO SAFRA VIDA MODULAR.....	4
GLOSSÁRIO.....	4
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	11
2. PARTES CONTRATANTES.....	11
3. COBERTURAS DO SEGURO.....	12
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	12
5. CAPITAL SEGURADO.....	14
6. ACEITAÇÃO DO SEGURO.....	14
7. INCLUSÃO DE SEGURADOS.....	15
8. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.....	15
9. CONDIÇÕES DE ELEGIBILIDADE.....	15
10. CARÊNCIA.....	15
11. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO.....	16
12. PERÍODO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	17
13. RENOVAÇÃO DO SEGURO.....	17
14. COBRANÇA, PAGAMENTO DO PRÊMIO E ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.....	18
15. REAVALIAÇÃO DAS TAXAS.....	18
16. CANCELAMENTO DO SEGURO.....	18
17. CESSAÇÃO DE COBERTURA.....	19
18. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	20
19. BENEFICIÁRIOS.....	20
20. ALTERAÇÕES DO CONTRATO.....	21
21. FORO.....	21
22. ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	22
23. PRESCRIÇÃO.....	22

24. COMUNICAÇÕES.....	22
25. DISPOSIÇÕES FINAIS.....	22
II. CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO SAFRA VIDA MODULAR	23
I. COBERTURAS BÁSICAS.....	23
1 COBERTURA DE MORTE (M).....	23
2. MORTE ACIDENTAL (MA).....	25
III. COBERTURAS ADICIONAIS.....	27
1. INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR ACIDENTE (IEA)	27
2 MORTE POR ACIDENTE AÉREO (MAA).....	29
3 MORTE POR ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (MAAUTO).....	31
4 INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA).....	33
5 INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)	36
6 INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)	42
7 DOENÇAS GRAVES PLUS (DGP).....	48
8 DOENÇAS GRAVES (DG).....	53
9 DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DHMO).....	56
10 DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS COM DOENÇAS GRAVES (DMHO+DG).....	58
11 DIAGNÓSTICO DE CÂNCER FEMININO E MASCULINO (DCFM)	67
12. ANTECIPAÇÃO POR DOENÇA TERMINAL (ADT).....	69
13 COBERTURA DE MORTE PARA CÔNJUGE (MC).....	72
14 COBERTURA DE INCLUSÃO DE FILHOS MORTE – IFM	74
15 DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (DIT)	76
16 PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (CLT) OU POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (AUTÔNOMOS / PROFISSIONAIS LIBERAIS) – PRDI-ITAD.....	78
IV. CONDIÇÃO PARTICULAR DO SEGURO SAFRA VIDA MODULAR.....	82

I. CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO SAFRA VIDA MODULAR.

GLOSSÁRIO

Para efeito destas Condições Gerais consideram-se as seguintes definições:

DEFINIÇÕES:

1 – ACEITAÇÃO

Ato de aprovação de Proposta submetida à Seguradora, para contratação do Seguro.

2 – ACIDENTE

É o acontecimento imprevisto e involuntário do qual resulta um dano causado ao objeto ou pessoa segurada.

3 – ACIDENTE PESSOAL

É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a **Invalidez Permanente, Total ou Parcial**, do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a) Incluem-se, ainda, neste conceito:

- O suicídio, ou a sua tentativa, o qual, para fins de Indenização, será equiparado a Acidente Pessoal, observada a legislação em vigor e respeitado o término do período de Carência (dois anos);
- 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) NÃO se incluem no conceito de Acidente Pessoal:

- as doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por Acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de Acidente coberto;
- 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 Esforços Repetitivos – LER; Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT; Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por Acidente Pessoal, conforme acima definido.

4 – AGRAVO MÓRBIDO

Piora de uma doença.

5 – 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.

6 – ÂMBITO GEOGRÁFICO

É o termo que determina o território de abrangência de uma determinada Cobertura ou a extensão na qual o Seguro ou a Cobertura é válida. Sinônimo: Perímetro de Cobertura.

7 – APARELHO LOCOMOTOR

Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

8 – APÓLICE

É o documento emitido pela Seguradora que formaliza a Aceitação das Coberturas solicitadas pelo Proponente nos Planos Individuais, ou pelo Estipulante nos Planos Coletivos.

9 - ATIVIDADE LABORATIVA

Qualquer ação ou trabalho por meio do qual o Segurado obtenha maior renda.

10 – AUXÍLIO

Para fins deste Seguro, e mais especificamente, para a Cobertura de IPDF, a ajuda por meio de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

11 – AVISO DE SINISTRO

É a comunicação da ocorrência de um Sinistro que o Segurado ou o responsável é obrigado a fazer à Seguradora, assim que tenha conhecimento.

12 – BENEFICIÁRIO

Pessoa física ou jurídica livremente indicada pelo Segurado, à qual é devida a Indenização em caso de Sinistro, desde que o Beneficiário não seja o próprio Segurado.

13 – CAPITAL SEGURADO

É o valor máximo a ser pago pela Seguradora para cada Cobertura deste Seguro, estabelecido na Proposta de Contratação, Apólice e Certificado Individual.

14 – CARDIOPATIA GRAVE

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

15 – CARÊNCIA / FRANQUIA

É o período contínuo, contado a partir do início de vigência de cada Cobertura contratada pelo Segurado, que em caso de Sinistro, **a Seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.**

16 – CERTIFICADO INDIVIDUAL

Documento destinado ao Segurado, emitido pela Seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente no Seguro, da renovação ou da alteração de valores de Capital Segurado ou Prêmio.

17 – COBERTURAS

São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um Evento Coberto.

18 – COBERTURA BÁSICA

No presente Seguro, é a Cobertura de morte do Segurado decorrente de qualquer causa ou decorrente de Acidente, exceto quando decorrente de Riscos Excluídos da Cobertura.

19 – COBERTURAS ADICIONAIS

São as demais Coberturas oferecidas pela Seguradora, que devem ser agregadas à Cobertura Básica.

20 – COGNIÇÃO

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

21 – CONDIÇÕES CONTRATUAIS

É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Adesão, das Condições Gerais, das Condições Especiais, da Apólice e do Certificado Individual.

22 – CONDIÇÕES GERAIS

Conjunto de regras (Cláusulas Contratuais) que estabelecem obrigações e direitos do Segurado, do Beneficiário, da Seguradora e do Estipulante, quando for o caso, de um mesmo Plano de Seguro e que integram a Apólice.

23 – CONECTIVIDADE COM A VIDA

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

24 – CÔNJUGE

É a(o) esposa(o) do Segurado(a). A(o) companheira(o) equipara-se ao Cônjuge, desde que comprovada a união estável, nos termos da legislação em vigor, na data do Sinistro.

25 – CONSUMPÇÃO

É o definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

26 – CORRETOR DE SEGUROS

É o profissional habilitado e autorizado a angariar e promover Contratos de Seguros, remunerados mediante comissões estabelecidas nas tarifas. O Estipulante poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros no site www.susep.gov.br, por meio do seu número de registro na Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

27 – DADOS ANTROPOMÉTRICOS

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

28 – DEAMBULAR

Ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.

29 – 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.

30 – DEFICIÊNCIA VISUAL

Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

31 – DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA

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

32 – DOENÇA CRÔNICA

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

33 – DOENÇA CRÔNICA DE CARÁTER PROGRESSIVO

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

34 – DOENÇA CRÔNICA EM ATIVIDADE

Doença Crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

35 – DOENÇA DO TRABALHO

Aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida por meio de perícia médica previdenciária, onde há confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).

36 – DOENÇA EM ESTÁGIO TERMINAL OU DOENÇA 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.

37 – DOENÇA, LESÕES E SEQUELAS PREEXISTENTE

São sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas ou Acidentes sofridos pelo Segurado, antes da contratação do Seguro e que sejam de seu conhecimento, e não declaradas à Seguradora na Proposta de Adesão quando exigida, **configuram Risco expressamente Excluído da Cobertura do Seguro.**

38 – ENDOSSO

Documento emitido pela Seguradora, por meio do qual são formalizadas alterações do Seguro Contratado, de comum acordo entre as partes envolvidas.

39 – ESTADOS CONEXOS

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

40 – ESTIPULANTE

É a pessoa jurídica que contrata a Apólice Coletiva de Seguros, ficando investida dos poderes de representação dos Segurados, individualmente considerados, perante a Sociedade Seguradora, isto é, trata-se de verdadeiro **procurador/mandatário** de todos os componentes do Grupo Segurado.

41 – EVENTO

É o acontecimento futuro, possível e incerto, previsto nas Coberturas do Seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nas Condições Gerais, Especiais ou do Contrato, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seus Beneficiários, conforme o caso.

42 – FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

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

43 – FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO

É o documento pelo qual é feita a comunicação da ocorrência de um Sinistro que o Segurado ou o Beneficiário é obrigado a preencher e encaminhar à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento.

44 – FUNÇÕES AUTONÔMICAS

São atividades de vida diária – físicas, mentais e fisiológicas, habitualmente realizadas sem ajuda de terceiros ou de dispositivos e aparelhos, e que, uma vez comprometidas, levam à perda de existência independente do indivíduo, como, por exemplo, quanto à higiene, alimentação, locomoção, funções fisiológicas (respiração, circulação, excreção, nutrição).

45 – GRUPO SEGURADO

É aquele constituído pelos componentes do Grupo Segurável, regularmente aceitos e incluídos na Apólice coletiva, nos termos destas Condições Gerais.

46 – GRUPO SEGURÁVEL

É aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm vínculo com o Estipulante que, estando em boas condições de saúde, podem aderir ou ser incluídas no Seguro, desde que atendam aos demais requisitos estabelecidos nestas Condições Gerais e, se houver, nas Condições Especiais e no Contrato.

47 – INDENIZAÇÃO

É o pagamento efetuado pela Seguradora ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s), no caso de ocorrência de Risco Coberto pelo Contrato de Seguro, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva Cobertura contratada.

48 – INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR MORTE ACIDENTAL – IEA

É o pagamento ao(s) Beneficiário(s) de uma verba adicional, cujo valor é ajustado previamente, no caso de morte do Segurado em decorrência de Evento Coberto pelo Seguro.

49 – INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA - IPDF

É a perda da existência independente do Segurado, ou seja, a ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize, de forma irreversível, o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado.

50 – INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE - IPA

É a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física causada por Acidente. Os graus de invalidez parcial estão definidos por meio de tabelas inseridas nas Condições Gerais.

51 – INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA

É a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total de um membro ou órgão em virtude de lesão física causada por acidente, conforme definido no item 4 das Condições Especiais desta Cobertura.

52 – INÍCIO DE VIGÊNCIA

É a data a partir da qual as Coberturas de Risco serão garantidas pela Seguradora.

53 – IPCA/IBGE

É o índice de Preços ao Consumidor – Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, utilizado para atualização de valores, nas hipóteses previstas nas Condições Contratuais.

54 – MÉDICO ASSISTENTE

É o profissional legalmente habilitado para a prática da medicina que está assistindo ao Segurado ou já lhe tenha prestado assistência continuada. **Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu Cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**

55 – PRÊMIO

É o valor correspondente a cada um dos pagamentos feitos pelo Segurado para o custeio do Seguro. É o valor que o Segurado paga à Seguradora, para que esta assumam a responsabilidade pelas Coberturas contratadas.

56 – PROGNÓSTICO

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

57 – PROPONENTE

É a pessoa (física ou jurídica) interessada em contratar a Cobertura ou as Coberturas, ou aderir ao Contrato de Seguro, no caso de contratação coletiva.

58 – PROPOSTA DE ADESÃO

É o documento, pelo qual a pessoa física, expressa a intenção de contratar as Coberturas, aderindo à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

59 – PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

É o documento através do qual a pessoa física ou jurídica manifesta sua vontade em contratar o Seguro, na qualidade de Estipulante, em proveito dos componentes do Grupo Segurável, manifestando pleno conhecimento de seus direitos e obrigações estabelecidos nas Condições Gerais e nas Especiais.

60 – QUADRO CLÍNICO

É o conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

61 – RECIDIVA

É o reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

62 – REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA

Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

63 – REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES

É aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados os custos decorrentes da Cobertura dos Eventos Cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados em um período determinado.

64 – REGULAÇÃO DE SINISTROS

É o processo por meio do qual a Seguradora analisa as circunstâncias e a documentação do Sinistro comunicado pelo Segurado, Beneficiário(s) do Segurado para, no caso de a situação se enquadrar nos Eventos Cobertos pela Apólice, que seja providenciado o pagamento da Indenização nos termos da Apólice e da lei.

65 – REINTEGRAÇÃO

É a recomposição do Capital Segurado de uma Cobertura, na mesma proporção em que foi reduzido em função da ocorrência de um Sinistro coberto pela Apólice.

66 – RELAÇÕES EXISTENCIAIS

Para fins deste Seguro e, mais especificamente, para a Cobertura de IPDF, são aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de Conectividade com a Vida.

67 – RISCO

É a probabilidade de ocorrência de evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do Segurado, cuja ocorrência pode provocar prejuízos de natureza econômica.

68 – RISCO COBERTO

É o Risco, previsto no Contrato de Seguro, que, em caso de concretização, dá origem a Indenização e/ou reembolso ao Beneficiário.

69 – RISCOS EXCLUÍDOS

Eventos preestabelecidos nas Condições Contratuais do Seguro que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto à Indenização oriunda(s) do Seguro, sem prejuízo das exclusões decorrentes de expressa previsão de lei. **Ou, em outras palavras, são os eventos que não estão cobertos pelo Seguro e não ensejam pagamento de Indenização.**

70 – SEGURADO

É a pessoa física, sobre a qual se procederá a avaliação do Risco e se estabelecerá o Seguro.

71 – SEGURADORA

É a Companhia de Seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume a responsabilidade pelos Riscos Cobertos pela Apólice inerentes às Coberturas contratadas, mediante recebimento dos respectivos Prêmios, nos termos destas Condições Contratuais. No caso do presente instrumento, é a **SAFRA VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**, com sede social em São Paulo / Capital, na Avenida Paulista, 2.100 e inscrita no CNPJ do MF sob o nº 30.902.142/0001-05.

72 – SENTIDO DE ORIENTAÇÃO

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

73 – SEQUELA

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

74 – SINISTRO

É a ocorrência de um Evento coberto pelas Coberturas contratadas, e desde que estas estejam em vigor.

75 – TÉRMINO DA VIGÊNCIA

É a data final para ocorrência de Riscos previstos numa Apólice de Seguros.

76 – VIGÊNCIA DO SEGURO

É o período no qual a Apólice de Seguro está em vigor.

77 – VIGÊNCIA DA COBERTURA

É o período em que o Segurado está coberto pelas Coberturas deste Seguro.

DAS CARACTERÍSTICAS

1. OBJETIVO DO SEGURO

Este Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma Indenização, limitada ao Capital Segurado contratado, ao Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s), conforme o caso, na ocorrência de Eventos Cobertos previstos na(s) Cobertura(s) contratada(s), **exceto se decorrente de Riscos Excluídos e desde que respeitadas as demais disposições destas Condições Gerais, das Condições Especiais, e das Condições Particulares.**

1.1 Plano de Seguro de Vida devidamente registrado na Superintendência de Seguros Privados – Susep, pelo Processo nº 15414.614404/2024-76.

2. PARTES CONTRATANTES

São partes contratantes deste Seguro a SAFRA VIDA E PREVIDÊNCIA S.A., o Estipulante (pessoa jurídica) e o Segurado, que aderir ao Seguro por meio da Proposta de Adesão.

2.1. Obrigações e responsabilidades do Estipulante:

- I. Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e Aceitação do Risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais;
- II. Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do Risco Coberto, de acordo com o definido contratualmente;
- III. Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, informações relativas ao Contrato de Seguro;
- IV. Efetuar o pagamento ou repassar os Prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos Prêmios;
- V. Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for responsável por tais ações;
- VI. Discriminar a Razão Social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo Risco Coberto, nos documentos, comunicações e materiais de comercialização e publicidades referentes ao Seguro;
- VII. Comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer Sinistro, ou expectativa de Sinistro, referente ao Grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- VIII. Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a Liquidação de Sinistros;
- IX. Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao Seguro contratado;
- X. Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
- XI. Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no Risco Coberto, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do Seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do Estipulante;
- XII. Manter os pagamentos dos Prêmios em dia e o Capital Segurado atualizado;
- XIII. Manter atualizados e fornecer, sempre que solicitado, informações cadastrais e/ou documentos pessoais dos Segurados, necessários para atendimento à Circular SUSEP que dispõe sobre a prevenção e combate ao crime de “lavagem” e ocultação de bens, direitos ou valores, observada eventual norma que a substitua.

2.2. É expressamente vedado ao Estipulante:

- I. Cobrar, dos Segurados, nos Seguros Contributários, quaisquer valores relativos ao Seguro além dos especificados pela Seguradora e a ela devido. Caso o Estipulante receba, juntamente com o Prêmio do Seguro, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do Prêmio de cada Segurado;
- II. Efetuar publicidade e promoção do Seguro sem prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar rigorosamente as Condições Contratuais do produto e a regulamentação de práticas e condutas no que se refere ao relacionamento com o cliente;
- III. Vincular a contratação do Seguro objeto destas Condições Gerais a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de Cobertura direta a estes Produtos.

3. COBERTURAS DO SEGURO

As Coberturas deste Seguro dividem-se em Coberturas Básicas e Coberturas Adicionais, sendo obrigatória a contratação de, no mínimo, 1 (uma) Cobertura Básica para efetivação deste Seguro e acesso à contratação das Coberturas Adicionais.

As Coberturas Adicionais não poderão ser contratadas isoladamente.

As Coberturas e os Planos escolhidos pelo Proponente serão definidos através da Proposta de Adesão, Proposta de Contratação, Apólice e especificados no Certificado Individual.

I – Coberturas Básicas

1. Morte (M)
2. Morte Acidental (MA)

II – Coberturas Adicionais

Mediante a contratação de uma das Coberturas Básicas e sujeito ao pagamento do Prêmio adicional correspondente, o Proponente poderá solicitar a inclusão das Coberturas Adicionais listadas a seguir, obedecidas as conjugações permitidas pela Seguradora:

1. Indenização Especial por Acidente (IEA)
2. Morte por Acidente Aéreo (MAA)
3. Morte por Acidente Automobilístico (MAAUTO)
4. Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)
5. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)
6. Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD)
7. Doenças Graves Plus (DGP)
8. Doenças Graves (DG)
9. Despesas Médica, Hospitalares e Odontológica (DMHO)
10. Despesas Médica, Hospitalares e Odontológicas com Doenças Graves (DMHO+DG)
11. Diagnóstico de Câncer Feminino e Masculino (DCFM)
12. Antecipação por Doença Terminal (ADT)
13. Cobertura de Morte para Cônjuge (MC)
14. Cobertura de Inclusão de Filhos Morte (IFM)
15. Diária por Incapacidade Temporária (DIT)
16. Perda de Renda por Desemprego Involuntário (CLT) ou por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (Autônomos/Profissionais Liberais) (PRDI-ITAD)

As definições, normas e exclusões pertinentes às Coberturas Adicionais estão dispostas nas suas respectivas Condições Especiais.

