

---

# SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL – DOENÇAS GRAVES

## Condições Contratuais

### Versão 1.0

CNPJ 61.074.175/0001-38  
Processo SUSEP nº 15414.602693/2023-80

---

MAPFRE Seguros Gerais S.A. – CNPJ 61.074.175/0001-38

SAC – Central de Atendimento aos Clientes: 0800 775 4545. Atendimento 24 horas.

SAC – Central de Atendimento aos Deficientes Auditivos ou de Fala: 0800 775 5045

Ouvidoria: 0800 775 1079. Atendimento de 2ª a 6ª feira, das 8h às 20h, exceto feriados

Ouvidoria para Deficientes Auditivos ou de Fala: 0800 962 7373

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

Reclamações para consumidores dos mercados supervisionados: [www.consumidor.gov.br](http://www.consumidor.gov.br)

---

## ÍNDICE

---

<b>CONDIÇÕES GERAIS</b> .....	<b>4</b>
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DO SEGURO .....	4
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES.....	4
CLÁUSULA 3 – COBERTURAS DO SEGURO .....	8
CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS .....	8
CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA .....	11
CLÁUSULA 6 – FRANQUIA.....	11
CLÁUSULA 7 – CARÊNCIA.....	11
CLÁUSULA 8 – ACEITAÇÃO DO SEGURO .....	11
CLÁUSULA 9 – INÍCIO DE VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE .....	14
CLÁUSULA 10 – PAGAMENTO DE PRÊMIO .....	15
CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DA APÓLICE .....	16
CLÁUSULA 12 – CAPITAL SEGURADO.....	18
CLÁUSULA 13 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS.....	19
CLÁUSULA 14 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO .....	20
CLÁUSULA 15 – CUSTEIO DO SEGURO.....	20
CLÁUSULA 16 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS .....	20
CLÁUSULA 17 – BENEFICIÁRIOS .....	24
CLÁUSULA 18 – PERDA DE DIREITOS.....	25
CLÁUSULA 19 – REGIME FINANCEIRO .....	27
CLÁUSULA 20 – PUBLICIDADE E PROMOÇÃO .....	27
CLÁUSULA 21 – PRESCRIÇÃO .....	27
CLÁUSULA 22 – FORO .....	27
CLÁUSULA 23 – DISPOSIÇÕES GERAIS .....	27
<b>CONDIÇÕES ESPECIAIS</b> .....	<b>29</b>
COBERTURA BÁSICA DE DOENÇAS GRAVES – DG.....	29
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA.....	29
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES E RISCOS COBERTOS.....	29
CLÁUSULA 3 – PLANOS DISPONÍVEIS .....	37
CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS .....	39
CLÁUSULA 6 – CARÊNCIA E FRANQUIA .....	44
CLÁUSULA 7 – CAPITAL SEGURADO.....	45
CLÁUSULA 8 – DATA DO EVENTO.....	45

---

CLÁUSULA 9 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO .....	45
CLÁUSULA 10 – TÉRMINO DA COBERTURA .....	49
CLÁUSULA 11 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	49
CLÁUSULA 12 – BENEFICIÁRIOS .....	52
CLÁUSULA 13 – DISPOSIÇÕES GERAIS .....	53
<b>CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE FILHO(S) E/OU ENTEADO(S) .....</b>	<b>54</b>
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA CLÁUSULA .....	54
CLÁUSULA 2 – RISCOS COBERTOS .....	54
CLÁUSULA 3 – RISCOS EXCLUÍDOS .....	55
CLÁUSULA 4 – CARÊNCIA E FRANQUIA .....	55
CLÁUSULA 5 – CAPITAL SEGURADO.....	55
CLÁUSULA 6 – DATA DO EVENTO.....	55
CLÁUSULA 7 – TÉRMINO DA COBERTURA .....	55
CLÁUSULA 8 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS .....	56
CLÁUSULA 9 – BENEFICIÁRIOS .....	56
CLÁUSULA 10 – DISPOSIÇÕES GERAIS .....	56

---

## CONDIÇÕES GERAIS

---

### CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DO SEGURO

---

1.1. O presente seguro tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de Prêmio pela Seguradora, o pagamento de Indenização ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado contratado, caso ocorra algum dos Eventos Cobertos, durante o período de vigência do Seguro, **observados os Riscos expressamente Excluídos, as hipóteses de perda de direito e as demais Condições Contratuais.**

### CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES

---

2.1. **Acidente Pessoal:** o evento com data caracterizada, exclusivo e **DIRETAMENTE externo, súbito, involuntário e violento, CAUSADOR DE LESÃO FÍSICA** que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, **tenha como consequência DIRETA a morte ou a Invalidez Permanente, total ou parcial**, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se, que o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal.