As Coberturas contratadas serão expressas na Apólice e no Certificado de Seguro.

Não será permitido o cancelamento da Cobertura Básica e manutenção apenas da(s) Cobertura(s) Adicional(ais).

O período de pagamento das Coberturas Adicionais não poderá ultrapassar o período de pagamento da Cobertura Básica.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Além dos Riscos expressamente excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal, item 3 nas definições do Glossário, estão também excluídos para todas as Coberturas passíveis de

contratação disponibilizadas pela Seguradora os Eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta, de e/ou relacionados a:

- a) Uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes.
- b) Atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.
- c) Doenças e Acidentes Preexistentes à inclusão do Segurado, não declaradas na Proposta de Adesão e que sejam de seu conhecimento, assim entendidos: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do Seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os Acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do Seguro.
- d) Suicídio ou sua tentativa ocorrida antes de completados os 2 (dois) primeiros anos de vigência do Contrato de Seguro ou de sua recondução depois de suspenso, contados:
 - do início de Vigência da Cobertura Individual do Seguro; ou
 - da solicitação de aumento do Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante.Nessa hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado.
- e) Atos ilícitos dolosos ou contrários a lei, praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo Representante Legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante.
- f) Lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Sinovite, Tenossinovite, Artrite, Dor Miofascial, Cerviobranquialgia, e todos os processos inflamatórios inespecíficos relacionados a Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, Tendinite, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.
- g) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de Acidente Pessoal coberto.
- h) Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quanto aos prescritos por médico em virtude de Acidente coberto por este Seguro.
- i) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza.
- j) Epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente.
- k) De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, EXCETO quando provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prática de serviço militar, da prática de esportes ou de atos de humanidade em Auxílio de outrem.
- l) De lesão premeditada auto infligida.

m) De Acidentes ocorridos antes da data de contratação individual do Seguro.

n) Envenenamentos, ainda que acidentais, por absorção de substâncias entorpecentes ou tóxicas, exceto os Acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores.

4.2 Exclusão para Atos Terroristas:

Não estão cobertos, ainda, danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil que caracterize a natureza do atentado como terrorismo, conforme definido pela legislação aplicável, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

5. CAPITAL SEGUADO

O Capital Segurado é a importância expressamente consignada na Proposta de Adesão, Proposta de Contratação, Apólice e no Certificado Individual, expressa em moeda corrente nacional, para cada Cobertura contratada a ser paga ou reembolsada ao Segurado e/ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), em caso de Sinistro coberto pelo Seguro, e que representa o limite máximo de responsabilidade da Seguradora, e será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da ocorrência do Evento Coberto.

O pagamento da Indenização será sob a forma de pagamento único, salvo se acordado de forma distinta a depender da Cobertura.

6. ACEITAÇÃO DO SEGURO

A contratação / alteração do Contrato de Seguro somente poderá ser feita mediante Proposta assinada pelo Proponente ou seu Representante. A Aceitação do Seguro estará sujeita à análise do Risco proposto à Seguradora.

A Proposta de Adesão ou de Contratação, deverá conter elementos essenciais ao exame e Aceitação do Risco, sendo certo que para elucidá-los a Seguradora poderá solicitar os documentos que julgar necessários para uma análise completa e objetiva.

A Seguradora fornecerá ao Proponente o protocolo com identificação da Proposta de Adesão ou de Contratação por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

Recebida a Proposta de Adesão e ou Contratação pela Seguradora, esta terá o prazo de 15 (quinze) dias corridos, a contar da data de recepção da Proposta, para aceitar ou recusar a inclusão/alteração do Proponente no Seguro, seja para Seguros novos, renovação, ou ainda, para o caso de alterações que impliquem modificação do Risco. Caso a Seguradora não se pronuncie no prazo descrito, a Proposta será considerada aceita.

Caso a Seguradora exija documentos complementares para melhor elucidar e analisar o Risco que está sendo proposto – solicitação esta que poderá ser feita uma única vez por Risco individual proposto – o prazo de 15 (quinze) dias anteriormente mencionado ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação solicitada.

Em caso de recusa do Risco proposto, a Seguradora procederá à comunicação formal da referida recusa, que, ademais, deverá ser justificada. A ausência de manifestação, por escrito, por parte da Seguradora, dentro do prazo, caracterizará a aceitação tácita da Proposta de Adesão.

Ademais, em caso de recusa da Proposta, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de Prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, e será restituído ao Proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, deduzido da parcela “*pro rata temporis*” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

As Apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos Riscos.

Na hipótese de não atendimento no prazo acima estipulado, os valores a serem devolvidos serão atualizados com base no Índice Geral de Preços para o Mercado – IGPM/FGV (Índice Geral de Preços Mercado – Fundação Getúlio Vargas), calculados a partir da data da exigibilidade, ou seja, a partir da data de recusa da proposta. Na falta deste indexador, fica, desde já, eleito o IPCA do IBGE – e dele será deduzido “*pró-rata temporis*” o período em que tiver prevalecido a Cobertura.

7. INCLUSÃO DE SEGURADOS

A inclusão dos Proponentes na Apólice é feita por adesão individual ao contrato coletivo, oportunidade na qual o Proponente declara ter tido conhecimento prévio das Condições Gerais do Seguro, na íntegra, onde será exigido, para análise de Aceitação, o preenchimento da Proposta de Adesão com a respectiva declaração pessoal ou prova de saúde.

8. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

A Seguradora emitirá o Certificado Individual, no início do Seguro e em cada uma das renovações posteriores, contendo as seguintes informações:

- a) Data de início e término de vigência da Cobertura Individual; e
- b) Capital Segurado de cada Cobertura contratada, além do Prêmio total.

As Coberturas, quando sujeitas a período de carência, terão esta condição indicada nas Condições Especiais e no Certificado Individual.

9. CONDIÇÕES DE ELEGIBILIDADE

Poderão ser Segurados quaisquer pessoas, desde que no início do Contrato de Seguro possuam idade a partir de 18 (dezoito) e inferior à 75 (setenta e cinco) anos, 11 meses e 29 dias e que se encontrem em bom estado de saúde.

Caso seja admitida, em caráter excepcional, a inclusão de menores de 14 (catorze) anos, é permitida a contratação de coberturas cuja indenização se dê sob forma de reembolso de despesas ou prestação de serviços, desde que a despesa ou serviço estejam diretamente relacionadas ao Sinistro coberto e devidamente comprovadas com as notas fiscais.

- a) Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado;
- b) Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

As restrições que trata aos Segurados menores de 14 anos, seja na condição de Segurado Principal ou dependente, não se aplica a coberturas de doenças graves não infecciosas ou doenças congênitas, desde que não suscetíveis a serem provocadas intencionalmente.

10. CARÊNCIA

Caso haja período de Carência estipulado para as Coberturas previstas nestas Condições, essas estarão descritas em cada Cobertura específica nas Condições Especiais.

As Carências deverão ser fixadas na Proposta de Contratação, na Proposta de Adesão, no Certificado Individual e na Apólice e não poderão exceder metade do prazo de vigência da Apólice.

Há Carência de 24 (vinte e quatro) meses, por força de disposição de lei (artigo 798 do Código Civil) em caso de suicídio praticado pelo Segurado.

Não há Carência para Eventos decorrentes de Acidente Pessoal.

O pagamento antecipado de Prêmio não elimina a Carência estabelecida para o Seguro.

11. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

A Seguradora não pagará qualquer Indenização com base no presente Seguro, caso haja por parte do Segurado, seus prepostos ou seus Beneficiários:

- a) Inexatidão ou omissão nas declarações prestadas no ato da contratação deste Seguro ou durante toda sua vigência, bem como por ocasião da regulação do Sinistro, quando estas ocorrem pela má-fé da(s) parte(s);
- b) Inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro;
- c) Fraude ou tentativa de fraude comprovada simulando Sinistro ou agravando suas consequências.
- d) Dolo, fraude simulação ou culpa grave para obter ou majorar a Indenização;
- e) Inobservância do artigo 768 do Código Civil, que dispõe que o Segurado perderá o direito à Cobertura do Seguro se agravar intencionalmente o Risco objeto do contrato;
- f) Não fornecimento da documentação solicitada.

No caso de o Segurado, seu Representante, Estipulante ou seu Corretor de Seguros prestarem declarações falsas, inexatas, errôneas e/ou incompletas, junto à Seguradora, que possam influir na Aceitação da Proposta ou na fixação do valor do Prêmio, ficará prejudicado o direito à Indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do Prêmio eventualmente vencido.

A Seguradora não pagará qualquer Indenização, ainda, se o Segurado impedir ou dificultar quaisquer exames, diligências ou perícias, necessárias para resguardar os direitos da Seguradora.

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

É obrigação do Segurado comunicar à Seguradora, logo que o saiba, qualquer fato suscetível de agravar o Risco, sob pena de perder o direito à Cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

Ao receber tal comunicação, a Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso da agravação do Risco, poderá decidir pelo cancelamento do Seguro, ou, mediante acordo entre as partes, restringir a Cobertura contratada ou cobrar a diferença de Prêmio cabível, devendo dar ciência ao Segurado, por escrito, de sua decisão.

Caso a Seguradora opte pelo cancelamento do Seguro, este será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do Prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

AUSÊNCIA DE MÁ-FÉ:

Se a inexatidão ou a omissão nas declarações, conforme acima mencionado, não for decorrente de má-fé do Segurado, a Seguradora deverá:

11.1. Na hipótese de não ocorrência de Sinistro:

- a) Cancelar o Seguro, podendo reter do Prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido, ou;

- b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade ao Seguro, podendo cobrar a diferença do Prêmio cabível (a ser, então, recalculado) e/ou restringir termos e Condições da Cobertura contratada para Riscos futuros.

11.2. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento PARCIAL do Capital Segurado:

- a) Após o pagamento da Indenização, cancelar o Seguro, podendo reter, do Prêmio originalmente pactuado, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido, acrescido da diferença cabível, ou;
- b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, podendo cobrar a diferença do Prêmio cabível (a ser, então, recalculado) deduzindo a referida diferença do valor a ser indenizado ao Segurado ou ao Beneficiário e/ou restringir termos e Condições da Cobertura contratada para Riscos futuros.

11.3. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento INTEGRAL do Capital Segurado:

- a) Cancelar o Seguro, após o pagamento da Indenização, podendo deduzir do valor a ser indenizado, a diferença de Prêmio cabível.

12. PERÍODO DA COBERTURA INDIVIDUAL

O Seguro terá seu início de Vigência as 24 (vinte e quatro) horas da data de protocolo da Seguradora, ou outra data desde que prevista na Proposta de Adesão.

A vigência deste Seguro é de até 5 (cinco) anos, renovável por igual prazo desde que não haja manifestação prévia em contrário, de uma das partes, até 60 (sessenta) dias antes do término da vigência.

O Contrato de Seguro, cuja Proposta de Adesão tenha sido encaminhada com adiantamento de valor para futuro pagamento, parcial ou total, do Prêmio, terá seu início de vigência a partir da data de recepção da Proposta pela Seguradora.

O Contrato de Seguro, cuja Proposta de Adesão tenha sido encaminhada sem adiantamento de valor para futuro pagamento de Prêmio, o início de Vigência da Cobertura será a data de Aceitação da Proposta pela Seguradora ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e deverá constar na Proposta de Contratação.

O início e término de vigência das Apólices e dos eventuais Endossos serão às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas, observadas as Disposições Contratuais.

Este Seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento sem devolução dos Prêmios pagos nos termos da Apólice.

13. RENOVAÇÃO DO SEGURO

O Seguro prevê renovação automática por igual período, salvo se o Estipulante, o Segurado ou a Seguradora se manifestar em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do final de Vigência, ou se ocorrer alguma das causas de cancelamento, previstas nestas Condições Gerais.

A renovação automática prevista no item anterior só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Segurado, do Estipulante ou da Seguradora.

Na hipótese de alteração da Apólice que implique em ônus, dever ou redução dos direitos do Segurado, a renovação deverá ter anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado. Inexistindo vínculo prévio ao Seguro, entre Segurado e Estipulante, o tratamento da renovação será feito diretamente com o Segurado.

Caso a Seguradora não tenha a intenção de renovar o Seguro, deverá avisar o Estipulante e/ou Segurado com 60 (sessenta) dias de antecedência do final de Vigência do Seguro.

14. COBRANÇA, PAGAMENTO DO PRÊMIO E ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

O presente Seguro é Contributivo, ou seja, o pagamento do Prêmio Total é de responsabilidade do Segurado, conforme periodicidade definida na Proposta de Adesão.

A periodicidade e a forma de pagamento dos Prêmios serão definidas contratualmente, firmada através da Proposta de Adesão.

Quando a data limite para pagamento do Prêmio coincidir em dia em que não haja expediente bancário, a quitação do Prêmio poderá ser efetuada no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação.

Quando o Estipulante fizer jus a qualquer remuneração, inclusive a título de pró-labore, seu valor será estabelecido contratualmente.

Em caso de atraso no pagamento do Prêmio, incidirão sobre este os seguintes encargos: juros de 1% (um por cento) ao mês.

Os Prêmios e Capitais Segurados serão atualizados anualmente, com base na variação anual no IPCA/IBGE. No caso de extinção do referido índice será utilizado o IGPM/FGV e em caso de extinção do IGPM/FGV, pelo índice que vier a substituí-lo.

Por ocasião da possível renovação do Certificado serão encaminhados aos Segurados os Prêmios e Capitais Segurados para o novo período de Vigência, atualizados pela variação do IPCA/IBGE, apurada com uma defasagem de até dois meses. No caso de extinção do referido índice será utilizado o IGPM/FGV e em caso de extinção do IGPM/FGV, pelo índice que vier a substituí-lo.

Os Prêmios deverão ser pagos durante todo o Período de Cobertura.

Não havendo o pagamento até o 90º dia posterior ao vencimento do Prêmio, o Seguro será cancelado.

Para pagamentos que não forem efetuados até o 90º dia posterior ao vencimento do Prêmio, será garantida a Cobertura dos Sinistros ocorridos até esta data, com a consequente cobrança do Prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento da Indenização paga ao Segurado ou aos Beneficiários.

Qualquer Indenização somente passa a ser devida pela Seguradora depois do pagamento do respectivo Prêmio pelo Segurado, que deve ser realizado até a data estabelecida na Apólice. No entanto, caso esta data corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente, sem que haja suspensão das Coberturas.

15. REAVALIAÇÃO DAS TAXAS

O Prêmio deste Seguro será calculado com base na idade do Segurado, na data de seu ingresso no presente Seguro, e, a partir dos 75 (setenta e cinco) anos para os Planos de Vida terá reajuste com percentual fixo sobre o Prêmio Comercial, de 8,5% (oito virgula cinco por cento) ao ano.

16. CANCELAMENTO DO SEGURO

Caso, após o prazo de 90 (noventa) dias a contar da data do vencimento do Prêmio, não seja retomado o pagamento dos Prêmios, o Seguro fica automaticamente cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou

obrigações, a partir desta data, não cabendo qualquer restituição de Prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

No caso de cancelamento do Seguro a pedido do Segurado, será respeitada a tabela abaixo com os percentuais respectivos com o prazo de pagamento, Prazo Curto.

Prazo dias	% do Prêmio anual	Prazo dias	% do Prêmio anual	Prazo dias	% do Prêmio anual
15	13	135	56	255	83
30	20	150	60	270	85
45	27	165	66	285	88
60	30	180	70	300	90
75	37	195	73	315	93
90	40	210	75	330	95
105	46	225	78	345	98
120	50	240	80	365	100

Para percentuais não previstos na tabela, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

Além dos itens acima mencionados, o Seguro também poderá ser cancelado:

- Automaticamente, se o Segurado ou seus Beneficiários agirem com dolo, culpa grave, cometerem fraude ou faltarem com o dever de lealdade durante o processo de contratação ou no decorrer na vigência do Seguro.
- Automaticamente, pela inobservância das obrigações convencionadas nas Condições Contratuais, por parte do Segurado, seus Beneficiários ou seus Representantes Legais.
- Por mútuo e expresse consenso entre o Segurado e a Seguradora.
- Automaticamente, se o Segurado impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências, necessárias para resguardar os direitos da Seguradora.

17. CESSAÇÃO DE COBERTURA

Respeitado o período correspondente ao Prêmio pago, a Cobertura garantida por este Seguro cessará nos seguintes casos:

- Ao final do prazo de Vigência da Apólice, se esta não for renovada.**
- Com o cancelamento da Apólice por quaisquer das situações previstas neste documento;**
- Quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias;**
- Com o falecimento do Segurado;**
- Com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva Cobertura contratada, que gerou a Indenização;**
- Imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item “Perda do Direito a Indenização” destas Condições Gerais;**
- Quando o Segurado não pagar o Prêmio Individual, observado o constante nestas Condições Gerais.**

Na hipótese de o Segurado, seus prepostos ou seus Beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do Seguro, ou durante sua Vigência, tentar obter ou majorar a Indenização, dar-se automaticamente a caducidade do Seguro, sem restituição dos Prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

18. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em caso de Sinistro coberto por este Seguro, e desde que o Seguro não esteja cancelado, a Cobertura suspensa ou o evento previsto como Risco Excluído, o Segurado ou seu(s) Beneficiário(s), conforme o caso deverá comunicá-lo imediatamente à Seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência. Uma vez avisada, ou noticiada, sobre a ocorrência de um Sinistro, deverá ser encaminhada a documentação listada em cada Cobertura nas Condições Especiais, sem prejuízo de outros que possam ser solicitados em caso de dúvida fundada e justificável.

Uma vez cancelada a Cobertura, por falta de pagamento do Prêmio (após 90 dias), os documentos eventualmente recepcionados pela Seguradora serão devolvidos ao Segurado ou aos Beneficiários deste.

A partir da entrega da documentação básica, listada em cada Cobertura nas Condições Especiais por parte do Segurado ou Beneficiário(s), a Seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para Liquidação do Sinistro em parcela única, contados da apresentação de todos os documentos necessários.

Após este prazo, são devidos juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês a partir do último dia previsto para o pagamento, sendo que na sua falta, serão equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Federal.

É facultado à Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos além daqueles estabelecidos nas Condições Especiais, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias previstos para Liquidação do Sinistro será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

Em caso de divergências sobre a causa, a natureza, diagnóstico ou extensão das lesões ou das doenças, bem como sobre a avaliação da Invalidez por Acidente não prevista expressamente nestas Condições Gerais, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição da Junta Médica.

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

Uma vez aceita a proposta de instauração de Junta Médica, o prazo para a sua efetiva constituição será também de 15 (quinze) dias, contados da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

O valor a ser indenizado ao Segurado ou Beneficiários será igual ao valor do Capital Segurado vigente na data do Evento, que será atualizado até o efetivo pagamento pela variação positiva do IPCA/IBGE “*pró-rata temporis*”, sendo certo que no caso de extinção do referido índice, será utilizado, o índice que vier a substituí-lo.

19. BENEFICIÁRIOS

Cabe ao Segurado, a qualquer tempo, nomear ou substituir seu(s) Beneficiário(s), **mediante manifestação por escrito à Seguradora**, ressalvadas as restrições legais.

- a) Será considerada, em caso de Sinistro, a última indicação e/ou alteração de Beneficiário(s) feita pelo Segurado e recebida pela Seguradora antes do pagamento da Indenização. Caso a Seguradora não seja cientificada oportunamente da indicação e/ou alteração, desobrigar-se-á pagando o Capital Segurado na forma anterior, ou seja, será válido o pagamento feito pela Seguradora se realizado antes de receber a comunicação da alteração de Beneficiário.

- b) A alteração só poderá ser efetuada se o Segurado não tiver renunciado previamente a essa faculdade, ou se o Seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação. Não será aceita designação ou substituição de Beneficiário(s) por meio de procuração.
- c) Na falta de indicação de Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a instituição ou nomeação feita pelo Segurado, o valor do Seguro será pago metade ao Cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros legais do Segurado, obedecida a ordem de sucessão hereditária prevista em lei (Código Civil Brasileiro). Na falta de tais pessoas – Cônjuge e herdeiros legais – o valor do Seguro será pago a quem provar que a morte do Segurado o privou dos meios necessários à subsistência.
- d) Na hipótese de morte de um dos Beneficiários indicados expressamente antes da ocorrência da morte do Segurado, a parte cabível ao Beneficiário pré-morto reverterá em favor aos demais Beneficiários indicados expressamente.
- e) No caso das Coberturas de, Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD), Doenças Graves Plus (DGP), Doenças Graves (DG), Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas com Doenças Graves (DMHO+DG), Diagnóstico de Câncer Feminino e Masculino (DCFM), Antecipação por Doença Terminal (ADT), Diária por Incapacidade Temporária e Perda de Renda por Desemprego Involuntário ou por Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença, o Beneficiário será o próprio Segurado.
- f) Em caso de Morte devidamente coberta do Segurado Dependente, quando tiver sido contratada a Cobertura Morte para Cônjuge (MC), Morte para Filhos (MF), o Beneficiário será o Segurado Principal.
- g) Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do seu Cônjuge, se contratada a Cobertura Adicional de Morte para Cônjuge, os Capitais Segurados referentes às Coberturas desses Segurados deverão ser pagos aos respectivos Beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos Segurados.

Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária do Seguro se comprovado o seu legítimo interesse para figurar em tal condição.

20. ALTERAÇÕES DO CONTRATO

O presente Seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes.

Qualquer alteração na Proposta de Contratação em vigor deverá ser realizada por Aditivo, com a concordância expressa e escrita do Segurado, ratificada pelo correspondente Endosso.

Qualquer modificação na Apólice vigente, que implicar ônus ou dever para os Segurados, ou, ainda, diminuir seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo Segurado.

Nenhuma alteração será válida se não for feita por escrito.

21. FORO

Eventuais questões judiciais entre o Segurado ou o Beneficiário e a Seguradora serão processadas e julgadas no foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

22. ÂMBITO GEOGRÁFICO

As Coberturas previstas nas Condições deste Seguro independem da localização da ocorrência do Evento coberto por este contrato, entretanto, o pagamento da Indenização se dará apenas no território nacional e em moeda nacional.

23. PRESCRIÇÃO

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

24. COMUNICAÇÕES

O Segurado está ciente e de acordo que quaisquer comunicações, declarações, intimações e avisos oriundos desta contratação, poderão ser efetuados, a critério exclusivo da Seguradora, ao Segurado, pela própria Seguradora, ou qualquer terceiro por ela contratado para este fim, por meio de correspondência, bem como através de outros meios, inclusive os eletrônicos, tais como: E-mail, SMS, Whatsapp, ou quaisquer outros serviços de mensageria, que sejam disponibilizados/utilizados pela Seguradora para este fim.

25. DISPOSIÇÕES FINAIS

Em caso de cessação, voluntária ou compulsória, das operações da Seguradora, durante a Vigência da Apólice, serão observadas as disposições legais que regem a liquidação das Sociedades Seguradoras, ficando preservados e garantidos todos os direitos do Segurado e de seu(s) Beneficiário(s), que têm privilégio especial sobre as Reservas Técnicas ou Provisões garantidoras das Operações de Seguro.

Este Seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto, não haverá devolução ou resgate de Prêmios recebidos, correspondentes aos Riscos decorridos, ao Segurado ou aos Beneficiários, no caso de não renovação, cancelamento ou não ocorrência de Sinistro.

A Aceitação da Proposta estará sujeita à análise do Risco.

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

O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros e da Seguradora, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo e CNPJ ou CPF, conforme o caso.

II. CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO SAFRA VIDA MODULAR

I. COBERTURAS BÁSICAS

1 COBERTURA DE MORTE (M)

Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, sempre limitada ao Capital Segurado e desde que decorra de Evento Coberto, em caso de morte do Segurado decorrente de causas naturais ou acidentais ocorrida durante o período de vigência da Cobertura, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**

A indenização da Cobertura de Morte, implica no cancelamento da Apólice vigente do Segurado.

1.1 RISCOS EXCLUÍDOS

Aplicam-se a esta Cobertura os Riscos Excluídos descritos nas Condições Gerais.

1.2 PRÊMIO E CAPITAL SEGURADO

O Prêmio relativo à Cobertura contratada, bem como o Capital Segurado para esta Cobertura deverão constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro. O Capital Segurado, se contratada esta Cobertura, será pago ao(s) Beneficiário(s) em caso de Sinistro coberto pelo Seguro e será limitado ao valor descrito na Proposta de Adesão, na Apólice e Certificado do Seguro.

1.3 CESSAÇÃO DE COBERTURA

Além das hipóteses previstas no item 17 das Condições Gerais, esta Cobertura cessa ainda:

- a) Simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;**
- b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;**
- c) Com o falecimento do Segurado; ou**
- d) Com o pagamento da Indenização da respectiva Cobertura contratada, que gerou a Indenização.**

1.4 CARÊNCIA

Para eventos decorrentes de doença, reclamados em caso de Morte por causas naturais ou por doença, haverá carência de 90 (noventa) dias, a contar do início da vigência do Certificado individual.

Esta Cobertura não prevê Carência, exceto a Carência de 24 (vinte e quatro) meses, por força de disposição de lei (artigo 798 do Código Civil) em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticada pelo Segurado.

1.5 DATA DO EVENTO

Para esta Cobertura considera-se como Data do Evento, para efeito de Indenização do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado.

1.6 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

- a) Formulário de Aviso de Sinistro, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário;
- b) Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados do Segurado;
- c) Formulário de Autorização para Crédito da Indenização, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- d) Na hipótese de Beneficiário Pessoa Jurídica: Autorização de Crédito em nome da Pessoa Jurídica;
- e) Cópias do RG (Cédula de Identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência, com, no máximo 3 (três) meses da data de emissão, e somente serão aceitas contas de água, luz, telefone fixo e gás do(s) Beneficiário(s) e do Segurado;
- f) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- g) Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- h) Cópia do Laudo Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- i) Documento assinado pelo médico contendo informações sobre as circunstâncias do Evento.

2. MORTE ACIDENTAL (MA)

Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, sempre limitada ao Capital Segurado e desde que decorra de Evento Coberto, em caso de morte do Segurado em consequência **exclusiva** de Acidente Pessoal coberto ocorrido durante o período de Vigência da Cobertura, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**

A indenização da Cobertura de Morte Acidental, implica no cancelamento da Apólice vigente do Segurado.

2.1 RISCOS EXCLUÍDOS

Aplicam-se a esta Cobertura os Riscos Excluídos descritos nas Condições Gerais.

2.2 PRÊMIO E CAPITAL SEGURADO

O Prêmio relativo à Cobertura contratada, bem como o Capital Segurado para esta Cobertura, deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro. O Capital Segurado, se contratada esta Cobertura, será pago ao(s) Beneficiário(s) em caso de Sinistro coberto pelo Seguro e será limitado ao valor descrito na Proposta de Adesão, na Apólice e Certificado do Seguro.

2.3 CESSAÇÃO DE COBERTURA

Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, esta Cobertura cessa ainda:

- a) **Simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;**
- b) **A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;**
- c) **Com o falecimento do Segurado; ou**
- d) **Com o pagamento da Indenização da respectiva Cobertura contratada.**

2.4 CARÊNCIA

Esta Cobertura não prevê Carência, exceto a Carência de 24 (vinte e quatro) meses, por força de disposição de lei (artigo 798 do Código Civil) em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticada pelo Segurado.

2.5 DATA DE EVENTO

Para fins desta Cobertura, considera-se como Data do Evento, para efeito de Indenização do Capital Segurado, a data da ocorrência do Acidente Pessoal coberto.

2.6 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

- a) Formulário de Aviso de Sinistro, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário;
- b) Formulário de Autorização para Crédito da Indenização, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- c) Na hipótese de Beneficiário Pessoa Jurídica: Autorização de Crédito em nome da Pessoa Jurídica;
- d) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência com, no máximo 3 (três) meses da data de emissão e somente serão aceitas contas de água, luz, telefone fixo e gás do(s) Beneficiário(s) e do Segurado;
- e) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- f) Cópia do Boletim de Ocorrência (BO) se houver;
- g) Comprovante de Indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;

- h) Cópia do Laudo Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- i) Documento assinado pelo médico contendo informações sobre as circunstâncias do Evento;
- j) Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de Acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- k) Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- l) Cópia do Laudo da Perícia Técnica realizada no local do Acidente se houver.

III. COBERTURAS ADICIONAIS

1. INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR ACIDENTE (IEA)

Esta Cobertura, desde que contratada e mediante o pagamento de Prêmio Adicional, garante aos Beneficiários, o pagamento do Capital Segurado Individual contratado para esta Cobertura, em caso de Morte do Segurado, causada, **exclusivamente**, por Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos**, sem prejuízo do pagamento do Capital referente a Cobertura de Morte, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.

Por Morte Acidental entende-se aquela decorrente de evento exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento.

Esta Cobertura somente poderá ser contratada em caso de contratação da Cobertura de Morte e não poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura de Morte Acidental.

A indenização da Cobertura de Indenização Especial por Acidente (IEA), implica no cancelamento da Apólice vigente do Segurado.

1.1 RISCOS EXCLUÍDOS

Aplicam-se a esta Cobertura os Riscos Excluídos descritos nas Condições Gerais.

1.2 PRÊMIO E CAPITAL SEGURADO

O Prêmio relativo à Cobertura contratada, bem como o Capital Segurado para esta Cobertura, deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro. O Capital Segurado, se contratada esta Cobertura, será pago ao(s) Beneficiário(s) em caso de Sinistro coberto pelo Seguro e será limitado ao valor descrito na Proposta de Adesão, na Apólice e Certificado de Seguro.

O Capital Segurado para esta Cobertura não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado da Cobertura Básica Morte e estará expresso na Apólice, na Proposta de Adesão, na Proposta de Contratação e no Certificado Individual.

1.3 CESSAÇÃO DE COBERTURA

Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, esta Cobertura cessa ainda:

- a) Simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;**
- b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;**
- c) Com o falecimento do Segurado, ou**
- d) Com o pagamento da Indenização da respectiva Cobertura contratada.**

1.4 CARÊNCIA

Esta Cobertura não prevê Carência, exceto a Carência de 24 (vinte e quatro) meses, por força de disposição de lei (artigo 798 do Código Civil) em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticada pelo Segurado.

1.5 DATA DO EVENTO

Para fins desta Cobertura, considera-se como Data do Evento, para efeito de Indenização do Capital Segurado, a data da ocorrência do Acidente Pessoal coberto.

1.6 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

- a) Formulário de Aviso de Sinistro, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário;
- b) Formulário de Autorização para Crédito da Indenização, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- c) Na hipótese de Beneficiário Pessoa Jurídica: Autorização de crédito em nome da Pessoa Jurídica;
- d) Cópias do RG (Cédula de Identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e Comprovante de Residência com, no máximo 3 (três) meses da data de emissão e somente serão aceitas contas de água, luz, telefone fixo e gás do(s) Beneficiário(s) e do Segurado;
- e) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- f) Cópia do Boletim de Ocorrência (BO) se houver;
- g) Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- h) Cópia do Laudo Necroscópico – IML (Instituto Médico Legal), se realizado;
- i) Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de Acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- j) Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- k) Cópia do Laudo da Perícia Técnica realizada no local do Acidente se houver;
- l) Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados do Segurado.

2 MORTE POR ACIDENTE AÉREO (MAA)

Esta Cobertura, desde que contratada e mediante o pagamento de Prêmio Adicional, garante o pagamento de uma Indenização ao(s) Beneficiário(s), em caso de Morte por Acidente Aéreo do Segurado, exclusivamente na condição de Passageiro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos**, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.

Passageiro: é o Segurado que esteja a bordo de aeronave, desde que não seja na condição de tripulante, exclusivamente em voos de linhas regulares comerciais devidamente concedidas e aprovadas pelo Departamento de Aviação Civil – DAC, ANAC ou Autoridade Internacional competente.

Esta Cobertura Adicional somente poderá ser contratada em conjunto com as Coberturas Básicas de Morte ou Morte Acidental.

A indenização da Cobertura de Morte por Acidente Aéreo (MAA), implica no cancelamento da Apólice vigente do Segurado.

2.1. RISCOS EXCLUÍDOS

- a) Além dos Riscos expressamente excluídos nas Condições Gerais, estão também excluídos Voos de fretamento, de serviço, de instrução, de experiência, cargueiro ou outros voos de linhas não regulares, conforme conceito estabelecido pela ANAC, tais como, mas não se limitando a voos a bordo de táxis-aéreos, helicópteros, aeronaves particulares, aeroplanos, planadores, asas-deltas, balões ou dirigíveis;
- b) Acidentes ocorridos em consequência de viagens em aeronaves que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade, em aeronaves oficiais ou militares em operação que não sejam de simples transportes ou de condução de autoridades ou de passageiros, em aeronaves furtadas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, em aeronaves não homologadas, experimentais, excetuando-se os casos de utilização de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar ou atos de humanidade em Auxílio de outrem.

2.2. PRÊMIO E CAPITAL SEGURADO

O Prêmio relativo à Cobertura contratada, bem como o Capital Segurado para esta Cobertura, deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro. O Capital Segurado, se contratada esta Cobertura, será pago ao(s) Beneficiário(s) em caso de Sinistro coberto pelo Seguro e será limitado ao valor descrito na Proposta de Adesão, na Apólice e Certificado do Seguro.

2.3. CESSAÇÃO DE COBERTURA

Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, esta Cobertura cessa ainda:

- a) Simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da Presente Cobertura;
- b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- c) Com o falecimento do Segurado;
- d) Com o pagamento da Indenização da respectiva Cobertura contratada.

2.4. CARÊNCIA

Esta Cobertura não prevê Carência, exceto a Carência de 24 (vinte e quatro) meses, por força de disposição de lei (artigo 798 do Código Civil) em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticada pelo Segurado.

2.5. DATA DO EVENTO

Para fins desta Cobertura, considera-se como Data do Evento, para efeito de Indenização do Capital Segurado, a data da ocorrência do Acidente Pessoal coberto.

2.6. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

- a) Formulário de Aviso de Sinistro, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário;
- b) Formulário de Autorização para Crédito da Indenização, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- c) Na hipótese de Beneficiário Pessoa Jurídica: Autorização de Crédito em nome da Pessoa Jurídica;
- d) Cópias do RG (Cédula de Identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência com, no máximo 3 (três) meses da data de emissão e somente serão aceitas contas de água, luz, telefone fixo e gás do(s) Beneficiário(s) e do Segurado;
- e) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- f) Cópia do Boletim de Ocorrência (BO) se houver;
- g) Comprovante de Indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- h) Cópia do Laudo Necroscópico – IML (Instituto Médico Legal), se realizado;
- i) Cópia do Laudo da Perícia Técnica realizada no local do Acidente se houver;
- j) Cópia da relação completa de passageiros embarcados no voo acidentado, com discriminação da tripulação e confirmação de check-in pela Companhia Aérea respectiva;
- k) Comprovante de concessão e aprovação do voo pela ANAC ou Autoridade Aeronáutica Internacional, informando tipo de voo e aeronave.

3 MORTE POR ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (MAAUTO)

Esta Cobertura, desde que contratada e mediante o pagamento de Prêmio Adicional, garante o pagamento de uma Indenização ao(s) Beneficiário(s), em caso de Morte por Acidente Automobilístico do Segurado, causado exclusivamente por veículos de tração automotora ou elétrica, de acordo com a classificação dada pelo Código de Trânsito Brasileiro – CTB, de vias terrestres, inclusive trem e metrô, esteja o Segurado na condição de condutor, passageiro ou pedestre, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos**, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.

Esta Cobertura Adicional somente poderá ser contratada em conjunto com as Coberturas Básicas de Morte ou Morte Acidental.

A indenização da Cobertura de Morte por Acidente Automobilístico (MAAUTO), implica no cancelamento da Apólice vigente do Segurado.

3.1. RISCOS EXCLUÍDOS

Aplicam-se a esta Cobertura os Riscos Excluídos descritos nas Condições Gerais.

3.2. PRÊMIO E CAPITAL SEGURADO

O Prêmio relativo à Cobertura contratada, bem como o Capital Segurado para esta Cobertura deverão constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro. O Capital Segurado, se contratada esta Cobertura, será pago ao(s) Beneficiário(s) em caso de Sinistro coberto pelo Seguro e será limitado ao valor descrito na Proposta de Adesão, na Apólice e Certificado do Seguro.