2.1.1. **EXCLUEM-SE DESSE CONCEITO:**

- A) **AS DOENÇAS, INCLUÍDAS AS PROFISSIONAIS, QUAISQUER QUE SEJAM SUAS CAUSAS, AINDA QUE PROVOCADAS, DESENCADEADAS OU AGRAVADAS, DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ACIDENTE, RESSALVADAS AS INFECÇÕES, ESTADOS SEPTICÊMICOS E EMBOLIAS, RESULTANTES DE FERIMENTO VISIVELMENTE CAUSADO EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO;**
- B) **AS INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE COBERTO;**
- C) **AS LESÕES DECORRENTES, DEPENDENTES, PREDISPOSTAS OU FACILITADAS POR ESFORÇOS REPETITIVOS OU MICROTRAUMAS CUMULATIVOS, OU QUE TENHAM RELAÇÃO DE CAUSA E EFEITO COM ESSES, ASSIM COMO AS LESÕES CLASSIFICADAS COMO: LESÃO POR ESFORÇOS REPETITIVOS – LER, DOENÇAS OSTEO-MUSCULARES RELACIONADAS AO TRABALHO – DORT, LESÃO POR TRAUMA CONTINUADO OU CONTÍNUO – LTC, OU SIMILARES QUE VENHAM A SER ACEITAS PELA CLASSE MÉDICO-CIENTÍFICA, BEM COMO AS SUAS CONSEQUÊNCIAS PÓS-TRATAMENTOS, INCLUSIVE CIRÚRGICOS, EM QUALQUER TEMPO; E**
- D) **AS SITUAÇÕES RECONHECIDAS POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA OU ASSEMELHADAS, COMO "INVALIDEZ ACIDENTÁRIA", NAS QUAIS O EVENTO CAUSADOR DA LESÃO NÃO SE ENQUADRE INTEGRALMENTE NA CARACTERIZAÇÃO DE INVALIDEZ POR ACIDENTE PESSOAL, DEFINIDO NESTA CLÁUSULA.**

2.2. **Apólice:** documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo proponente, e estabelece os direitos e as obrigações das partes.

- 
- 2.3. Aviso de Sinistro:** comunicação específica com a finalidade de dar conhecimento à Seguradora da ocorrência de evento passível de Cobertura.
- 2.4. Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada para receber os valores do Capital Segurado/ou indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.
- 2.5. Capital Segurado:** valor máximo para a Cobertura contratada, a ser pago pela Seguradora na ocorrência de sinistro, de forma de parcela única.
- 2.6. Carência:** período de tempo, contado a partir da data de início de Vigência do Seguro ou do aumento do Capital Segurado, **durante o qual a Seguradora está isenta de responsabilidade indenizatória**, ou seja, período em que o Segurado ou os Beneficiários não terão direito à percepção dos Capitais Segurados contratados, em eventual ocorrência de Sinistro.
- 2.7. Coberturas:** obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um Evento Coberto, descritas nas Condições Contratuais, observados os Riscos expressamente Excluídos e as hipóteses de perda do direito.
- 2.8. Companheiro(a):** pessoa que convive em união estável ou condição equiparada, configurada na convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família, devidamente comprovada por decisão judicial, escritura pública ou pelos meios admitidos pela legislação vigente.
- 2.9. Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais incluindo a Proposta e a Apólice.
- 2.10. Corretor:** intermediário, seja pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado pela SUSEP – Superintendência de Seguros Privados e legalmente autorizado a intermediar e promover contratos de seguro entre as Seguradoras e os Segurados. **O Corretor de seguros responde civilmente perante as partes pelos prejuízos que causar no exercício da profissão.**
- 2.11. Culpa Grave:** termo utilizado para expressar a forma de culpa que mais se aproxima do dolo, motivada pela falta extrema do agente, que não prevê fato previsível aos homens comuns e, embora sem a intenção, assume o resultado de produzi-lo. **Sendo motivo para a perda do direito por parte do Segurado.**
- 2.12. Declaração Pessoal de Saúde e Atividades:** documento utilizado para avaliação do risco pela Seguradora, no qual o Proponente presta as informações e declarações relacionadas às suas condições de saúde e/ou atividades exercidas, e que serão levadas em consideração pela Seguradora para avaliação do risco e na regulação de Evento Coberto.
- 2.13. Doença:** toda e qualquer alteração da saúde do Segurado, causada por ação direta ou indireta de agentes mórbidos, de origem interna ou externa em relação ao corpo humano, e que necessite de tratamento Médico.

- 
- 2.14. Doença Profissional:** Aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional inerentes à ocupação de uma pessoa.
- 2.15. Doenças e Lesões Preexistentes:** são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado em data anterior à data da contratação do seguro, de seu prévio conhecimento, não declarada na proposta, caracterizando-se pela omissão de tratamento ou da existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde. **A omissão dessas Doenças ou Lesões, por ocasião da contratação do seguro, ensejará a perda de direito às Coberturas previstas na Apólice.**
- 2.16. Endosso:** documento emitido pela Seguradora, durante a Vigência do Seguro, por meio do qual são alterados as condições de uma Apólice de seguro, de comum acordo com o Segurado.
- 2.17. Evento Coberto:** acontecimento futuro, possível e incerto, ocorrido durante a Vigência do Seguro, enquadrado na Cobertura prevista na Apólice contratada.
- 2.18. Filho ou Enteado:** aquele considerado dependente econômico para fins de Imposto de Renda do Segurado, desde que observadas as condições indicadas abaixo:
- Filho(a) ou Enteado(a) entre 2 (dois) anos e 17 (dezessete) anos.
- 2.19. Franquia:** período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do Evento Coberto, durante o qual o Segurado não terá direito à Cobertura do seguro.
- 2.20. Indenização:** é o valor máximo a ser pago ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s) pela Seguradora, quando da ocorrência de Evento Coberto, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva Cobertura contratada, vigente na data do evento.
- 2.21. Médico/Médico Assistente:** profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM, de escolha do Segurado, responsável pelo acompanhamento clínico e pelo diagnóstico do Segurado. **A Seguradora não aceitará que seja nomeado como Médico/Médico Assistente o próprio Segurado, seu Cônjuge, Companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma Indenização por parte da Seguradora.**
- 2.22. Meios Remotos:** são aqueles meios que permitem a troca de e/ou o acesso a informações e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes de comunicação envolvendo o uso de tecnologia tais como rede mundial de computadores, telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras.
- 2.23. Período de Cobertura:** prazo de duração da Cobertura contratada, no qual o Segurado ou o(s) Beneficiário(s), terá(ão) direito ao Capital Segurado contratado, no caso de ocorrência de Evento Coberto.
- 2.24. Prazo de Tolerância:** intervalo de tempo estabelecido nos documentos contratuais durante o qual, na ocorrência de Evento Coberto, o Segurado inadimplente terá direito à Cobertura, mediante a regularização do Prêmio em atraso.