3.3. CESSAÇÃO DE COBERTURA

Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, esta Cobertura cessa ainda:

- a) Simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;**
- b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;**
- c) Com o falecimento do Segurado;**
- d) Com o pagamento da Indenização da respectiva Cobertura contratada, que gerou a Indenização.**

3.4. CARÊNCIA

Esta Cobertura não prevê Carência, exceto a Carência de 24 (vinte e quatro) meses, por força de disposição de lei (artigo 798 do Código Civil) em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticada pelo Segurado.

3.5. DATA DO EVENTO

Para fins desta Cobertura, considera-se como Data do Evento, para efeito de Indenização do Capital Segurado, a data ocorrência do Acidente Pessoal coberto.

3.6. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

- a) Formulário de Aviso de Sinistro, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário;
- b) Formulário de Autorização para Crédito da Indenização, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- c) Na hipótese de Beneficiário Pessoa Jurídica: Autorização de Crédito em nome da Pessoa Jurídica;
- d) Cópias do RG (Cédula de Identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e comprovantes de residência com, no máximo 3 (três) meses da data de emissão e somente serão aceitas contas de água, luz, telefone fixo e gás do(s) Beneficiário(s) e do Segurado;
- e) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- f) Cópia do Boletim de Ocorrência (BO) se houver;
- g) Comprovante de Indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- h) Cópia do Laudo Necroscópico – IML (Instituto Médico Legal), se realizado;
- i) Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de Acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- j) Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- k) Cópia do Laudo da Perícia Técnica realizada no local do Acidente, se houver;
- l) Documento assinado pelo médico contendo informações sobre as circunstâncias do Evento.

4 INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

Desde que contratada e mediante o pagamento do Prêmio Adicional, esta Cobertura garante, ao Segurado ou Beneficiário, o pagamento de uma Indenização, limitada ao Capital Segurado máximo contratado, **caso o Segurado sofra uma perda, redução ou impotência funcional definitiva total de membros ou órgãos em virtude de lesão física, causada por Acidente coberto, atestada por médico após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos disponíveis para recuperação, sendo tais lesões insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis** quando da alta médica definitiva e constatada a Invalidez Permanente Total por Acidente, **exceto se decorrente dos Riscos Excluídos observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**

Esta Cobertura Adicional somente poderá ser contratada em conjunto com as Coberturas Básicas de Morte ou Morte Acidental.

Para efeito de Indenização, consideram-se como Invalidez Permanente Total por Acidente os Eventos Cobertos decorrentes de Acidente Pessoal e ocorridos na Vigência do Seguro, relacionados abaixo:

- a) Perda total da visão de ambos os olhos;
- b) Perda total do uso de ambos os membros superiores;
- c) Perda total do uso de ambos os membros inferiores;
- d) Perda total do uso de ambas as mãos;
- e) Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior;
- f) Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés;
- g) Perda total do uso de ambos os pés;
- h) Alienação mental total incurável;
- i) Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista; e
- j) Perda total de um dos membros superiores ou inferiores.

As Indenizações por Morte e Invalidez Permanente Total por Acidente não se acumulam para o mesmo Segurado e/ou para o mesmo acidente. Se, depois de pagar a Indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente, verificar-se a Morte do Segurado, a Indenização por Morte não será devida.

A Invalidez Permanente Total por Acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A Seguradora reserva-se no direito de submeter o Segurado a exames clínicos e laboratoriais para comprovação da Invalidez, de suas causas ou naturezas, além da avaliação de sua incapacidade, em caso de dúvida fundada e justificável, sob pena de não pagamento da Indenização, caso o Segurado a tanto se negue.

O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante.

As despesas efetuadas com a comprovação do Sinistro correrão por conta do Segurado, salvo as despesas realizadas diretamente pela Seguradora, facultada à mesma tomar quaisquer medidas tendentes à elucidação do Sinistro, cujos atos ou providências não implicam, por eles próprios, o reconhecimento da obrigação de pagar a Indenização pleiteada, podendo, inclusive, a Seguradora solicitar que o Segurado seja submetido a exame clínico a ser realizado por médico por ela indicado.

Caso haja recusa do Segurado em comparecer a exame clínico ou ambulatorial designado para esclarecer quaisquer situações relacionadas ao Seguro, a Seguradora ficará desobrigada do pagamento de qualquer Indenização.

Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a Indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente não será devida pela Seguradora, independente da percentagem de redução das funções.

Nos casos não especificados, a Indenização será concedida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, desde que superior a 70% (setenta por cento), independentemente de sua profissão.

A perda de dentes e os Danos Estéticos não dão direito à Indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente.

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, estágio clínico que comprove a Invalidez Permanente Total por Acidente.

Reconhecida a Invalidez Permanente Total por Acidente, pela Seguradora, a Indenização será paga de uma única vez e o Segurado terá o seu Certificado cancelado após o Pagamento da Indenização de Invalidez Permanente Total por Acidente, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após a data de reconhecimento da Invalidez, devidamente atualizados pelo índice de atualização estabelecido no item 14 das Condições Gerais.

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.

O Segurado terá a Apólice cancelada após o Pagamento de Indenização referente à Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente.

4.1 CESSAÇÃO DE COBERTURA

Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, esta Cobertura cessa ainda:

- a) Simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- c) Com o falecimento do Segurado;
- d) Com o pagamento da Indenização da respectiva Cobertura contratada, que gerou a Indenização da Invalidez Permanente Total por acidente.

4.2 CARÊNCIA

Esta Cobertura não prevê Carência, exceto a Carência de 24 (vinte e quatro) meses, por força de disposição de lei (artigo 798 do Código Civil) em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticada pelo Segurado.

4.3 DATA DO EVENTO

Para fins desta Cobertura, considera-se como Data do Evento, para efeito de Indenização do Capital Segurado, a data do Acidente Pessoal, constatada por meio da análise da documentação apresentada pelo Segurado.

4.4 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

- a) Formulário de Aviso de Sinistro, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo Médico Assistente;
- b) Relatório Médico padrão da Seguradora, assinado pelo médico do Segurado;

- c) Cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a invalidez e informando o percentual do déficit funcional de órgão ou membro lesionado;
- d) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- e) Comprovante de endereço residencial do Segurado, com no máximo 03 (três) meses da data de emissão;
- f) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- g) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de Acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h) Cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;
- i) Resultado do(s) exame(s) complementar(es) realizado(s): Laboratoriais, radiológicos, ultrassom, tomografia, ressonância magnética e outros exames que o Segurado tenha realizado.

5 INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

Garante o pagamento desde que contratada e mediante o pagamento de Prêmio Adicional, uma Indenização ao próprio Segurado, caso este venha a sofrer perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física causada por Acidente coberto, ocorrido durante a vigência deste Seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**

Após a conclusão do tratamento (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação), mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, e verificada a existência de Invalidez Permanente avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará ao próprio Segurado principal uma Indenização de acordo com as Tabelas para Cálculo de Indenização (itens 0 e 0), proporcional ao valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura de Invalidez, descrita neste tópico.

Esta Cobertura Adicional somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura Básica de Morte.

5.1 RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos Riscos descritos nas Condições Gerais, estão também excluídos desta Cobertura os Eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) Todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de Acidente coberto;
- b) Perda de dentes, ainda que decorrente de Acidente coberto;
- c) As doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que desencadeadas ou agravadas por Acidente coberto.

5.2 PRÊMIO E CAPITAL SEGURADO

O Prêmio, bem como o Capital Segurado para esta Cobertura, deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro. O Capital Segurado, se contratada esta Cobertura, será pago ao Segurado em caso de Sinistro coberto pelo Seguro e será limitado ao valor descrito na Proposta de Adesão, na Apólice e Certificado do Seguro.

5.3 TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

Discriminação	% sobre Capital Segurado
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação Mental total e incurável	100
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DIVERSAS	
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70

Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	
Perda total de 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	09
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	09
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar	Indenização equivalente a $\frac{1}{3}$ do valor do dedo respectivo
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL MEMBROS INFERIORES	
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés / perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	03
Perda total do uso de uma falange de 1º dedo	Indenização equivalente a $\frac{1}{2}$ do respectivo dedo

Perda dos demais dedos	Indenização equivalentes a $\frac{1}{3}$ do respectivo dedo
Encurtamento de um dos membros inferiores:	
De 5 (cinco) centímetros ou mais	15
De 4 (quatro) centímetros ou mais	10
De 3 (três) centímetros ou mais	06
Menos de 3 (três) centímetros	Sem Indenização

5.4 TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA (EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO)

Nos casos em que a ocorrência de um Acidente coberto por este Seguro resultar, para o Segurado, a perda ou redução da força ou da capacidade funcional, que não resulte de lesões articulares ou de segmentos imputados, o valor da Indenização será proporcional ao Capital Segurado Individual, após a conclusão e término do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, de acordo com a seguinte tabela:

Discriminação	% sobre Capital Segurado
DIVERSAS	
MANDÍBULA	
Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos:	
Em grau mínimo	05
Em grau médio	10
Em grau máximo	20
NARIZ	
Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
Perda total do olfato	07
Perda do olfato com alterações gustativas	10
APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
Diplopia	15
Lesões das vias lacrimais:	
Unilateral	07
Unilateral com fístulas	15
Bilateral	14
Bilateral com fístulas	25
Lesões da pálpebra:	
Ectrópio unilateral	03
Ectrópio bilateral	06
Entrópio unilateral	07
Entrópio bilateral	14
Má oclusão palpebral unilateral	03
Má oclusão palpebral bilateral	06
Ptose palpebral unilateral	05
Ptose palpebral bilateral	10

APARELHO DA FONAÇÃO	
Perda da palavra (mudez incurável)	50
Perda de substância (palato mole e duro)	15
SISTEMA AUDITIVO	
Amputação total de uma orelha	08
Amputação total das duas orelhas	16
PERDA DO BAÇO	15
APARELHO URINÁRIO	
Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
Cistostomia (definitiva)	30
Incontinência urinária permanente	30
Perda de um rim, com rim remanescente:	
- com função renal preservada	30
- com redução da função renal (não dialítica)	50
- com redução da função renal (dialítica)	75
- perda de rim único	75
APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
Perda de um testículo	05
Perda de dois testículos	15
Amputação traumática do pênis	40
Perda de um ovário	05
Perda de dois ovários	15
Perda do útero antes da menopausa	30
Perda do útero depois da menopausa	10
PESCOÇO	
Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Traqueostomia definitiva	40
APARELHO RESPIRATÓRIO	
Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):	
- com função respiratória preservada	15
- com redução em grau mínimo da função respiratória	25
- com redução em grau médio da função respiratória	50
- com insuficiência respiratória	75
MAMAS (FEMININAS)	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20
ABDOMEM (ORGÃO E VÍSCERAS)	
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
INTESTINO DELGADO	
Ressecção parcial	20

Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva.	40
INTESTINO GROSSO	
Colectomia parcial	20
Colectomia total	40
Colostomia definitiva	40
RETO E ÂNUS	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Retenção anal	10
FIGADO	
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Lobectomia com insuficiência hepática	50
SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
Epilepsia pós-traumática	20
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
Síndrome pós-concussional	05

Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a Indenização por perda parcial é calculada pela aplicação da percentagem prevista na tabela para sua perda total, considerando o 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).

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

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

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.

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) do Capital Segurado desta Cobertura. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder a da Indenização prevista para sua perda total.

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

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

As indenizações por morte e invalidez permanente não se acumulam, em consequência de um mesmo Acidente. Se, depois de pagar uma Indenização por invalidez permanente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo evento, da Indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

A reintegração do Capital Segurado para a hipótese de Invalidez Permanente Parcial por Acidente será automática quando da ocorrência do Sinistro, **salvo para Invalidez Permanente direta ou indiretamente decorrente do mesmo Acidente.**

Não haverá reintegração de Capital Segurado em caso de caracterização de Invalidez Permanente Total por Acidente, hipótese em que a Cobertura de que trata estas Condições Especiais será automaticamente cancelada após o seu pagamento.

5.5 CESSAÇÃO DE COBERTURA

Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, esta Cobertura cessa ainda:

- a) Simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- c) Com o falecimento do Segurado;
- d) Com o pagamento da Indenização da respectiva Cobertura contratada, que gerou a Indenização da Invalidez Permanente Total.

5.6 CARÊNCIA

Esta Cobertura não prevê Carência, exceto a Carência de 24 (vinte e quatro) meses, por força de disposição de lei (artigo 798 do Código Civil) em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticada pelo Segurado.

5.7 DATA DO EVENTO

Para fins desta Cobertura, considera-se como Data do Evento, para efeito de Indenização do Capital Segurado, a data de diagnóstico médico, não prevalecendo nenhuma alteração feita após a data do Acidente.

5.8 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

- a) Formulário de Aviso de Sinistro, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo Médico Assistente;
- b) Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados pelo Segurado;
- c) Cópia da Declaração Médica comprovando a Invalidez;
- d) Formulário de Autorização para Crédito da Indenização, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- e) Cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- f) Comprovante de endereço residencial do Segurado não podendo ser anterior a 3 (três) meses;
- g) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- h) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de Acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- i) Cópia do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;
- j) Cópia do Laudo da Perícia Técnica realizada no local do Acidente se houver;
- k) Resultado do(s) exame(s) complementar(es) realizado(s): Laboratoriais, radiológicos, ultrassom, tomográfico, ressonância magnética e outros exames que o Segurado tenha realizado;
- l) Cópia do Prontuário Médico de Internação Hospitalar do Segurado, em caso de ter havido internação.

6 INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

Garante, desde que contratada e mediante o pagamento de Prêmio Adicional, a Indenização em caso de Invalidez Funcional Permanente e Total, consequente de doença que cause a Perda da Existência Independente do Segurado, conforme critérios aqui explicitados, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**

Esta Cobertura Adicional somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura Básica de Morte.

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. Este quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado por meio de parâmetros e documentos devidamente especificados no item relativo à Liquidação do Sinistro.

Considera-se como Riscos Cobertos a ocorrência comprovada - segundo critérios vigentes à época da regulação do Sinistro e adotados pela classe médica especializada - de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes **exclusivamente de doença**:

- a) Doenças cardiovasculares Crônicas enquadradas sob o conceito de “Cardiopatia Grave”;
- b) Doenças Neoplásicas Malignas Ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;
- c) Doenças Crônicas de Caráter Progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (Consumção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;
- d) Alienação Mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (Cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
- e) Doenças manifestas no sistema nervoso com Sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) Doenças do Aparelho Locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer Auxílio (Transferência Corporal);
- g) Deficiência visual, ou seja, qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal, decorrente de doença, a saber:
 - Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°, e
 - Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como Terminal (Doença em Estágio Terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado. Considera-se Paciente Terminal, o portador de doença para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresente estado clínico grave, sem perspectiva de recuperação e para o qual haja expectativa de morte num prazo em torno de 6 (seis) meses da data do diagnóstico. A prova consistirá em atestado emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo esperado de sobrevivência do Segurado. Este atestado deverá estar acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes;
- i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou

- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos **desde que, avaliados por meio de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF)**, conforme tabelas abaixo, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

O IAIF (Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional) é composto por dois documentos:

- I. O primeiro – Tabela **de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos** – avalia, por meio de escalas, compreendendo três (03) graduações cada, as condições médicas e de Conectividade com a Vida (Atributos).
- II. O 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas. Para a classificação no 2º ou no 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

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

6.1 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 SAUDÁVEL; 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	1º GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).	10
	3º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.	20

O segundo documento – **Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade** – valoriza cada uma das situações ali previstas.

Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita, conforme a seguir:

6.2 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 MORBIDADE DO CASO E OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40.	02
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	02
HÁ OU HOVE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	04
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	04
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIVÊNCIA E OU REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA.	08

Ocorrendo a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, poderá o Segurado requerer o pagamento do Capital contratado. Por ser essa Cobertura uma antecipação da Cobertura Básica Morte, o seu requerimento, desde que fique efetivamente comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença e devidamente coberta, **imediatamente e automaticamente extingue a Cobertura para o caso de morte, bem como o Seguro Individual.**

Não ficando comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o Seguro continuará em vigor.

Inexistindo o requerimento, o Capital contratado, quando da morte do Segurado devidamente coberta, será regularmente pago ao(s) Beneficiário(s).

A Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD) não se acumula com a Cobertura Básica Morte, Indenização Especial por Morte Acidental (IEA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

6.3 RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos Riscos Excluídos nas Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta Cobertura, 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 eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados 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 ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por Acidente Pessoal coberto;
- Quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da existência independente do Segurado;
- Doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismos;

6.4 PRÊMIO E CAPITAL SEGURADO

O Prêmio, bem como o Capital Segurado para esta Cobertura deverão constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro. O Capital Segurado, se contratada esta Cobertura, será pago ao Segurado em caso de

Sinistro coberto pelo Seguro e reconhecida a **Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença** pela Seguradora, e se limitará ao valor descrito na Proposta de Adesão, na Apólice e Certificado do Seguro.

As despesas efetuadas para a caracterização 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 pagar a Indenização.

A concessão do benefício de aposentadoria por invalidez, ainda que por instituições oficiais de previdência social, ou por órgãos do poder público ou mesmo por outras instituições público-privadas, não caracterizam, por si só, o estado de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por documentos médicos que apenas caracterizem incapacidade parcial e/ou de natureza profissional.

6.5 CESSAÇÃO DE COBERTURA

Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, esta Cobertura cessa ainda:

- a) Simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- c) Com o falecimento do Segurado;
- d) Com o pagamento da Indenização da respectiva Cobertura contratada, que gerou a Indenização.

6.6 CARÊNCIA

Esta Cobertura não prevê Carência, exceto a Carência de 24 (vinte e quatro) meses, por força de disposição de lei (artigo 798 do Código Civil) em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticada pelo Segurado.

6.7 DATA DO EVENTO

Para fins desta Cobertura, considera-se como Data do Evento, para efeito de Indenização do Capital Segurado, a data indicada na Declaração Médica, como sendo a data a partir da qual a evolução do quadro de saúde do Segurado passou a enquadrar-se na pontuação da Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos igual ou superior a 60 (sessenta) pontos, devidamente justificada e aceita, ou a data de constatação de um dos quadros previstos nos itens desta Cobertura.

A data da Invalidez por Doença – funcional será determinada 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.

6.8 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

- a) Formulário de Aviso de Sinistro, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Médico e pelo Segurado, com a narrativa de suas condições de saúde, retratando o Quadro Clínico Incapacitante;
- b) Declaração Médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (data do Sinistro);

- c) Declaração Médica com informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio da doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante;
- d) Formulário de Autorização de Crédito da Indenização, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- e) Cópias do RG (Cédula de Identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência com, no máximo 3 (três) meses da data de emissão e somente serão aceitas contas de água, luz, telefone fixo e gás do Segurado;
- f) Relatório do Médico do Segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e detalhando o Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das Relações Autônomicas do Segurado;
- g) 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;
- h) Documento assinado pelo Médico do Segurado, contendo informações sobre as circunstâncias do Evento e histórico médico que este entender relevante. O documento deverá conter carimbo com o CRM do Médico e reconhecimento de firma da assinatura do Médico;
- i) Cópia do Prontuário Médico de Internação Hospitalar do Segurado, em caso de ter havido Internação.

7 DOENÇAS GRAVES PLUS (DGP)

Garante, desde que contratada e mediante ao pagamento de Prêmio Adicional, o pagamento do Capital Segurado contratado em caso de sobrevivência do Segurado 30 (trinta) dias após o recebimento do diagnóstico de uma Doença Grave Coberta descritos neste item, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos**, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais. 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 deste item. **Esta Cobertura não prevê a antecipação do Capital Segurado da Cobertura de Morte.**

Esta Cobertura Adicional somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura Básica de Morte.

DOENÇAS COBERTAS

- a) **Câncer (Neoplasia):** É a Doença caracterizada pela presença de um tumor maligno (crescimento descontrolado de Células Malignas com disseminação e invasão de tecidos) O termo Câncer também inclui Leucemia e Doenças Malignas do Sistema Linfático. O Diagnóstico de Câncer deve ser confirmado pela evidência histológica de malignidade por Oncologista ou Patologista.
- b) **Infarto Agudo do Miocárdio:** Necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco em consequência de um fluxo sanguíneo inadequado, diagnosticado por Cardiologista e comprovado por meio de exames complementares. O Diagnóstico será baseado nos seguintes critérios: história de dor precordial típica, alterações eletrocardiográficas específicas e isquemia, e aumento das enzimas cardíacas.
- c) **Angioplastia Coronária:** Procedimento cirúrgico realizado para corrigir o estreitamento ou obstrução de uma ou mais Artérias Coronárias utilizando um cateter específico chamado Balão de Angioplastia. Será passível de Cobertura exclusivamente a Angioplastia Coronária em Artéria com estreitamento de pelo menos 50% (cinquenta por cento) do seu diâmetro interno.
- d) **Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (Artéria Coronária):** Cirurgia de coração realizada para corrigir o estreitamento ou obstrução de uma ou mais Artérias Coronárias.
- e) **Cirurgia de Válvula do Coração:** Cirurgia Cardíaca Convencional que visa recuperar ou substituir uma ou mais Válvulas Cardíacas, indicada por Cirurgião Cardíaco, respaldado por exames complementares apropriados.
- f) **Cirurgia da Aorta:** Cirurgia Cardíaca Convencional que visa corrigir qualquer Doença da Artéria Aorta por excisão de uma parte doente desta Artéria e substituição por enxerto. Estará coberta exclusivamente a Cirurgia da Artéria Aorta em sua porção Torácica e Abdominal, excluindo-se todos seus ramos. A cirurgia deve ser indicada por Cirurgião Cardíaco, respaldado por exames complementares apropriados.
- g) **Derrame (Acidente Vascular Cerebral):** Isquemia Cerebral (diminuição ou interrupção do fluxo sanguíneo em áreas do cérebro) e/ou hemorragia intracraniana, que produz Sequela Neurológica definitiva, comprovada após 6 (seis) meses da data do diagnóstico.
- h) **Doença de Alzheimer:** Doença degenerativa do cérebro **que produz a perda das habilidades de pensar, raciocinar e memorizar, que afeta as áreas da linguagem, que produz alterações no comportamento. A caracterização da Cobertura se dará mediante diagnóstico feito por Neurologista e mediante a comprovação da necessidade do Auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene.**
- i) **Doença (ou Mal) de Parkinson:** Doença degenerativa do sistema nervoso central, lenta e progressiva, caracterizada pela perda de neurônios em uma região específica do cérebro, que produz a diminuição de dopamina, alterando os movimentos chamados extrapiramidais (não voluntários). **A caracterização da**

Cobertura se dará mediante Diagnóstico feito por Neurologista e mediante a **comprovação da necessidade do Auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene.**

- j) **Esclerose Múltipla:** Doença que acomete o Sistema Nervoso Central, lenta e progressivamente que promove uma destruição da bainha de mielina que recobre e isola as fibras nervosas. **A caracterização da Cobertura se dará mediante Diagnóstico feito** por Neurologista e mediante a **comprovação da necessidade do Auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene.**
- k) **Coma:** Estado Patológico caracterizado por Perda da Consciência e ausência de resposta aos estímulos externos auditivos, visuais, olfativos, tácteis, etc. (estado não-despertável) persistindo continuamente com o uso de ventilação mecânica invasiva por um período mínimo de 96 (noventa e seis) horas e resultando em Falha Neurológica Permanente.
- l) **Tumor Cerebral Benigno:** É o Tumor Benigno no cérebro que provoca Sequelas Neurológicas Permanentes. A Cobertura se restringe aos Tumores Cerebrais Benignos acompanhados obrigatoriamente de Hidrocefalia.
- m) **Danos Cerebrais Anatômicos:** Conjunto de distúrbios cerebrais envolvendo a Perda das Funções Cerebrais, causado exclusivamente por Acidente.
- n) **Distrofia Muscular:** Grupo de Doenças Genéticas, que se caracterizam por uma Degeneração Progressiva do Tecido Muscular levando à perda dos movimentos. **A caracterização da Cobertura se dará mediante Diagnóstico feito** por Neurologista e mediante a **comprovação da necessidade do Auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene.**
- o) **Doença do Neurônio Motor:** Doença caracterizada por defeito na unidade motora no Neurônio que afete os músculos ou nervos provocando Sequelas Neurológicas Definitivas. **A caracterização da Cobertura se dará mediante Diagnóstico feito** por Neurologista.
- p) **Paralisia de Membros:** Perda Total e Irreversível da Função Muscular e Sensitiva do conjunto de dois ou mais membros, como resultado de Acidente ou Doenças.
- q) **Perda de Membros:** Amputação de dois ou mais membros provocados por Acidente ou doença. Será considerada coberta exclusivamente a amputação ocorrida acima do cotovelo ou punho para membros superiores e acima do joelho ou tornozelo para membros inferiores. Os níveis de amputação a serem cobertos (cotovelo ou punho e joelho ou tornozelo) deverão ser estabelecidos contratualmente.
- r) **Enfisema Pulmonar:** Doença Crônica caracterizada pela destruição parcial ou total do tecido pulmonar que se torna hiper insuflado. **A caracterização da Cobertura se dará mediante Diagnóstico feito** por Pneumologista.
- s) **Insuficiência Renal Crônica:** Estágio final da Doença Renal, caracterizada pela Perda Funcional de Ambos os Rins, Diagnosticada por Nefrologista, que necessita de Diálise Peritoneal, Hemodiálise e/ou Transplante Renal.
- t) **Transplante de Órgãos:** É a transferência de Coração, Pulmão, Fígado, Pâncreas, Rim ou Medula Óssea de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor). A indicação de transplante deve ser feita por Médico Especialista na Doença em questão.

7.1 RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos Riscos expressamente excluídos nas Condições Gerais, estão expressamente excluídos a preexistência das doenças abaixo descritas e de conhecimento do Segurado, não declarada no momento da contratação:

- a) Para Câncer (Neoplasia): qualquer câncer não invasivo (in situ), Doença de Hodgkin na fase I, todos os Cânceres de Pele com exceção do Melanoma Maligno Invasivo (a partir da classificação Clark Nível III), qualquer Tumor em portadores de Vírus da Imunodeficiência Humana, Carcinoma Micropapilar da Bexiga e Leucemia Linfocítica Crônica (classificação RAI menor que III);
- b) Para Infarto Agudo do Miocárdio: infartos do miocárdio anteriores a contratação do Seguro, infarto que não produz elevação no segmento ST no eletrocardiograma, bem como os infartos ocorridos dentro da Vigência da Apólice decorrentes de Doenças Preexistentes à contratação;
- c) Para Angioplastia Coronária: Angioplastia de estreitamentos inferiores a 50% (cinquenta por cento) do diâmetro interno da Artéria Coronária;
- d) Para Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (artéria coronária): angioplastia e/ou qualquer procedimento intra-arterial, tratamento a laser e/ou qualquer outro tratamento não cirúrgico, bem como cirurgias de revascularização decorrentes de lesões coronarianas preexistentes à contratação do Seguro;
- e) Para Cirurgia de Válvula do Coração (cardíaca): quando não for necessária a substituição da Válvula Cardíaca que apresente alterações clínicas, bem como a cirurgia decorrente de lesão de Válvula Cardíaca com origem anterior à vigência da Apólice;
- f) Para Cirurgia da Aorta: quando não for realizado procedimento cirúrgico para Implante de Prótese ou Clipagem de Aneurisma na Aorta, procedimentos em ramos da artéria aorta, bem como as cirurgias de aorta decorrentes de Doenças Preexistentes à contratação do Seguro;
- g) Para Derrame (Acidente Vascular Cerebral): ataques isquêmicos transitórios; alteração neurológica não resultante de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico e/ou Hemorrágico e Lesão Cerebral Resultante de Trauma; não estão cobertos ainda os derrames decorrentes de Doenças Preexistentes à contratação do Seguro, ainda que o Derrame ocorra dentro do período de Vigência da Apólice;
- h) Para Doença de Alzheimer: Doença na fase inicial onde não existe comprometimento cognitivo (clinical dementia rating <1);
- i) Para Doença (ou mal) de Parkinson: Doença de Parkinson decorrentes do uso de álcool e/ou drogas;
- j) Para Esclerose Múltipla: Doença na fase caracterizada por surtos de exacerbação-remissão;
- k) Para Coma: Coma Secundária ao uso de álcool ou drogas e coma induzido ainda que feito por indicação médica;
- l) Para Tumor Cerebral Benigno: Tumores de Glândula Hipófise;
- m) Para Danos Cerebrais Anatômicos: Todos os Danos Cerebrais causados por Doenças Orgânicas e Psicossomáticas;
- n) Para Distrofia Muscular: Doença na fase inicial sem perda funcional comprovada e doença não confirmada por exame histológico;
- o) Para Paralisia de Membros: qualquer forma de Paralisia Temporária e/ou Transitória;
- p) Para Enfisema Pulmonar: Asma e/ou Bronquite, quando não dependentes de oxigênio contínuo;
- q) Para Insuficiência Renal Crônica: Insuficiência Renal Aguda e/ou Insuficiência Renal Crônica que não necessite de Diálise Peritoneal, Hemodiálise e/ou Transplante Renal;
- r) Para Transplante de Órgãos: qualquer autotransplante, demais Órgãos ou Células, exceto os cobertos citados no item elegibilidade.

7.2 PRÊMIO E CAPITAL SEGURADO

O Prêmio, bem como o Capital Segurado para esta Cobertura deverão constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro. O Capital Segurado, se contratada esta Cobertura, será pago ao Segurado em caso de Sinistro coberto pelo Seguro e será limitado ao valor descrito na Proposta de Adesão, na Apólice e no Certificado do Seguro.

7.3 CESSAÇÃO DE COBERTURA

Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, esta Cobertura cessa ainda:

- a) Simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- c) Com o falecimento do Segurado;
- d) Com o pagamento da Indenização da respectiva Cobertura contratada, que gerou a Indenização.

7.4 CARÊNCIA

Esta Cobertura possui uma Carência de 60 (sessenta) dias a contar a partir do início da Vigência da Apólice.

7.5 FRANQUIA

Esta Cobertura prevê uma Franquia de 30 dias após o diagnóstico para recebimento da Indenização.

7.6 DATA DO EVENTO

Para fins desta Cobertura, considera-se como Data do Evento, para efeito de Indenização do Capital Segurado, a data indicada na Declaração Médica (diagnóstico).

7.7 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

Todas as Doenças Graves deverão ser comprovadas por meio de resultados de exames complementares apropriados ao caso e aceitos pela comunidade médico científica, e demais documentos estabelecidos no item Documentos Básicos em Caso de Sinistros desta Cobertura.

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

Não será paga Indenização com base em diagnóstico ou declaração feito exclusivamente por um membro da família ou por pessoa que viva na mesma residência do Segurado, independentemente desta pessoa ser médico habilitado ou profissional de saúde.

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

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais, deverão ser apresentados os documentos básicos, a seguir relacionados:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro, integralmente preenchido e assinado pelo Médico e pelo Segurado ou seu Representante;
- b) Formulário de Autorização para Crédito da Indenização, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- c) Cópias do RG (Cédula de Identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência com, no máximo 3 (três) meses da data de emissão e somente serão aceitas contas de água, luz, telefone fixo e gás do Segurado;
- d) Relatório do Médico do Segurado indicando o início da Doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e detalhando o Quadro Clínico Incapacitante Irreversível decorrente de Disfunções e ou Insuficiências Permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das Relações Autônômicas do Segurado;

- e) 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;
- f) Resultado do(s) exame(s) complementar(es) realizado(s): Laboratoriais, radiológicos, ultrassom, tomográfico, ressonância magnética e outros exames que o Segurado tenha realizado;
- g) Documento assinado pelo Médico do Segurado, contendo informações sobre as circunstâncias do Evento e histórico médico que este entender relevante. O documento deverá conter carimbo com o CRM do Médico;
- h) Cópia do Prontuário Médico de Internação Hospitalar do Segurado, em caso de ter havido internação.

Documentos complementares de acordo com a Doença Grave diagnosticada:

- a) **Para Câncer (Neoplasia):** Resultado do exame anatomopatológico;
- b) **Para Infarto Agudo do Miocárdio:** Resultado dos exames, Eletrocardiograma, Enzimas Cardíacas, Ecocardiograma, Cintilografia Cardíaca;
- c) **Para Angioplastia Coronária:** Resultado do exame de Angiografia com a Descrição do Procedimento de Angioplastia assinada pelo Cardiologista responsável;
- d) **Para Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (Artéria Coronária):** Relatórios completo e detalhado da Cirurgia devidamente assinado pelo Cirurgião responsável;
- e) **Para Cirurgia de Válvula do Coração:** Prontuário hospitalar e Relatório completo e detalhado da Cirurgia devidamente assinado pelo Cirurgião responsável e Resultado do Ecocardiograma;
- f) **Para Cirurgia da Aorta:** Prontuário Hospitalar e Relatório completo e detalhado da Cirurgia devidamente assinado pelo Cirurgião responsável;
- g) **Para Derrame (Acidente Vascular Cerebral):** Resultado da Tomografia Computadorizada de Crânio;
- h) **Para Doença de Alzheimer:** Laudo Médico de Neurologista e/ou Psiquiatra;
- i) **Para Doença (ou Mal) de Parkinson:** Laudo Médico de Neurologista;
- j) **Para Esclerose Múltipla:** Laudo Médico de Neurologista e Resultado da Eletroneuromiografia de Membros Inferiores e Superiores;
- k) **Para Coma:** Laudo Médico atestado por dois Neurologistas;
- l) **Para Tumor Cerebral Benigno:** Resultado da Tomografia Computadorizada de Crânio e Exame Anatomopatológico;
- m) **Para Danos Cerebrais Anatômicos:** Resultado da Tomografia Computadorizada de Crânio;
- n) **Para Distrofia Muscular:** Laudo Médico de Neurologista e resultado do Exame Anatomopatológico;
- o) **Para Doença do Neurônio Motor:** Laudo Médico atestado por dois Neurologistas e resultado de Eletroneuromiografia dos quatro membros;
- p) **Para Paralisia de Membros:** Resultado da Ressonância Nuclear Magnética da Área Afetada e Eletroneuromiografia de Membros Inferiores;
- q) **Para Perda de Membros:** Resultado de Exame de Raio-X do Membro afetado;
- r) **Para Enfisema Pulmonar:** Resultado da Prova de Função Pulmonar e Tomografia Computadorizada de Tórax;
- s) **Para Insuficiência Renal Crônica:** Resultado dos exames da Função Renal;
- t) **Para Transplante de Órgãos:** Prontuário Hospitalar com Relatório Completo e Detalhado da Cirurgia devidamente assinado pelo Cirurgião responsável.

8 DOENÇAS GRAVES (DG)

Garante, desde que contratada e mediante pagamento de Prêmio Adicional, o pagamento do Capital Segurado contratado, em caso de sobrevivência do Segurado 30 (trinta) dias após o recebimento do diagnóstico de uma Doença Grave Coberta descritos neste item, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos**, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais. 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 deste item e das Condições Gerais no que for aplicável. Esta Cobertura não prevê a antecipação do Capital Segurado da Cobertura de Morte Qualquer Causa.**

Esta Cobertura Adicional somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura Básica de Morte.

DOENÇAS COBERTAS

- a) **Câncer (Neoplasia):** É a Doença caracterizada pela presença de um tumor maligno (crescimento descontrolado de Células Malignas com disseminação e invasão dos tecidos). O termo Câncer também inclui Leucemia e Doenças Malignas do Sistema Linfático. O Diagnóstico de Câncer deve ser confirmado pela evidência histológica de malignidade por Oncologista ou Patologista.
- b) **Infarto Agudo do Miocárdio:** Necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco em consequência de um fluxo sanguíneo inadequado, diagnosticado por Cardiologista e comprovado por meio de exames complementares. O Diagnóstico será baseado nos seguintes critérios: história de dor precordial típica, alterações eletrocardiográficas específicas de isquemia e aumento das enzimas cardíacas.
- c) **Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (Artéria Coronária):** Cirurgia de Coração realizadas para corrigir o estreitamento ou obstrução de uma ou mais Artérias Coronárias.
- d) **Insuficiência Renal Terminal:** Estágio final da Doença Renal, caracterizada pela Perda Funcional de Ambos os Rins, Diagnosticada por Nefrologista, que necessita de Diálise Peritoneal, Hemodiálise e/ou Transplante Renal.
- e) **Acidente Vascular Cerebral:** Isquemia Cerebral (diminuição ou interrupção do fluxo sanguíneo em áreas do cérebro) e/ou Hemorragia Intracraniana, que produz Sequela Neurológica Definitiva, comprovada após 6 (seis) meses da data do Diagnóstico.
- f) **Transplante de Órgãos:** É a transferência de Coração, Pulmão, Fígado, Pâncreas, Rim ou Medula Óssea de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor). A indicação de transplante deve ser feita por Médico Especialista na Doença em questão.