- 
- 2.25. Prêmio:** importância paga pelo Segurado à Seguradora para que esta assumo o risco a que o Segurado está exposto destinadas ao custeio do seguro.
- 2.26. Proponente:** pessoa física interessada em contratar a(s) Cobertura(s) do seguro.
- 2.27. Pro Rata Temporis:** no caso do seguro, é o método de calcular o Prêmio do seguro proporcional aos dias de vigência decorridos no seguro.
- 2.28. Proposta de Contratação:** documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar Cobertura(s) e manifesta pleno conhecimento das Condições Contratuais.
- 2.29. Regime Financeiro de Repartição Simples:** estrutura técnica em que os Prêmios pagos por todos os Segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as Indenizações decorrentes dos Eventos Cobertos, ocorridos nesse período, não havendo, portanto, devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s).
- 2.30. Regulação de Sinistro:** conjunto dos procedimentos realizados pela Seguradora na ocorrência de um Sinistro para apuração de suas causas, circunstâncias e valores envolvidos com vistas à caracterização do risco ocorrido e sem enquadramento no seguro.
- 2.31. Relatório Médico/Declaração Médica:** documento na forma de relatório ou similar, elaborado e preenchido por Médico/Médico Assistente e/ou pelo Médico Especialista com a finalidade de registrar sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos Médicos correlatos. **Não será aceito, para fins de liquidação do Sinistro, documento emitido por Médico/Médico Assistente que seja o próprio Segurado, seu Cônjuge/Companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma Indenização por parte da Seguradora.**
- 2.32. Riscos Excluídos:** eventos indicados nas Condições Contratuais do seguro como riscos não cobertos. Ou seja, em caso de ocorrência não haverá indenização por parte da Seguradora.
- 2.33. Segurado:** pessoa física, com interesse segurável, sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 2.34. Segurado Dependente:** é o filho(s) e/ou Enteadado(s), do Segurado Titular, dependente econômico para fins de Imposto de Renda do Segurado, quando incluído no contrato de seguro, desde que não seja Segurado Titular na referida Apólice.
- 2.35. Segurado Titular:** pessoa física responsável pela formalização da contratação do seguro, bem como pela sua manutenção junto à Seguradora.
- 2.36. Seguradora:** empresa legalmente autorizada a comercializar seguro e que se responsabiliza pela(s) Cobertura(s) contratada(s), mediante o recebimento de Prêmio, conforme estabelecido nestas Condições Contratuais.
- 2.37. Sinistro:** ocorrência do evento coberto, durante o período de Vigência do Seguro.

**2.38. Vigência do Seguro:** período de tempo fixado para validade do contrato de seguro.

### **CLÁUSULA 3 – COBERTURAS DO SEGURO**

---

**3.1.** As Coberturas disponíveis para contratação neste seguro estão dispostas nesta cláusula, respeitando as regras de conjugação indicadas nesta cláusula e preestabelecidas pela Seguradora, bem como seus respectivos objetivos, Riscos Excluídos específicos, Capital Segurado e demais disposições determinadas nas respectivas Condições Especiais de cada Cobertura.

#### **3.2. Cobertura Básica**

##### **a) DOENÇAS GRAVES – DG**

##### **3.2.1. Cláusulas Suplementares**

###### **a) Inclusão Facultativa de Filho(s) e/ou Enteadado(s).**

**3.3.** A cobertura básica é de contratação obrigatória.

**3.4.** A Seguradora poderá oferecer aos Proponentes a contratação da cláusula suplementar indicadas no subitem 3.2.1, mediante pagamento adicional de prêmio, que permitirá a extensão da Cobertura Básica contratada aos dependentes Filho(s)/Enteadado(s) do Segurado, observadas as condições e definições constantes nas respectivas Condições Especiais referente a Cláusula Suplementar.

**3.5.** As Coberturas previstas nestas Condições Contratuais somente serão válidas quando contratadas e seus respectivos Prêmios estiverem pagos, conforme expressamente previstos na Proposta de Contratação e/ou na Apólice.

### **CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS**

---

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

**A) DO USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, AINDA QUE OCORRIDOS EM TESTES, EXPERIÊNCIAS OU NO TRANSPORTE DE ARMAS E/OU PROJÉTEIS NUCLEARES, INCLUINDO EXPLOSÃO NUCLEAR, PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA OU EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;**

**B) DE ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, INVASÕES, ATOS MILITARES, HOSTILIDADES, DE GUERRA CIVIL OU GUERRILHA, REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO, ATOS TERRORISTAS OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES, EXCETO SE FOR COMPROVADO QUE O EVENTO TENHA OCORRIDO PELA UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADO, SE DECORRENTE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR, DA PRÁTICA DE ESPORTES OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;**

- C) DE LESÕES OU DOENÇAS PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO SEGURADO OU QUE O OBRIGUE A FAZER ACOMPANHAMENTO MÉDICO OU USO DE MEDICAMENTO DE FORMA CONTINUADA OU TRATAMENTO EM REGIME HOSPITALAR, PRESCRITOS POR MÉDICOS, EM PERÍODO CUJOS EFEITOS PERSISTAM ATÉ A DATA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO E QUE CONTRIBUA, DIRETA OU INDIRETAMENTE, NA CARACTERIZAÇÃO DE UM EVENTO PREVISTO NESTAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS E NÃO TENHAM SIDO DECLARADAS NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO;**
- D) DA TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS, OCORRIDOS ANTES DE COMPLETADOS 2 (DOIS) ANOS DE VIGÊNCIA ININTERRUPTOS DO SEGURO, CONTADOS DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DA RESPECTIVA COBERTURA OU DA SOLICITAÇÃO DE AUMENTO DE CAPITAL SEGURADO, OU AINDA, DA SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO DE COBERTURA. NESTAS HIPÓTESES, A EXCLUSÃO SOMENTE SE APLICA À DIFERENÇA DO CAPITAL SEGURADO AUMENTADO OU À COBERTURA INCLUÍDA;**
- E) DE DANOS E PERDAS CAUSADAS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATO TERRORISTA, CABENDO À SEGURADORA COMPROVÁ-LO COM DOCUMENTAÇÃO HÁBIL, ACOMPANHADA DE LAUDO CIRCUNSTANCIADO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTE DE SEU PROPÓSITO, E DESDE QUE ESTE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATENTÓRIO À ORDEM PÚBLICA PELA AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE;**
- F) DE ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO BENEFICIÁRIO, OU PELO REPRESENTANTE LEGAL DE UM OU DE OUTRO;**
- G) NOS SEGUROS CONTRATADOS POR PESSOA JURÍDICA OU NAQUELES CUJO BENEFICIÁRIO SEJA UMA PESSOA JURÍDICA, INCLUEM-SE OS DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS POR SEUS SÓCIOS CONTROLADORES, DIRIGENTES E ADMINISTRADORES E/OU SEUS RESPECTIVOS REPRESENTANTES;**
- H) DE FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS, INUNDAÇÕES, TUFÕES, TEMPESTADES OU QUAISQUER OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA;**
- I) DE EPIDEMIAS, PANDEMIAS E ENVENENAMENTO DE CARÁTER COLETIVO OFICIALMENTE, INCLUINDO A GRIPE AVIÁRIA, A FEBRE AFTOSA, A MALÁRIA, A DENGUE, A MENINGITE, DENTRE OUTRAS, MAS NÃO SE LIMITANDO A ELAS, DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE;**
- J) DE PERTURBAÇÕES E INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE, BEM COMO AS INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS E/OU MEDICAMENTOS, DESDE QUE SEJA DEMONSTRADO SEU NEXO CAUSAL;**
- K) DE EVENTOS EM QUE O SEGURADO TENHA INTENCIONALMENTE ATENTADO CONTRA A VIDA E INTEGRIDADE FÍSICA DE OUTREM, CONSUMADO OU NÃO, BEM COMO ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO, EXCETO EM CASO DE LEGÍTIMA DEFESA OU ASSISTÊNCIA À PESSOA EM PERIGO;**
- L) DE PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO EM DESAFIOS E/OU BRIGAS, EXCETO NOS CASOS DE PRÁTICA DE ESPORTE, LEGÍTIMA DEFESA, ASSISTÊNCIA À PESSOA EM PERIGO OU ESTADO DE NECESSIDADE;**
- M) DE IMPRUDÊNCIA OU NEGLIGÊNCIA GRAVE DO SEGURADO, ASSIM DECLARADO JUDICIALMENTE, BEM COMO DOENÇAS CONTRAÍDAS INTENCIONALMENTE PELO PRÓPRIO SEGURADO;**
- N) DE ATOS DOLOSOS, PRATICADOS PELO SEGURADO OU SEU REPRESENTANTE, DECORRENTES DE VIOLAÇÃO DE LEIS OU NORMAS DE EMBARGOS OU SANÇÕES**

ECONÔMICAS OU COMERCIAIS, QUE REPRESENTEM NEXO CAUSAL COM O EVENTO GERADOR DO SINISTRO; E

O) DE ATIVIDADES, TRABALHOS OU ESPORTES PERIGOSOS OU COMPORTAMENTOS DE RISCO, TAIS COMO:

- 1) PARTICIPAR EM ATOS DE GUERRA, REBELIÃO, BRIGAS, ENQUANTO O SEGURADO É O PROVOCADOR, ATOS CRIMINOSOS, MOTIM, REVOLUÇÃO OU SITUAÇÕES DE GUERRA;
- 2) PRATICAR *KITESURF* OU QUALQUER TIPO DE DESPORTO OU DE QUEDA LIVRE, MOTOCICLISMO, ESQUI, TOURADAS, MONTANHISMO, RODEIO, MERGULHO, BOXE, LUTA LIVRE, ASA-DELTA, *RAFTING*, *JET SKI*, EXPLORAÇÃO DE CAVERNAS OU *BUNGEE JUMPING*, ESPORTES DE INVERNO OU OUTRAS ATIVIDADES DE ESPORTES RADICAIS, VELOCIDADE OU LUTA; E,
- 3) PARTICIPAR EM CORRIDAS AUTOMOBILÍSTICAS, A CAVALO OU DE BICICLETA, BEM COMO TESTES OU COMPETIÇÕES DE VELOCIDADE, SEGURANÇA OU RESISTÊNCIA;
- 4) DIRIGIR MOTOCICLETAS E/OU VEÍCULOS SEMELHANTES, SEJAM AQUÁTICOS, AÉREOS OU TERRESTRES, NAS SITUAÇÕES:
  - A) DIRIGIDOS POR MOTORISTAS/PILOTOS, INCLUSIVE O SEGURADO, NÃO LEGALMENTE HABILITADOS;
  - B) VEÍCULOS OFICIAIS OU MILITARES QUE NÃO SE DESTINEM AO TRANSPORTE DE PASSAGEIROS OU AUTORIDADES;
  - C) NÃO POSSUAM AUTORIZAÇÃO DOS ÓRGÃOS COMPETENTES PARA CONDUÇÃO, VOO OU NAVEGAÇÃO, EM VIGOR;
  - D) QUANDO CONSTATADO QUALQUER ATO ILÍCITO PRATICADO PELO SEGURADO, ENVOLVENDO A UTILIZAÇÃO DO VEÍCULO; E
  - E) QUANDO O EVENTO OCORRER DURANTE O EXERCÍCIO DE UMA ATIVIDADE PROFISSIONAL DO QUAL O SEGURADO UTILIZA MOTOCICLETA E/OU VEÍCULOS SEMELHANTES, DIFERENTE DA ATIVIDADE INFORMADA NA CONTRATAÇÃO DO SEGURO.

4.2. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NO ITEM 4.1, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DAS COBERTURAS PARA ACIDENTES PESSOAIS, OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DIRETA OU INDIRETA:

- A) DE DOENÇAS, INCLUÍDAS AS PROFISSIONAIS E AS DECORRENTES DE SEQUESTROS E SUAS TENTATIVAS, BEM COMO A DOENÇA COMUMENTE CHAMADA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC, QUAISQUER QUE SEJAM SUAS CAUSAS, AINDA QUE PROVOCADAS, DESENCADEADAS OU AGRAVADAS, DIRETA OU INDIRETAMENTE, POR ACIDENTE, RESSALVADAS AS INFECÇÕES, ESTADOS SEPTICÊMICOS E EMBOLIAS, RESULTANTES DE FERIMENTO VISÍVEL CAUSADO EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO;
- B) DE INTERCORRÊNCIAS E COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS OU POR EQUIPAMENTOS, QUANDO TAIS PROCEDIMENTOS NÃO FOREM RESULTANTES DE ACIDENTES COBERTOS;
- C) DE ERROS MÉDICOS;
- D) DE PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO EM COMPETIÇÕES ILEGAIS EM AERONAVES, EMBARCAÇÕES E VEÍCULOS A MOTOR, INCLUSIVE TREINOS PREPARATÓRIOS; E
- E) DE ACIDENTE QUANDO O SEGURADO ESTIVER PRESENTE EM AERONAVE, EMBARCAÇÃO OU VEÍCULO A MOTOR QUE:

- 
- I. NÃO POSSUAM AUTORIZAÇÃO DOS ÓRGÃOS COMPETENTES PARA VOO OU NAVEGAÇÃO, EM VIGOR;
  - II. DIRIGIDOS POR PILOTOS, INCLUSIVE O SEGURADO, NÃO LEGALMENTE HABILITADOS;
  - III. OFICIAIS OU MILITARES QUE NÃO SE DESTINEM AO TRANSPORTE DE PASSAGEIROS OU AUTORIDADES.

4.3. OS DEMAIS RISCOS EXCLUÍDOS, ESPECÍFICOS POR COBERTURA, ESTÃO EXPRESSAMENTE DEFINIDOS NAS CONDIÇÕES ESPECIAIS DA RESPECTIVA COBERTURA.

#### **CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA**

---

5.1 Este Seguro abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

#### **CLÁUSULA 6 – FRANQUIA**

---

6.1. A FRANQUIA DE CADA COBERTURA, QUANDO APLICADA, ESTARÁ PREVISTA NA CONDIÇÃO ESPECIAL DE CADA COBERTURA, SENDO TAMBÉM DEFINIDA NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO E NA APÓLICE DE SEGURO.

#### **CLÁUSULA 7 – CARÊNCIA**

---

7.1. HAVERÁ CARÊNCIA NOS 2 (DOIS) PRIMEIROS ANOS DE VIGÊNCIA DO SEGURO, PARA A TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS.

7.2. O PRAZO DE CARÊNCIA SERÁ CONTADO A PARTIR DA DATA DE INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA OU EM RELAÇÃO AO VALOR DO AUMENTO DO CAPITAL SEGURADO OU DA COBERTURA INCLUÍDA, EM CASO DE ALTERAÇÃO DA VIGÊNCIA NO CONTRATO.

7.3. NÃO HÁ PRAZO DE CARÊNCIA PARA SINISTROS DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL, RESSALVADA A HIPÓTESE PREVISTA NO ITEM 7.1.

7.4. ALÉM DO PRAZO PREVISTO NO ITEM 7.1, A CARÊNCIA DE CADA COBERTURA, QUANDO APLICADA, ESTARÁ PREVISTA NA CONDIÇÃO ESPECIAL DE CADA COBERTURA, SENDO TAMBÉM DEFINIDA NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO E NA APÓLICE DE SEGURO.