8.1 RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos Riscos expressamente excluídos nas Condições Gerais, estão expressamente excluídos a preexistência das doenças abaixo descritas e de conhecimento do Segurado, não declarada no momento da contratação:

- a) Para Câncer (Neoplasia): qualquer câncer não invasivo (in situ), Doença de Hodgkin na Fase I, todos os Cânceres de Pele com exceção do Melanoma Maligno Invasivo (a partir da classificação Clark Nível III), qualquer Tumor em portadores de Vírus da Imunodeficiência Humana, Carcinoma Micropapilar da Bexiga e Leucemia Linfocítica Crônica (classificação RAI menor que III);
- b) Para Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (Artéria Coronária): angioplastia e/ou qualquer procedimento intra-arterial, tratamento a laser e/ou qualquer outro tratamento não cirúrgico, bem como cirurgias de revascularização decorrentes de lesões coronarianas preexistentes à contratação do Seguro;

- c) Para Infarto Agudo do Miocárdio: infartos do miocárdio anteriores a contratação do Seguro, infarto que não produz elevação no segmento ST no eletrocardiograma, bem como os infartos ocorridos dentro da vigência da Apólice decorrentes de Doenças Preexistentes à contratação;
- d) Para Derrame (Acidente Vascular Cerebral): ataques isquêmicos transitórios; alteração neurológica não resultante de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico e/ou hemorrágico e lesão cerebral resultante de trauma; não estão cobertos ainda os derrames decorrentes de Doenças Preexistentes à contratação do Seguro, ainda que o derrame ocorra dentro do período de vigência da Apólice;
- e) Para Insuficiência Renal Crônica: Insuficiência Renal Aguda e/ou Insuficiência Renal Crônica que não necessite de Diálise Peritoneal, Hemodiálise e/ou Transplante Renal;
- f) Para Transplantes de Órgãos: qualquer autotransplante, demais órgãos ou células, exceto os cobertos citados no item elegibilidade.

8.2 PRÊMIO E CAPITAL SEGURADO

O Prêmio relativo à Cobertura contratada, bem como o Capital Segurado para esta Cobertura deverão constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro. O Capital Segurado, se contratada esta Cobertura, será pago ao Segurado em caso de Sinistro coberto pelo Seguro e será limitado ao valor descrito na Proposta de Adesão, na Apólice e Certificado de Seguro.

8.3 CESSAÇÃO DE COBERTURA

Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, esta Cobertura cessa ainda:

- a) Simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) A partir da data em que ocorrer a exclusão da Segurado da Apólice Coletiva;
- c) Com o falecimento do Segurado;
- d) Com o pagamento da Indenização da respectiva Cobertura contratada, que gerou a Indenização.

8.4 CARÊNCIA

Esta Cobertura possui uma Carência de 60 (sessenta) dias a contar do início da Vigência da Apólice.

8.5 FRANQUIA

Esta Cobertura prevê uma Franquia de 30 dias após o diagnóstico para recebimento da Indenização.

8.6 DATA DO EVENTO

Para fins desta Cobertura, considera-se como Data do Evento, para efeito de Indenização do Capital Segurado, a data indicada na Declaração Médica (diagnóstico).

8.7 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

Todas as Doenças Graves deverão ser comprovadas por meio de resultados de exames complementares apropriados ao caso e aceitos pela comunidade médica científica, e demais documentos estabelecidos no item Documentos Básicos em Caso de Sinistros desta Cobertura.

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

Não será paga Indenização com base em diagnóstico ou declaração feito exclusivamente por um membro da família ou por pessoa que viva na mesma residência do Segurado, independentemente desta pessoa ser médico habilitado ou profissional de saúde.

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

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais, deverão ser apresentados os documentos básicos, a seguir relacionados:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro, integralmente preenchido e assinado pelo Médico e/ou pelo Segurado ou seu Representante;
- b) Formulário de Autorização para Crédito da Indenização, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- c) Cópias do RG (Cédula de Identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência com no máximo 3 (três) meses da data de emissão e somente serão aceitas contas de água, luz, telefone fixo e gás do Segurado;
- d) Relatório do Médico do Segurado: indicando o início da Doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente Diagnosticada, e detalhando o Quadro Clínico Incapacitante Irreversível decorrente de Disfunções e ou Insuficiências Permanente em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a Inviabilidade do pleno exercício das Relações Autônomicas do Segurado;
- e) 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;
- f) Resultado do(s) exame(s) complementar(es) realizado(s): Laboratoriais, Radiológicos, Ultrassom, Tomográfico, Ressonância Magnética e outros exames que o Segurado tenha realizado; e
- g) Cópia do Prontuário Médico de Internação Hospitalar do Segurado, em caso de ter havido internação.

Documentos complementares de acordo com a Doença Grave diagnosticada:

- a) **Para Câncer (Neoplasia):** Resultado do Exame anatomopatológico;
- b) **Para Infarto Agudo do Miocárdio:** Resultado dos exames, Eletrocardiograma, Enzimas Cardíacas, Ecocardiograma, Cintilografia Cardíaca;
- c) **Para Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (Artéria Coronária):** Relatório completo e detalhado da Cirurgia devidamente assinado pelo Cirurgião responsável;
- d) **Para Derrame (Acidente Vascular Cerebral):** Resultado da Tomografia Computadorizada de Crânio;
- e) **Para Insuficiência Renal Crônica:** Resultado dos exames da Função Renal;
- f) **Para Transplante de Órgãos:** Prontuário Hospitalar com Relatório completo e detalhado da Cirurgia devidamente assinado pelo Cirurgião responsável.

9 DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DHMO)

Garante, desde que contratada e mediante o pagamento de Prêmio Adicional, o reembolso de despesas consistentes no pagamento de honorários médicos e internações hospitalares, efetuadas pelo Segurado (ou a quem tenha efetuado o pagamento da(s) despesas(s) em favor deste), em decorrência de Acidente Pessoal coberto por este Seguro, para tratamento do próprio Segurado, sob orientação e prescrição de profissional médico habilitado, e desde que o tratamento tenha iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**

Esta Cobertura Adicional somente poderá ser contratada em conjunto com as Coberturas Básicas de Morte ou Morte Acidental.

A Seguradora reembolsará as despesas médicas e odontológicas e as diárias hospitalares, ocorridas a critério médico, desde que necessárias para o restabelecimento do Segurado.

- a. Estão abrangidos por esta Cobertura os honorários de médicos e dentistas, bem como exames de diagnose, terapias radiografias, medicamentos, diárias hospitalares, sala de cirurgia, anestesia, uso de aparelhos, despesas de pronto socorro, assistência de enfermeiro diplomado e inclusive a prótese de dentes naturais e perfeitos em consequência de Acidente.
- b. Os reembolsos previstos nesta Cobertura são cumulativos por período anual de Vigência, até o limite previsto para esta Cobertura.
- c. Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicas, desde que legalmente habilitados.
- d. Poderá a Seguradora, a seu livre critério, estabelecer acordos com os prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos para facilitar a prestação de assistência ao Segurado, desde que preservada a livre escolha por parte do Segurado.

9.1 RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos Riscos expressamente excluídos nas Condições Gerais, estão também excluídos desta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.

- a) Todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de Acidente Coberto;
- b) Estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- c) Aparelhos que se referem a Órteses de qualquer natureza e a Próteses de caráter permanente, salvo as Próteses pela perda de dente(s) natural(is) decorrente de Acidente Pessoal coberto;
- d) Cirurgias Plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função, diretamente afetadas por Evento Coberto pelo Seguro;
- e) Reposição de lentes, óculos, aparelhos ortodônticos etc.;
- f) Eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.

9.2 PRÊMIO E CAPITAL SEGURADO

O Prêmio relativo à Cobertura contratada, bem como o Capital Segurado para esta Cobertura deverão constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro. O Capital Segurado, se contratada esta Cobertura, será pago ao Segurado em caso de Sinistro coberto pelo Seguro e será limitado ao valor descrito na Proposta de Adesão, na Apólice e Certificado do Seguro.

9.3 CESSAÇÃO DE COBERTURA

Além das hipóteses previstas no item das Condições Gerais, esta Cobertura cessa ainda:

- a) Simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- c) Com o falecimento do Segurado;

9.4 CARÊNCIA

Esta Cobertura não prevê Carência.

9.5 DATA DO EVENTO

Para fins desta Cobertura, considera-se como Data do Evento, para efeito de Indenização do Capital Segurado, a data da ocorrência do Acidente Pessoal coberto.

9.6 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

- a) Formulário de Aviso de Sinistro, integralmente preenchido e assinado pelo Médico e/ou pelo Segurado ou seu Representante;
- b) Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- c) Comprovantes originais das despesas médicas-hospitalares e odontológicas;
- d) Relatório médico original;
- e) Receituário médico original;
- f) Formulário de autorização para crédito da Indenização, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou por cada um dos Beneficiários e/ou Segurado;
- g) Na hipótese de Beneficiário Pessoa Jurídica: Autorização de crédito em nome da Pessoa Jurídica;
- h) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência com, no máximo 3 (três) meses da data de emissão e somente serão aceitas contas de água, luz, telefone fixo e gás do(s) Beneficiário(s) e do Segurado;
- i) Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- j) relatório do Médico do Segurado: resultado do(s) exame(s) complementar(es) realizado(s): Laboratoriais, Radiológicos, Ultrassom, Tomográfico, Ressonância Magnética e outros exames que o Segurado tenha realizado
- k) Documento assinado pelo médico do Segurado, contendo informações sobre as circunstâncias do Evento e histórico médico que este entender relevante. O documento deverá conter carimbo com o CRM do médico e reconhecimento de firma da assinatura do médico;
- l) Cópia do prontuário médico de internação hospitalar do Segurado, em caso de ter havido internação.

10 DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS COM DOENÇAS GRAVES (DMHO+DG)

Esta Cobertura, desde que contratada e mediante o pagamento de Prêmio Adicional, tem por objetivo o reembolso dos Eventos de Acidentes Pessoais e Doenças Graves conforme as patologias relacionadas no item **10.2.3**, em caso de Diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, quando exigidos, desde que diagnosticadas durante a Vigência do Seguro.

Esta Cobertura abrange os honorários de médicos e dentistas, bem como exames de diagnose, radiografias, medicamentos, diárias hospitalares, sala de cirurgia, anestesia, uso de aparelhos, despesas de pronto socorro, assistência de enfermeiro diplomado e reparos ou substituições de próteses odontológicas, desde que, em decorrência de Acidente Pessoal ou Doença Grave Coberta, ocorridas durante o período que o Seguro estiver vigente, limitado ao Capital Segurado máximo contratado.

Esta Cobertura Adicional somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura Básica de Morte.

10.1. Os valores e prazos desta Cobertura estão limitados ao valor do Capital Segurado e prazo definido conforme Proposta de Adesão, Apólice e Certificado do Seguro.

10.1.1. Incluem-se, ainda, nesse conceito:

- 10.1.1.1.** O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de Indenização, a Acidente Pessoal, observada legislação em vigor;
- 10.1.1.2.** Os Acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de Acidente coberto;
- 10.1.1.3.** Os Acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- 10.1.1.4.** Os Acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

10.1.2. Excluem-se desse conceito:

- 10.1.2.1.** Estados convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- 10.1.2.2.** Cirurgias plásticas, tratamentos rejuvenescedores ou estéticos, despesas com compras de próteses;
- 10.1.2.3.** Exames e/ou hospitalizações para checkup;
- 10.1.2.4.** Tratamentos de transtornos psiquiátricos (mentais, do humor e metabólicos);
- 10.1.2.5.** Todo e qualquer tipo de tratamento eletivo e/ou rotineiro;
- 10.1.2.6.** Procedimentos diagnósticos e tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais, não reconhecidos pelas sociedades médico-científicas brasileiras;
- 10.1.2.7.** Despesas com reeducação funcional ou postural, tratamentos homeopáticos e quiropráticos, tratamentos em clínicas de repouso, acupuntura, massoterapia, massagens, podologia, medicina não convencional ou alternativa, e sessões de fisioterapia que não estejam em conformidade às práticas médicas reconhecidas pela sociedade médica brasileira em caráter de internação;

10.1.2.8. Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamento, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de Acidente coberto;

10.1.2.9. Os envenenamentos, ainda que acidentais, por absorção de substâncias tóxicas ou entorpecentes, quaisquer perturbações mentais, salvo a alienação mental total e incurável, decorrente de Acidente coberto.

10.2. GARANTIA

10.2.1. A presente Cobertura Adicional, desde que contratada, tem por objetivo o reembolso ao Segurado, relacionado as despesas médicas, hospitalares e odontológicas, sob orientação médica necessárias para o restabelecimento do Segurado, realizada em decorrência de Acidente Pessoal e/ou Doenças Graves, tais como: Câncer; Cirurgia de Revascularização Miocárdica com Implante de Ponte(s) Vascular(es) nas Artérias Coronarianas (Bypass); Infarto Agudo do Miocárdio; Insuficiência Renal Terminal; Acidente Vascular Cerebral; Transplantes de Órgãos; Paralisia; Cirurgia para Troca de Valvas Cardíacas; Cirurgia da Aorta; Esclerose Múltipla, quando este ocorrer dentro do período de Vigência do Seguro contratado, limitado ao Capital Segurado contratado e definido na Apólice para esta Cobertura e respeitadas as Exclusões Gerais, e as demais inclusões e exclusões relacionadas ao conceito desta Cobertura:

10.2.2. O Diagnóstico deverá ter sido emitido e constatado pela primeira vez após a data do Início de Vigência desta Cobertura, observados os Riscos Excluídos, o Período de Carência e Franquia e demais termos destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da Apólice.

10.2.3. Doenças Graves e Procedimentos Médicos Cobertos

10.2.3.1. Câncer

Doença caracterizada pela presença de um tumor maligno (crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas com disseminação e invasão dos tecidos). O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por exame histológico conclusivo. O termo “Câncer” também inclui a Leucemia e as Doenças Malignas dos Sistemas Linfáticos, como o Linfoma de Hodgkin.

As exclusões são: qualquer grau ou estágio de neoplasia intraepitelial cervical (NIC); qualquer tumor ou lesão pré-maligna; qualquer Câncer não invasivos (in situ); o câncer de próstata no estágio I (T1a, 1b, 1c); carcinoma basocelular e carcinoma de células escamosas (espinocelular) de pele; melanoma maligno a partir da classificação de Clark Nível I ou II, ou índice de espessura de Breslow menor do que 0,76 mm; Carcinoma papilífero da tireoide menor que 1 cm de diâmetro e histologicamente classificado como T1, N0, M0 e qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus de imunodeficiência humana.

10.2.3.2. Cirurgia de Revascularização Miocárdica com Implante de Ponte(s) Vascular(es) nas Artérias Coronarianas (Bypass)

Realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias que estão estenosadas ou ocluídas, com o implante de ponte(s) (Bypass) arterial(is) ou venosa(s) na(s) artérias(s) coronárias(s). A indicação da cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia, e a realização da cirurgia deve ser confirmada por um médico especialista.

As exclusões são: angioplastia e/ou qualquer outro procedimento intra-arterial e cirurgia por toracotomia mínima, tratamento a laser e/ou qualquer outro tratamento não cirúrgico, bem como

cirurgias de revascularização decorrentes de lesões coronarianas preexistentes à contratação do Seguro.

10.2.3.3. Infarto Agudo do Miocárdio

É a morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida.

O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista e basear-se na ocorrência concomitante dos seguintes critérios:

- a) Histórico de dores torácicas típicas;
- b) Alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma (ECG); e
- c) Elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica.

As exclusões são: o infarto do miocárdio anteriores a contratação do Seguro, infarto que não produz elevação do segmento ST, no eletrocardiograma, somente com elevação de troponina “I” ou “T”, outras síndromes coronarianas agudas (por exemplo, angina de peito estável ou instável) e infarto do miocárdio silencioso, decorrente de Doenças Preexistentes à contratação.

10.2.3.4. Insuficiência Renal Terminal

Etapa final de doença renal, caracterizada pela perda crônica e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou realização de transplante renal. O diagnóstico deve ser indicado por um médico especialista.

As exclusões são: Insuficiência Renal Aguda e/ou Insuficiência Renal Crônica que não necessite de Diálise Peritoneal, Hemodiálise e/ou Transplante Renal.

10.2.3.5. Acidente Vascular Cerebral

Qualquer acidente vascular cerebral com sequelas neurológicas permanentes, incluindo o infarto do tecido cerebral, hemorragia e embolização originada de fonte extracraniana. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por sintomas clínicos típicos e resultados de tomografia axial computadorizada ou ressonância magnética do cérebro. Devem-se documentar as evidências de Déficit neurológico que persistam, no mínimo, por 3 (três) meses a partir da data do diagnóstico.

As exclusões são: acidentes vasculares cerebrais ataques isquêmicos transitórios e síndrome correlata (ex.: Isquemia Cerebral Transitória – ICT); alteração neurológica não resultante de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico e/ou hemorrágico e lesão cerebral resultante de trauma; infartos lacunares sem déficit neurológico e sintomas neurológicos provocados por enxaquecas; não estão cobertos ainda os derrames decorrentes de Doença Preexistente à contratação do Seguro.

10.2.3.6. Transplantes de Órgãos

Transplante de órgãos em que o Segurado participa como receptor de algum dos seguintes órgãos: coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim, intestino delgado ou medula óssea.

As exclusões são: a colocação de coração artificial, ainda que colocado temporariamente, visando-se à realização de um transplante verdadeiro no futuro; os transplantes de órgãos de animais e de quaisquer órgãos não humanos; quaisquer autotransplantes, demais órgãos ou células de medula; o transplante de células-tronco (“células-mãe”) e o transplante de celular-beta do pâncreas.

10.2.3.7. Paralisia

Perda total e irreversível do uso de dois ou mais membros (superiores ou inferiores), causada por paralisia apenas devido a Acidente Pessoal coberto ou doença envolvendo a medula espinhal. Estas condições devem ter sido medicamente documentadas por, pelo menos, 3 (três) meses a partir da data do diagnóstico.

A exclusão é: a paralisia provocada por Síndrome de Guillain-Barré e qualquer forma de Paralisia Temporária e/ou Transitória.

10.2.3.8. Cirurgia para Troca de Valvas Cardíacas

Cirurgia cardíaca aberta para troca de uma ou mais valvas cardíacas (aórtica, mitral, tricúspide e pulmonar) por valvas artificiais, devido a estenose, insuficiência ou uma combinação destes dois problemas.

A realização da cirurgia de troca de valva cardíaca deverá ser confirmada por médico cardiologista, respaldado por exames complementares apropriados.

As exclusões são: cirurgias cardíacas em que apenas seja feita reparação da valva cardíaca, quando não for necessária a substituição da valva cardíaca que apresente alterações clínicas, ou seja, cirurgias com preservação da valva, como comissurotomia, comissuroplastia, valvoplastias.

10.2.3.9. Cirurgia da Aorta

Realização de cirurgia que visa corrigir qualquer Doença da Artéria Aorta por excisão de uma parte doente desta Artéria e substituição por enxerto do segmento afetado. Estará coberta exclusivamente a Cirurgia da Artéria Aorta em sua porção torácico e abdominal, excluindo todas as suas ramificações. A realização da cirurgia da aorta deverá ser indicada por médico especialista Cirurgião Cardíaco respaldado por exames complementares apropriados.

As exclusões são: quando não for realizado procedimento cirúrgico para Implante de Prótese ou Clipagem de Aneurisma na Aorta, procedimentos em ramos da Artéria Aorta, bem como as cirurgias de Aorta decorrentes de Doenças Preexistentes à contratação do Seguro.

10.2.3.10. Esclerose Múltipla

Doença que acomete o Sistema Nervoso Central, lenta e progressivamente que promove uma destruição da bainha de mielina que recobre e isola as fibras nervosas. A caracterização da Cobertura se dará mediante diagnóstico feito por Neurologista e mediante a comprovação da necessidade do Auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluído a alimentação e higiene.

A doença deve ser demonstrada por sintomas típicos de desmielinização e prejuízo das funções motora e sensitiva, bem como achados típicos no exame de ressonância nuclear magnética.

O Segurado deve apresentar anomalias neurológicas por um período contínuo de, pelo menos, 6 (seis) meses ou deve ter tido, no mínimo, 2 (dois) episódios clinicamente bem documentados, com um intervalo mínimo de 1 (um) mês entre eles, ou, ainda, um episódio, clinicamente documentado, com manifestações características no fluído cérebro-espinhal, assim como lesões cerebrais específicas detectadas na ressonância nuclear magnética.

As exclusões: Doença na fase caracterizada por surtos de exacerbação-remissão.

10.3. CARÊNCIA

10.3.1. Somente serão garantidos por esta Cobertura os eventos do item 10.2.3, ocorridos a partir de 90 (noventa) dias, contados do início da Vigência do Seguro.

10.3.2. Para a Cobertura Esclerose Múltipla, descrita no item 10.2.3.10, 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.

10.3.3. 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 da Cobertura.

10.4. FRANQUIA

Esta Cobertura prevê uma Franquia de 30 (trinta) dias após o diagnóstico para recebimento da Indenização.

10.5. OCORRÊNCIA DO EVENTO

Ocorrendo um dos eventos cobertos pelo Seguro, deverá ser ele comunicado pelo Estipulante, pelo Segurado ou seus Beneficiários, logo que o saiba, através do Formulário Aviso de Sinistro.

10.6. CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado desta Cobertura de DMHO+DG será estabelecido contratualmente e deverá constar na Proposta de Adesão, Apólice e Certificado do Seguro.

Para manter o Seguro em vigor, deverão ser respeitados os valores mínimos e máximos de Capital Segurado e de Prêmio previamente estabelecidos pela Seguradora.

Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, o 30º (trigésimo) dia após o recebimento de um Diagnóstico de Acidente Pessoal, ou Diagnóstico da Doença Grave Coberta e da realização de um Procedimento Médico Coberto.

Para cada Segurado, somente haverá Cobertura para a primeira Doença Grave/Diagnóstico ou Procedimento Médico Coberto, desde que comunicada à Seguradora.

10.7. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

10.7.1. Para o recebimento do Capital Segurado ou da Indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do Evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, sendo facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato.

10.7.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

10.7.3. Serão reembolsadas as despesas médicas ocorridas durante o período de vigência do Seguro.

10.7.4. O pagamento de qualquer Capital Segurado ou de Indenização decorrente do presente Seguro será efetuado em até 30 (trinta) dias, após a entrega, além dos documentos relacionados nas Condições Gerais, também de todos os documentos abaixo relacionados:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido pelo Segurado;
- b) Formulário de Autorização para Crédito da Indenização, devidamente preenchido pelo Segurado;
- c) Cópia autenticada do RG (Documento de Identidade) e CPF (Cadastro de Pessoa Física) do Segurado Sinistrado;
- d) Comprovante de Residência do Segurado, com no máximo 03 (três) meses da data de emissão, somente serão aceitos conta de água, luz, telefone fixo e gás);
- e) Relatório detalhado do médico assistente, atestando o atendimento e indicando o início da Doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; o Documento deverá estar devidamente assinado pelo médico do Segurado, contendo informações sobre as circunstâncias do evento e histórico médico que este entender relevante e conter carimbo com o CRM do médico e reconhecimento de firma da assinatura do médico;
- f) Recibos originais dos pagamentos das despesas odontológicas;
- g) Receitas odontológicas;
- h) Documentos médicos que tenham embasado o Diagnóstico inicial (comprobatórios do início da Doença), incluindo cópia dos Laudos e Resultados de Exames complementares realizados: Laboratoriais, radiológicos, ultrassom, tomográfico, ressonância magnética e outros exames que o Segurado tenha realizado;
- i) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico (em caso de acidente);
- j) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (se houver acidente de trânsito e se o Segurado for condutor do veículo acidentado);
- k) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho, - Cópia do "TC –Termo Circunstanciado" ou do "BO - Boletim de Ocorrência Policial" (em caso de acidente);
- l) Cópia do Prontuário Médico de Internação Hospitalar do Segurado, em caso de ter havido internação e Tratamento usado.

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

10.7.6 A documentação listada acima não é restritiva. A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos que se façam necessária, durante o processo de análise do Sinistro, para sua completa liquidação.

10.7.6.1. Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, o prazo de 30 (trinta) dias será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

10.7.7 Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a Seguradora pagará juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, estes contados a partir da mora, além da atualização monetária pelo IGPM/FGV, aplicada a partir da data do Evento Coberto, e na falta deste, o índice que vier a substituí-lo.

10.7.8 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da Incapacidade, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de Junta Médica.

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

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

10.8. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário desta Cobertura, quando contratada, será aquele que efetivamente houver efetuado o pagamento das despesas médico, hospitalares e odontológicas, sofrido pelo Segurado, consoante previsto nos recibos, notas fiscais e similares.

10.9. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões especificamente descritas nos subitens do item 10.2.3 destas Condições Adicionais e aquelas descritas na Cláusula de Riscos Excluídos, bem como da Cláusula de Perda de Direitos e de Prescrição das Condições Gerais do Seguro, estão excluídas desta Cobertura de DMHO+DG:

10.9.1. Para fins desta Cobertura, não se incluem no conceito de Acidente Pessoal:

- a) As doenças (incluídas as profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição tais como DORT - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, LER - Lesões por Esforços Repetitivos, Tenossinovite etc.)**
- b) Micro traumas: significam os micros traumatismos que paulatinamente levam à invalidez permanente. São também chamados micro traumas laborativos ou doenças profissionais.**

10.9.2. Além dos Riscos Excluídos no item acima, a presente Cobertura não garante o Acidente Pessoal ocorrido em consequência direta ou indiretamente, de:

- a) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto se provier da utilização de meio de transporte mais arriscado ou da prática de esportes;**
- b) Prática por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei;**
- c) Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- d) Suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de Vigência do Seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;**
- e) Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;**
- f) Condução de veículos automotivos sem a devida habilitação legal, quando o segurado for o condutor do veículo;**
- g) Moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição, tais como DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), LER (lesões por esforços repetitivos), Tenossinovite etc.**

10.9.3. Não estão cobertas as despesas decorrentes de:

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

- c) Diagnósticos concedidos pelo próprio Segurado, seus dependentes, parentes ou pessoas com laços de dependência econômica ou que residam com ele, ainda que estes sejam médicos profissionais habilitados.
- d) Diagnósticos concedidos por pessoa que não seja médico profissional habilitado.

10.10 PERDA DE INDENIZAÇÃO

10.10.1 Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais deste Seguro, a Cobertura do Risco a que se refere estas Condições Adicionais de DMHO-DG cessa ainda com a:

- a) inexistência ou omissão nas declarações prestadas no ato da contratação deste Seguro ou durante toda sua Vigência, bem como por ocasião da regulação do Sinistro;
- b) inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro;
- c) dolo, fraude ou sua tentativa, simulação ou culpa grave para obter ou majorar a indenização ou ainda se o Segurado ou Beneficiário tentar obter vantagem indevida com o Sinistro;
- d) inobservância do artigo 768 do Código Civil, que dispõe que o Segurado perderá o direito à Cobertura do Seguro se agravar intencionalmente o Risco objeto do Contrato; e
- e) não fornecimento da documentação solicitada.

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

10.11. INÍCIO E TÉRMINO DESTA COBERTURA

10.11.1. A Cobertura compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da Cobertura Básica, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta cláusula não integrar as Condições Gerais da Apólice.

10.11.2. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a Cobertura do Risco a que se refere esta Cobertura termina, respeitado o período de Vigência em função do Prêmio efetivamente pago:

- a) simultaneamente com o cancelamento da Apólice ou da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- c) com o falecimento do Segurado;
- d) com o recebimento do Capital Segurado em razão de Invalidez Permanente e Total.

10.12. TAXA

A taxa cobrada para a Cobertura concedida por esta Cláusula já está somada à Taxa Aplicada indicada nas Condições Adicionais da Apólice.

10.13. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

Esta Cobertura abrange os **incidentes** ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre; entretanto, o pagamento da indenização se dará apenas no território nacional e em moeda nacional.

10.14. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.14.1.** Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.
- 10.14.2.** Desde que preservada a livre escolha, pode a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviço médico, hospitalares e odontológicos para facilitar a prestação de assistência ao Segurado.
- 10.14.3.** A comprovação das despesas médico, hospitalares e odontológicos deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente.
- 10.14.4.** Possuindo o Segurado mais de uma Apólice de Seguro, nesta ou em outra Sociedade Seguradora, garantindo Despesas Médico, Hospitalares e Odontológicos, a responsabilidade desta Seguradora por este Seguro será igual, em cada Cobertura, à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados proporcionalmente aos Capitais Segurados para cada Cobertura em todas as Apólices em vigor na data do Sinistro.
- 10.14.5.** A Cobertura de DMHO+DG está sujeita à aplicação de Franquia, conforme estabelecido na Proposta e no Contrato.
- 10.14.6.** Esta Cobertura Adicional faz parte das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes deste instrumento, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos das Condições Gerais deste Seguro que, embora aplicáveis, em relação à presente tem função subsidiária.

11 DIAGNÓSTICO DE CÂNCER FEMININO E MASCULINO (DCFM)

Garante, desde que contratada e mediante o pagamento de Prêmio Adicional, o pagamento do respectivo Capital Segurado contratado, quando diagnosticada a neoplasia maligna por médico habilitado em oncologia e demonstrada por resultado de exame anatomopatológico, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**

Esta Cobertura não prevê a antecipação do Capital Segurado da Cobertura de Morte.

Esta Cobertura Adicional somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura Básica de Morte.

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

As neoplasias malignas amparadas por esta Cobertura para o sexo feminino são: **Mama, Útero e Ovário.**

As neoplasias malignas amparadas por esta Cobertura para o sexo masculino são: **Próstata, Cólon e Pulmão.**

Neoplasia Maligna (Câncer): é a doença caracterizada pela presença de um tumor maligno (crescimento descontrolado de células malignas com disseminação e invasão dos tecidos). O diagnóstico de Câncer deve ser confirmado pela evidência histológica de malignidade por oncologista ou patologista.

11.1 RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos Riscos expressamente Excluídos na cláusula 4 das Condições Gerais, estão também excluídos desta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) melanoma não invasivo, sarcoma de kaposi, queratose actínica, leucoplasia oral, papilomatose oral florida, doença de Bowen, eritroplasia de Queyrat, Corno cutâneo, queratoacantoma, carcinoma basocelular e espinocelular; carcinomas *in situ* (alteração do crescimento de superfícies epiteliais, em que as células normais são substituídas por células anaplásticas sem as características de comportamento da neoplasia, como invasão ou metástases), qualquer tipo de displasia e outras lesões pré-neoplásticas de qualquer órgão e/ou tecido. Hiperplasia benigna da próstata e qualquer tipo de leucemia. Qualquer tipo de câncer benigno.

11.2 PRÊMIO E CAPITAL SEGURADO

O Prêmio relativo à Cobertura contratada, bem como o Capital Segurado para esta Cobertura deverão constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro. O Capital Segurado, se contratada esta Cobertura, será pago ao Segurado em caso de Sinistro coberto pelo Seguro e será limitado ao valor descrito na Proposta de Adesão, na Apólice e Certificado do Seguro.

11.3 CESSAÇÃO DE COBERTURA

Além das hipóteses previstas no item das Condições Gerais, esta Cobertura cessa ainda:

- a) Simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- c) Com o falecimento do Segurado;
- d) Com o pagamento da Indenização na respectiva Cobertura contratada, que gerou a Indenização.

11.4 CARÊNCIA

Esta proposta prevê Carência de 60 (sessenta) dias a contar do início da Vigência do Seguro.

11.5 DATA DO EVENTO

Para fins desta Cobertura, considera-se como Data do Evento, para efeito de Indenização do Capital Segurado, a data do diagnóstico comprovado da neoplasia maligna.

11.6 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

- a) Formulário de Aviso de Sinistro, integralmente preenchido e assinado pelo Médico e/ou pelo Segurado ou seu Representante;
- b) Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- c) Comprovantes originais das despesas médicas-hospitalares;
- d) Relatório médico informando desde quando o Segurado recebeu o primeiro Diagnóstico das Doenças Registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- e) Formulário de autorização para crédito da Indenização, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- f) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência com, no máximo 3 (três) meses da data de emissão e somente serão aceitas contas de água, luz, telefone fixo e gás do Segurado; Cópia da Certidão de Óbito do Segurado, caso seja aplicável;
- g) Resultado do exame Anatomopatológico comprovando a malignidade do Câncer;
- h) Na ausência do exame Anatomopatológico, poderão ser solicitados, a critério da Seguradora, exames laboratoriais e de imagem que comprovem o diagnóstico.

12. ANTECIPAÇÃO POR DOENÇA TERMINAL (ADT)

Garante, desde que contratada e mediante o pagamento de Prêmio Adicional, o pagamento de Indenização ao Segurado, correspondente a antecipação do percentual do Capital Segurado para a Cobertura de Morte, quando o Segurado se encontrar com Doença em Estágio Terminal, cujo evento tenha ocorrido durante a Vigência do Seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos**, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.

Considera-se Doença em Estágio Terminal, àquela 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, devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo estimado de sobrevida do Segurado.

Esta Cobertura Adicional somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura Básica de Morte.

Quando da ocorrência da morte do Segurado, será descontado o valor adiantado para a Cobertura de Antecipação de Doença Terminal.

O valor do Prêmio continuará a ser cobrado pela Seguradora referente à Cobertura de Morte, observada a parte do benefício ainda vigente, dado a cessação da Cobertura de Antecipação por Doença Terminal.

Somente será garantido por esta Cobertura o Estado Terminal diagnosticado pela primeira vez dentro do período de Vigência deste Seguro.

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:

- a) Doença Cardíaca Grave;
- b) Doença Pulmonar Graves;
- c) Doença Renal Grave;
- d) Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS);
- e) Paralisia Irreversível e Incapacitante;
- f) Doença Neoplásica Maligna.

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.

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.

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

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 (duzentas) células por mm³ ou inferior a 14% (quatorze por cento) do total de linfócitos. Manifestações clínicas incluem infecções oportunistas, neoplasias malignas, emaciação e demência.

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.

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).

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

Se o Segurado sobreviver após a previsão de 6 (seis) meses da data do diagnóstico, tendo ele recebido a Indenização referente a esta Cobertura, a Cobertura para a Doença em Estágio Terminal estará extinta.

12.1 RISCOS EXCLUÍDOS

Aplicam-se a esta Cobertura os Riscos Excluídos descritos nas Condições Gerais.

12.2 PRÊMIO E CAPITAL SEGURADO

O Prêmio relativo à Cobertura contratada, bem como o Capital Segurado para esta Cobertura deverão constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro. O Capital Segurado, se contratada esta Cobertura, será pago ao Segurado em caso de Sinistro coberto pelo Seguro e será limitado ao valor descrito na Proposta de Adesão, na Apólice e Certificado do Seguro.

12.3 CESSAÇÃO DE COBERTURA

Além das hipóteses previstas no item das Condições Gerais, esta Cobertura cessa ainda:

- a) Simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;**
- b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;**
- c) Com o falecimento do Segurado;**
- d) Com o pagamento da Indenização na respectiva Cobertura contratada, que gerou a Indenização.**

12.4 CARÊNCIA

Esta Cobertura não prevê Carência.

12.5 DATA DO EVENTO

Para efeito de Indenização do Capital Segurado, na liquidação dos Sinistros, será considerada como Data do Evento a data indicada pelo Médico Assistente na declaração médica que deverá vir acompanhada do histórico da patologia, do diagnóstico conclusivo e exames pertinentes.

12.6 PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

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

- a) Formulário de Aviso de Sinistro, integralmente preenchido e assinado pelo Médico e/ou pelo Segurado ou seu Representante;**
- b) Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;**
- c) Comprovantes Originais das despesas médicas-hospitalares;**
- d) Relatório Médico informando desde quando o Segurado recebeu o primeiro Diagnóstico das Doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;**

- e) Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- f) Formulário de Autorização para Crédito da Indenização, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- g) Cópias do RG (Cédula de Identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e comprovantes de residência com no máximo 3 (três) meses da data de emissão e somente serão aceitas contas de água, luz, telefone fixo e gás do Segurado;
- h) Resultado do Exame Anatomopatológico comprovando a malignidade do Câncer;
- i) Na ausência do Exame Anatomopatológico, poderão ser solicitados, a critério da Seguradora, Exames Laboratoriais e de imagem que comprovem o Diagnóstico;
- j) Declaração Médica, assinada pelo Médico Assistente, indicando a data de Diagnóstico definitivo;
- k) Documentos Médicos que tenham embasado o Diagnóstico, incluindo Laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução da Doença; e
- l) Cópia do Prontuário Médico de Internação Hospitalar do Segurado, em caso de ter havido internação.

13 COBERTURA DE MORTE PARA CÔNJUGE (MC)

Garante, desde que contratada e mediante o pagamento de Prêmio Adicional, uma Indenização em caso de falecimento do Cônjuge do Segurado, desde que contratada a Cobertura Básica de Morte (item 1) e respeitadas suas regras e condições.

Para fins desta Cobertura, equipara-se ao cônjuge a(o) companheira(o) do(a) Segurado(a) solteiro(a), viúvo(a), desquitado(a), separado(a) judicialmente ou de fato, ou divorciado(a), desde que comprovada a união estável, por ocasião da ocorrência do Sinistro.