#### **CLÁUSULA 8 – ACEITAÇÃO DO SEGURO**

---

8.1. A ACEITAÇÃO DO SEGURO ESTARÁ SUJEITA À ANÁLISE DO RISCO.

8.2. Poderá ser aceito como Segurado, todo Proponente que esteja, na data da contratação do seguro, em plenas condições de exercer atividade profissional, ou aposentado por idade ou tempo de serviço e que

---

se encontre em perfeitas condições de saúde, e com idade compreendida entre 18 (dezoito) anos e 70 (setenta) anos completos, na data da adesão ao seguro.

**8.2.1.** O limite de idade para inclusão de filhos e/ou enteados é de 2 (dois) anos e 17 (dezessete) anos completos, na data de adesão ao seguro.

**8.3.** A contratação ou alteração do seguro será feita mediante solicitação verbal do interessado e **apresentação de Proposta de Contratação preenchida e assinada pelo Proponente, seu representante legal ou pelo Corretor de Seguros, após o conhecimento prévio da íntegra das Condições Contratuais do seguro, devendo referida Proposta de Contratação ser protocolada na Seguradora.**

**8.3.1.** Equipara-se à solicitação verbal do interessado, a manifestação do Proponente efetuada com a utilização de Meios Remotos.

**8.4.** Este plano permite apenas contratação individual.

**8.5.** Na Proposta de Contratação deverão ser prestadas todas as informações que permitirão à Seguradora avaliar o risco. A constatação de omissões, declarações inexatas, ou circunstâncias que possam influenciar na aceitação da proposta ou na fixação do Prêmio do seguro, poderá implicar na perda do direito à Indenização, além da obrigação ao pagamento do Prêmio vencido. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé, a Seguradora terá o direito, a seu critério, de rescindir o contrato ou a cobrar a diferença do Prêmio, mesmo após a caracterização do Evento Coberto.

**8.6.** A Proposta de Contratação ou de Proposta de Endosso poderá vir acompanhada da Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividade (ou prova de saúde e/ou atividades), podendo ser compulsória ou facultativa.

**8.7.** O Proponente deverá, obrigatoriamente, fornecer à Seguradora as seguintes informações cadastrais, observadas as condições e prazos da normatização e legislação em vigor:

- a) Nome completo;
- b) Número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF;
- c) Endereço completo (logradouro, bairro, Código de Endereçamento Postal – CEP, cidade, unidade da federação);
- d) Profissão; e
- e) Faixa de renda mensal.
- f) No caso de pessoa natural residente no exterior desobrigada de inscrição no CPF, na forma definida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil, admite-se a utilização de documento de viagem na forma da Lei, devendo ser coletados, no mínimo, o país emissor, o número e o tipo do documento.

**8.8.** A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data do recebimento da Proposta de Contratação, de alteração ou renovação, para aceitá-la ou recusá-la.

**8.9.** A Seguradora, dentro do prazo estabelecido para aceite ou recusa da proposta, poderá solicitar documentos e/ou informações complementares para análise e aceitação da Proposta de Contratação. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir do primeiro dia útil subsequente a data em que se der a entrega de toda documentação e/ou informação solicitada.

**8.9.1. Serão considerados como pendentes, sem contagem de prazo, os processos de aceitação do seguro com documentação incompleta até a data do protocolo de recebimento do último documento exigido.**

**8.9.2.** A solicitação de documentos complementares poderá ocorrer apenas uma vez, durante o prazo previsto no item 8.8, desde que a Seguradora indique os fundamentos do pedido de novos elementos, para avaliação da proposta ou taxação do risco.

**8.10. A recusa do risco será comunicada pela Seguradora ao Proponente ou Corretor de Seguros, por escrito, devidamente justificada.**

**8.11. Caso tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de Prêmio, o valor do adiantamento será devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao Proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos. O valor a ser devolvido será atualizado conforme definido na CLÁUSULA 13 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS.**

**8.12.** A ausência de manifestação por escrito da Seguradora, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, caracterizará a aceitação tácita da Proposta de Contratação.

**8.13.** Durante o período compreendido entre a data da recepção da Proposta de Contratação com adiantamento do Prêmio e a data da formalização da recusa do risco, haverá cobertura pelo seguro.

**8.14.** A aceitação da proposta, alteração ou renovação se formalizará com a emissão da Apólice de Seguro pela Seguradora no início do contrato e em cada renovação, em até 15 (quinze) dias, a partir da aceitação da proposta.

**8.15.** Se o Segurado desejar alterar as condições contratadas, deverá solicitá-lo à Seguradora com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

**8.16.** A alteração será considerada efetuada somente após manifestação formal da Seguradora aceitando a alteração pedida pelo Segurado, seu representante legal ou pelo Corretor de Seguros. A simples solicitação não caracterizará, por si só, a aceitação pela Seguradora, que terá o prazo de 15 (quinze) dias corridos para manifestar-se sobre a aceitação ou recusa do risco, observado o disposto no item 8.8.

**8.17.** A contratação do seguro prova-se com a exibição da Apólice, e, na falta desta, por documento comprobatório do pagamento do respectivo Prêmio.

**8.18.** A confirmação de quitação do 1º (primeiro) pagamento enviada pela Seguradora, através de Meios Remotos, também servirá como prova da contratação do seguro.

**8.18.1. Se não houver o pagamento da 1ª (primeira) parcela do seguro até a data de seu vencimento, a contratação do seguro não será efetivada.**

---

**8.19. O Segurado poderá desistir do seguro contratado, no prazo de 7 (sete) dias corridos, contados a partir da data de emissão da Apólice de Seguro.**

**8.19.1.** Caso o Segurado exerça o direito de arrependimento previsto no item anterior, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, serão devolvidos, de imediato. A devolução será realizada pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do Prêmio, sem prejuízo de outros meios ou formas disponibilizadas pela Seguradora.

**8.20. É VEDADA A CONTRATAÇÃO DO SEGURO POR MEIO DE PROCURAÇÃO.**

---

**CLÁUSULA 9 – INÍCIO DE VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE**

---

**9.1.** As Apólices e os Endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas nos respectivos documentos.

**9.1.1.** Nos contratos cujas Propostas tenham sido recepcionadas **com o pagamento antecipado, total ou parcial, do valor do prêmio**, o início de vigência da cobertura terá início a partir as 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção da Proposta pela seguradora ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

**9.1.2.** Nos contratos cujas Propostas tenham sido recepcionadas, **sem pagamento antecipado de prêmio**, a vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da Proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

**9.2.** O início de vigência da(s) Cobertura(s) contratada(s) e/ou da alteração de Capital Segurado, ocorridas durante a vigência da Apólice, acompanhará o início de vigência do novo Prêmio.

**9.3.** O prazo de vigência da Apólice será de 60 (sessenta) meses, podendo ser renovada automaticamente uma única vez, por igual período contratado inicialmente, salvo se a Seguradora ou o Segurado, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, contados da data de vencimento da Apólice, comunicar por escrito o desinteresse pela continuidade.

**9.4.** As renovações posteriores a primeira não serão automáticas e ocorrerão mediante Proposta de Endosso de Renovação, assinada entre as Partes, e nova subscrição do risco e/ou atividade, e preenchimento de nova DPS – Declaração Pessoal de Saúde.

**9.5.** A aceitação da proposta, bem como de cada alteração ou renovação, implicará na emissão e envio do respectivo Endosso ou Apólice de seguro, quando for o caso, pela Seguradora. **Em caso de inexatidão das informações da Apólice, o Segurado deverá comunicar imediatamente a Seguradora para a sua regularização. Caso seja comprovado que as informações inexatas da Apólice são decorrentes das declarações do Proponente imputadas na Proposta de Contratação, e não havendo a correção imediata das informações após o recebimento da Apólice, o Segurado poderá perder o direito à Indenização.**

---

**9.6. 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.**

## **CLÁUSULA 10 – PAGAMENTO DE PRÊMIO**

---

**10.1. O valor do Prêmio inicial será determinado quando da contratação do seguro, em função da idade do Segurado no momento da contratação, do plano contratado, do Capital Segurado e da periodicidade de pagamento do Prêmio, definidos na Proposta de Contratação.**

**10.2. Para garantir seu direito à Cobertura, o Segurado deverá efetuar o pagamento do Prêmio do seguro, respeitada a forma e periodicidade escolhida na Proposta de Contratação, até a data de seu vencimento.**

**10.3. O Segurado poderá optar entre a forma de pagamento por **débito em conta corrente, nos bancos credenciados da Seguradora, por débito em cartão de crédito ou por meio de ficha de compensação bancária, devendo constar na Proposta de Contratação a opção escolhida pelo Segurado.****

**10.3.1. Nos casos de opção de pagamento por débito em conta, o Prêmio será debitado na data de vencimento definida pelo Segurado na Proposta de Contratação.**

**10.3.2. Para os casos de opção de pagamento por fatura do cartão de crédito, o Prêmio será debitado no vencimento da fatura do cartão.**

**10.3.3. E nos casos de opção de pagamento por ficha de compensação bancária, a data de vencimento será definida pelo Segurado na Proposta de Contratação.**

**10.4. A SUSPENSÃO DA AUTORIZAÇÃO DO DÉBITO EM CONTA OU EM FATURA DE CARTÃO DE CRÉDITO PODERÁ CARACTERIZAR INADIMPLÊNCIA DO SEGURADO, SENDO APLICADO O DISPOSTO NA CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DA APÓLICE.**

**10.5. Quanto a periodicidade de pagamento do Prêmio, que constará da Proposta de Contratação, conforme mencionado no item 10.3 acima, este poderá ser mensal ou anual, sendo que este último poderá ser “à vista” ou fracionado.**

**10.5.1. Em caso de pagamento fracionado do Prêmio, o Segurado poderá antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a consequente redução proporcional dos juros pactuados, quando couber.**

**10.5.2. Para os Prêmios fracionados, a data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da Apólice.**

**10.5.3. Não será permitida cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento.**

- 
- 10.6.** Durante a vigência da Apólice, o Segurado poderá solicitar a substituição da periodicidade e/ou da forma de pagamento do Prêmio, respeitada e observada a existência de parcela em aberto, que permita a referida alteração.
- 10.7.** Caso a data estabelecida para pagamento do Prêmio do seguro corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o Segurado poderá efetuar o pagamento do Prêmio no 1º (primeiro) dia útil subsequente em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas Coberturas, e sem acréscimo de valor.
- 10.8.** Em caso de atraso no pagamento do Prêmio será observado o disposto nos itens da **CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DA APÓLICE** e **CLÁUSULA 18 – PERDA DE DIREITOS**.
- 10.9.** **NÃO HAVERÁ DEVOLUÇÃO OU RESGATE DE PRÊMIOS NO SEGURO, RESPEITADA A VIGÊNCIA DOS PRÊMIOS PAGOS, EM CASO DE NÃO RENOVAÇÃO OU CANCELAMENTO DA APÓLICE, CONFORME O DISPOSTO NAS CLÁUSULAS 9 – INÍCIO DE VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE E 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DA APÓLICE.**
- 10.10.** Os tributos incidentes sobre o valor do Prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar.