Somente poderá participar do Seguro o cônjuge que:

- Se encontrar em boas condições de saúde, e
- Atender ao limite de idade estabelecido pela Seguradora.

A inclusão estará sujeita à análise do Risco pela Seguradora.

A inclusão e permanência do cônjuge no Seguro ficará, em qualquer hipótese, condicionada à inclusão e permanência do Segurado Titular.

13.1 RISCOS EXCLUÍDOS

Aplicam-se a esta Cobertura os Riscos Excluídos descritos nas Condições Gerais.

Somente poderão participar do Seguro os Cônjuges que obedeçam às regras de Elegibilidade definidas nas Condições Gerais (item 4).

13.2 PRÊMIO E CAPITAL SEGURADO

O Prêmio relativo à Cobertura contratada, bem como o Capital Segurado para esta Cobertura deverão constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro. O Capital Segurado, se contratada esta Cobertura, será pago ao(s) Beneficiário(s) em caso de Sinistro coberto pelo Seguro e será limitado ao valor descrito na Proposta de Adesão, na Apólice e Certificado do Seguro.

O Capital Segurado do Cônjuge não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado Principal.

13.3 CESSAÇÃO DE COBERTURA

Além das hipóteses previstas no item das Condições Gerais, esta Cobertura cessa ainda:

- a) Simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;**
- b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;**
- c) Com o falecimento do Segurado;**
- d) Com o pagamento da Indenização da respectiva Cobertura contratada, que gerou a Indenização.**

13.4 CARÊNCIA

Esta Cobertura não prevê Carência, exceto a Carência de 24 (vinte e quatro) meses, por força de disposição de lei (artigo 798 do Código Civil) em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticada pelo Segurado.

13.5 DATA DO EVENTO

Para fins desta Cobertura, considera-se como Data do Evento, para efeito de Indenização do Capital Segurado, a data do óbito do Cônjuge.

13.6 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

- a) Formulário de Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou Beneficiário e pelo Médico Assistente;
- b) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência com, no máximo 3 (três) meses da data de emissão e somente serão aceitas contas de água, luz, telefone fixo e gás do(s) Beneficiário(s) e do Segurado;
- c) Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- d) Formulário de Autorização para Crédito da Indenização, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e/ou Beneficiários;
- e) Cópia da Certidão de Óbito do Cônjuge;
- f) Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- g) Documento assinado pelo médico contendo informações sobre as circunstâncias do Evento, e
- h) Cópia do Prontuário Médico de Internação Hospitalar do Segurado, em caso de ter havido internação.

14 COBERTURA DE INCLUSÃO DE FILHOS MORTE – IFM

14.1. OBJETIVO

A presente Cobertura Adicional tem por objetivo garantir uma indenização **ao Segurado principal** pela morte de seus filhos dependentes, assim definidos na legislação aplicável ao Imposto de Renda, na forma a seguir especificada.

14.1.1 Quando ambos os cônjuges pertencerem ao mesmo Grupo Segurado, os filhos serão **incluídos uma única vez**, como dependentes daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado principal para efeito desta Cláusula.

14.1.2 Na hipótese de falecimento de filhos menores de 14 (catorze) anos, esta Cobertura se limita **exclusivamente ao reembolso de despesas com funeral, devidamente comprovadas, mediante apresentação de contas originais, limitado ao valor do Capital Segurado para esta Cobertura, desde que a despesa esteja diretamente relacionada ao Sinistro coberto.**

- a) Incluem-se entre as despesas cobertas com funeral, as havidas com o traslado;
- b) Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

14.2. CONCEITO

Consideram-se como filhos para os efeitos desta Cobertura, os enteados e menores considerados dependentes do Segurado principal, de acordo com o Regulamento do Imposto de Renda.

14.3. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

Este Seguro abrange os eventos ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre; entretanto, o pagamento da Indenização se dará apenas no território nacional e em moeda nacional.

14.4. CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado para esta Cobertura será equivalente ao percentual expresso na Proposta de Adesão e no Certificado, aplicável à Cobertura Básica do respectivo Segurado principal, não podendo ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado para a Cobertura Básica do Segurado principal.

14.5. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

A Indenização por Morte devida por esta Cobertura Adicional será paga ao Segurado principal.

14.6. VIGÊNCIA DA COBERTURA

14.6.1. A Cobertura dos Riscos Individuais previstos na Apólice começará a vigorar:

- a) na data do início da Cobertura Básica do Risco individual do Segurado principal, para os filhos admitidos no Grupo simultaneamente com o Segurado principal;
- b) na data da inclusão da Cobertura na Apólice, e de conformidade com o que se estabelecer, se esta for incluída após o Início de Vigência da Apólice.

14.7. CESSAÇÃO DA COBERTURA

14.7.1. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a Cobertura do Risco a que se refere esta cláusula cessará individualmente para os filhos, incluídos nesta Cobertura, respeitado o período de Vigência em função do Prêmio efetivamente pago, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado principal da Apólice;
- c) com a Morte do Segurado principal;
- d) com a Morte dos Filhos;
- e) cessação da Condição de dependente, conforme definido na legislação do Imposto de Renda.

14.8. TAXA

A taxa cobrada para a Garantia concedida por esta Cobertura já está somada à Taxa Aplicada indicada no Contrato.

14.9. DISPOSIÇÕES GERAIS

Esta Cobertura faz parte das Condições Gerais. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nestas Condições Gerais que, em relação a esta cláusula, tem função subsidiária.

15 DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (DIT)

Garante, desde que contratada e mediante o pagamento de Prêmio Adicional, o pagamento de uma Indenização, em caso de afastamento involuntário das suas Atividades Laborativas causado por Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**

Esta Cobertura Adicional somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura Básica de Morte Acidental.

As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas após decorrido o período de Franquia e respeitado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

Para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste Seguro para Acidentes Pessoais.

Limite Máximo de Diárias Indenizáveis: é a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus enquanto ele estiver afastado de suas Atividades Laborativas por motivo de Acidente Pessoal, a contar do primeiro dia após o término do período de Franquia.

15.1 RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos Riscos expressamente Excluídos na cláusula Condições Gerais, estão também excluídos desta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) Gravidez;
- b) Procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;
- c) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de Sinistro ocorrido na Vigência do Seguro;
- d) Cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;
- e) Tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
- f) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
- g) Tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de Acidente Pessoal, ocorridos dentro do período de Vigência do Seguro;
- h) Doenças degenerativas da coluna vertebral, com exceção de tratamento cirúrgico;
- i) Doenças Crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;
- j) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como Fibromialgia, Artrite Reumatoide, Osteoartrose, Dor Miofascial, Esclerose Múltipla, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras.

15.2 PRÊMIO E CAPITAL SEGUADO

O Prêmio bem como o Capital Segurado para esta Cobertura deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro. O Capital Segurado, se contratada esta Cobertura, será pago ao Segurado em caso de Sinistro coberto pelo Seguro e será limitado ao valor descrito na Proposta de Adesão, na Apólice e Certificado do Seguro.

O Capital Segurado desta Cobertura será reintegrado anualmente.

15.3 CESSAÇÃO DE COBERTURA

Além das hipóteses previstas no item das Condições Gerais, esta Cobertura cessa ainda:

- a) Simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- c) Com o falecimento do Segurado;

15.4 CARÊNCIA

Esta Cobertura prevê a Carência de 60 (sessenta) dias, a contar do início da Vigência da Cobertura individual.

15.5 FRANQUIA

O período de Franquia será estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de 10 (dez) dias ininterruptos por evento, e será contado a partir da data do afastamento das Atividades Laborativas do Segurado, por determinação médica. As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia e se estenderão até o final do período de afastamento do Segurado, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.

O período máximo de Diárias Indenizáveis são de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por Evento Coberto.

15.6 DATA DO EVENTO

Para efeito de Indenização do Capital Segurado, será considerada como Data do Evento a data indicada pelo médico na declaração médica ou a data do Acidente Pessoal coberto.

15.7 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

- a) Formulário de Aviso de Sinistro, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo Médico Assistente;
- b) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência com, no máximo 3 (três) meses da data de emissão e somente serão aceitas contas de água, luz, telefone fixo e gás do Segurado;
- c) Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- d) Relatório médico informando desde quando o Segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- e) Formulário de autorização para crédito da Indenização, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- f) Documento assinado pelo médico do Segurado, contendo informações sobre as circunstâncias do Evento e histórico médico que este entender relevante. O documento deverá conter carimbo com o CRM do médico e reconhecimento de firma da assinatura do médico;
- g) Cópia do prontuário médico de internação hospitalar do Segurado, em caso de ter havido internação.

16 PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (CLT) OU POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (AUTÔNOMOS / PROFISSIONAIS LIBERAIS) – PRDI-ITAD

Desde que contratada e mediante o pagamento do Prêmio Adicional, caso o Segurado venha perder involuntariamente o vínculo empregatício que possuía durante o período de Vigência do Seguro, **OU** em caso de Incapacidade Física Total e Temporária, decorrente de acidente ou doença, que torne o Segurado total e temporariamente incapaz de exercer sua profissão ou ocupação, durante o período que se encontre sob tratamento médico, e de acordo com a Vigência do Seguro, respeitados os períodos de Carência e de Franquia, esta Cobertura garante o pagamento de uma indenização **ao próprio Segurado**, limitada ao número de parcelas ou Capital Segurado determinado na Proposta de Contratação e no Certificado Individual, **exceto de decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos da Cobertura e destas Condições Gerais.**

Para ter direito à indenização em caso de Perda de Renda por Desemprego Involuntário, sendo o Segurado empregado conforme as disposições da C.L.T. (Consolidação das Leis do Trabalho), este, deverá comprovar o vínculo empregatício de, no mínimo, 12 (doze) meses consecutivos sob o regime C.L.T., e de carga horária mínima de 30 (trinta) horas semanais com o mesmo empregador (Período de Aquisição de Direitos).

Para que o Segurado tenha direito a um novo benefício de Perda de Renda por Desemprego Involuntário é necessário que comprove, pelo menos, 12 (doze) meses consecutivos de trabalho (sem licença médica) entre o pagamento de um Sinistro e a reclamação de outro Sinistro decorrente de Perda de Renda por Desemprego Involuntário.

Para o caso de Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença, entende-se por Profissionais Liberais ou Autônomos, aquele que comprove através de documentos, demonstrando a última Declaração de Imposto de Renda ou Registro de Autônomo no INSS (NIT) e carnê E-Social, e desde que estejam impedidos de exercer a atividade provedora de seu Recurso Financeiro, sendo essa a forma principal de seus rendimentos, sem qualquer vínculo empregatício.

Para que o Segurado tenha direito a um novo benefício em caso de Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença, é necessário que se comprove no mínimo, 12 (doze) meses consecutivos de trabalho autônomo ou liberal entre o pagamento de um Sinistro e a reclamação de outro Sinistro decorrente de Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença.

A Incapacidade Física Total e Temporária deverá ser comprovada mediante a apresentação à Seguradora de declaração médica idônea à essa finalidade. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame ou perícia para comprovação da Incapacidade, sob pena de não pagamento da Indenização, caso o Segurado se recuse.

A Perda de Renda por Desemprego Involuntário e a Incapacidade Física Total e Temporária não são cumulativas. Se o Segurado for trabalhador formal terá direito somente à cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário, ainda que exerça outras atividades autônomas, mesmo que estas sejam consideradas sua atividade principal.

Esta Cobertura Adicional somente poderá ser contratada em conjunto com as Coberturas Básicas de Morte ou Morte Acidental.

16.1 RISCOS EXCLUÍDOS

16.1.1. Estão excluídos da Cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário - CLT:

- a) Jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador Segurado;
- b) Renúncia ou perda voluntária do vínculo empregatício ou qualquer outro tipo de acordo voluntário entre o trabalhador e o empregador que resulte no fim do vínculo empregatício;

- c) Trabalhos de profissionais liberais ou funcionários que tenham cargo público com estabilidade de emprego ou funcionários que estejam afastados de sua função;
- d) Cargos de eleição pública, incluindo-se aqueles de nomeação em Diário Oficial, ou não regidos pela CLT;
- e) Término de um contrato de trabalho por tempo determinado, inclusive contratos de estágios e contratos de trabalhos temporários em geral;
- f) Demissão por justa causa do trabalhador Segurado;
- g) Abandono de emprego;
- h) Programa de demissão voluntária, incentivado pelo empregador do Segurado;
- i) Perda de um vínculo empregatício, quando houver mais do que um no mesmo período;
- j) Quando não houver registro formal de vínculo empregatício, comprovado junto ao empregador;
- k) Campanhas de demissão em massa. Para fins deste Seguro considerar-se-á demissão em massa o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) do seu quadro de funcionários no mesmo mês;
- l) Perda de emprego decorrente da falência, concordata e recuperação judicial ou extrajudicial do empregador;
- m) Demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador;
- n) Alistamento do serviço militar;
- o) Demissões ocorridas durante o período de Carência, estabelecido nestas Condições Especiais.

16.1.2. Estão excluídos da Cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença – Autônomo/Profissional Liberal:

- a) Incapacidade, doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração da Apólice, para as quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela consequentes, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;
- b) Hospitalização para check-up;
- c) Diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- d) Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
- e) Cirurgias plásticas e suas consequências, salvo as restauradoras decorrentes de acidente ocorrido na vigência do Seguro e realizadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data do acidente;
- f) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- g) Tratamento para obesidade em suas várias modalidades;
- h) Distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia nas suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;
- i) Lesões de esforços repetitivos – L.E.R. (tendinite, sinovite, tenossinovites, artrites, dor miofascial, cerviobranquialgias e todos os processos inflamatórios inespecíficos relacionados a DORT);
- j) Anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;
- k) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética e para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético, geriátricos e suas consequências;
- l) Luxação recidiva de qualquer articulação;
- m) Instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- n) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- o) Doenças Infecciosas de notificação compulsória, bem como toda e qualquer consequência, inclusive infecções oportunistas delas decorrentes.

16.2 PRÊMIO E CAPITAL SEGURADO

O Prêmio, bem como o Capital Segurado para esta Cobertura deverão constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro. O Capital Segurado, se contratada esta Cobertura, será pago ao Segurado em caso de Sinistro coberto pelo Seguro e será limitado ao valor descrito na Proposta de Adesão, na Apólice e no Certificado do Seguro.

16.3 CESSAÇÃO DE COBERTURA

Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, esta Cobertura cessa ainda:

- a) Simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- c) Com o falecimento do Segurado;

16.4 CARÊNCIA

Para a Cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário - CLT, haverá Carência mínima obrigatória de 30 (trinta) dias a contar da data do início da Vigência do Seguro, em que qualquer evento não estará coberto.

Para a Cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença – Autônomo/Profissional Liberal, haverá Carência mínima obrigatória de 30 (trinta) dias a contar da data do início da Vigência do Seguro, em que qualquer evento não estará coberto, exceto se a incapacidade for decorrente de acidente pessoal, e no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 02 (dois) anos ininterruptos, contados da data de adesão.

16.5 FRANQUIA

Perda de Renda por Desemprego Involuntário - CLT: haverá Franquia de, no mínimo, 30 (trinta) dias a contar da data de ocorrência do evento coberto, em que o Segurado deverá permanecer na qualidade de desempregado para poder reclamar a cobertura do Seguro.

Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença – Autônomo/Profissional Liberal: haverá Franquia de, no mínimo, 15 (quinze) dias a contar da data de ocorrência do evento coberto. A Cobertura será devida a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia do Seguro, observado o limite determinado no Certificado Individual por evento.

16.6 DATA DO EVENTO

Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos Sinistros, será considerada como Data do Evento:

- a) Para a Perda de Renda por Desemprego Involuntário, quando não houver aviso prévio, a data da baixado Contrato de Trabalho sob o regime C.L.T. do Segurado. Quando houver aviso prévio da dispensa, será considerada como data do evento aquela do Aviso Prévio;
- b) Para a Incapacidade Física Total e Temporária, a data do laudo médico atestado a Incapacidade Física Total e Temporária.

Em caso de Perda de Renda por Desemprego Involuntário e/ou Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença, deverá ser comprovado a sua condição de desempregado ou de incapacidade para o trabalho.

16.7 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

16.7.1 Em caso de Perda de Renda por Desemprego Involuntário - PRDI:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- c) Comprovante de endereço residencial do Segurado, com no máximo 03 (três) meses da data de emissão;
- d) Cópia do Termo de Rescisão Contratual, com a devida homologação;
- e) Cópia da CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social) atualizada, envio das páginas: fotografia, contrato de trabalho onde consta o registro da saída do empregado, página anterior e posterior ao Contrato de Trabalho.

Para que o Segurado tenha direito à cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário – PRDI, é obrigatório que o empregado tenha cumprido o Aviso Prévio ou, encaminhe documento que comprove a dispensa dele.

16.7.2. Em caso de Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença – Autônomo/Profissional Liberal:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Relatório Médico padrão da Seguradora assinado pelo médico do Segurado;
- c) Resultado do(s) exame(s) laboratoriais, radiológicos e etc, realizado para confirmação do diagnóstico e ou durante o acompanhamento da patologia e, cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar;
- d) Atestado de Incapacidade Temporária emitido por profissional habilitado. Informando o período de afastamento;
- e) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- f) Cópia da guia de recolhimento do ISS (imposto sobre serviços);
- g) Documentos comprobatórios da condição de autônomo e/ou profissional liberal – cópia da última Declaração de Imposto de Renda ou cópia do registro de autônomo no INSS (NIT) + Carnê E-Social dos últimos recolhimentos anteriores a data do Sinistro.

O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

IV. CONDIÇÃO PARTICULAR DO SEGURO SAFRA VIDA MODULAR

Fica entendido e acordado que, ao contrário do que consta nas Exclusões Gerais quanto a não Cobertura para Epidemias, Endemias e Pandemias declaradas pelos órgãos competentes, exclusivamente para causa de Morte em decorrência do COVID-19 e seguindo as regras abaixo, haverá amparo neste Seguro.

Regras:

I-Carência de 90 (noventa) dias corridos para ter direito a esta Cobertura, a partir do início de vigência da Apólice ou do Certificado do Seguro;

II-Apenas a Cobertura de Morte está amparada por esta cláusula. Para todas as demais Coberturas, permanece a exclusão para Epidemias, Endemias e Pandemias;

III-Esta condição particular se aplica apenas para Seguros emitidos a partir de 01 de Agosto de 2020.

Todas as demais exclusões gerais e cláusulas permanecem inalteradas.