#### **CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DA APÓLICE**

---

- 11.1.** O NÃO PAGAMENTO DO PRÊMIO ÚNICO OU DA 1ª (PRIMEIRA) PARCELA DO PRÊMIO RESPEITADA A PERIODICIDADE DEFINIDA EM CONTRATO, ATÉ A DATA DE SEU VENCIMENTO, CARACTERIZA A NÃO EFETIVAÇÃO DA CONTRATAÇÃO DO SEGURO.
- 11.2.** EM CASO DE ATRASO DE PAGAMENTO DE QUALQUER PARCELA POSTERIOR À 1ª (PRIMEIRA), INICIARÁ A CONTAGEM DE PRAZO DE TOLERÂNCIA DE 60 (SESENTA) DIAS PARA REGULARIZAÇÃO DO PAGAMENTO, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE VENCIMENTO DO 1º (PRIMEIRO) PRÊMIO INADIMPLENTE.
- 11.2.1.** Não sendo regularizado o pagamento do prêmio do seguro durante o prazo de tolerância concedido, a seguradora encaminhará notificação ao segurado, para adverti-lo quanto a necessidade de quitação das parcelas em atraso, com os seus encargos devidos, no prazo de até 10 (dez) dias, contados da data de seu recebimento, sob pena de cancelamento do seguro.
- 11.3. PARA OS CASOS DE OPÇÃO POR PAGAMENTO DE PRÊMIO MENSAL OU ANUAL À VISTA:**
- 11.3.1.** DURANTE O PRAZO DE TOLERÂNCIA, DESCRITO NO ITEM 13, ESTARÃO COBERTOS OS SINISTROS OCORRIDOS DURANTE A INADIMPLÊNCIA, PORÉM O PAGAMENTO

---

DA INDENIZAÇÃO FICARÁ CONDICIONADO AO RECEBIMENTO DO(S) PRÊMIO(S) DEVIDO(S), COM OS ENCARGOS PREVISTOS NA CLAUSULA 13 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS, OU, QUANDO FOR O CASO, A SEGURADORA PODERÁ ABATER O(S) PRÊMIO(S) DEVIDO(S) DA INDENIZAÇÃO PAGA AO(S) BENEFICIÁRIO(S).

11.3.2. APÓS O TÉRMINO DO PRAZO DE TOLERÂNCIA, MENCIONADO NO ITEM 11.2, SEM QUE TENHA HAVIDO O PAGAMENTO DO(S) PRÊMIO(S) EM ATRASO O SEGURO SERÁ AUTOMATICAMENTE CANCELADO.

11.4. PARA OS CASOS DE OPÇÃO POR PAGAMENTO DE PRÊMIO ANUAL FRACIONADO:

11.4.1. NA FALTA DE PAGAMENTO DE PARCELA POSTERIOR À PRIMEIRA, O PRAZO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL SERÁ AJUSTADO EM FUNÇÃO DO PRÊMIO EFETIVAMENTE PAGO, TOMANDO-SE POR BASE O CÁLCULO *PRO RATA TEMPORIS*.

11.4.2. RESTABELECIDO O PAGAMENTO DO PRÊMIO FICARÁ RESTAURADO O PRAZO ORIGINAL DE VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL.

11.4.3. CASO NÃO HAJA PAGAMENTO DO PRÊMIO DURANTE O PRAZO DE TOLERÂNCIA DESCRITO NO ITEM 11.2, O SEGURO ESTARÁ AUTOMATICAMENTE CANCELADO, RESPEITANDO-SE A VIGÊNCIA AJUSTADA, CONFORME DESCRITO NO SUBITEM 11.4.1.

11.5. SENDO O SEGURO CANCELADO, ELE NÃO PODERÁ MAIS SER RESTABELECIDO. HAVENDO INTERESSE DEVERÁ SER CONTRATADO UM NOVO SEGURO COM FIEL OBSERVÂNCIA DE TODOS OS PRÉ-REQUISITOS PARA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DO PROPONENTE NO SEGURO, CONFORME DISPOSTO NA CLÁUSULA 8 – ACEITAÇÃO DO SEGURO. EM CASO DE NOVA CONTRATAÇÃO, EM HIPÓTESE ALGUMA SERÁ ADMITIDO QUALQUER VÍNCULO COM O SEGURO CANCELADO POR FALTA DE PAGAMENTO.

11.6. OS PRÊMIOS EM ATRASO SERÃO COBRADOS PELA SEGURADORA DE UMA SÓ VEZ E REAJUSTADOS CONFORME PREVISTO NA CLAUSULA 13 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS.

11.7. A rescisão do seguro poderá ser realizada mediante acordo entre as partes contratantes, exceto para os casos de cancelamento por inadimplência.

11.8. A rescisão total ou parcial do seguro poderá ser realizada a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes, mas sempre com a concordância recíproca, desde que tal intenção seja devidamente solicitada a outra parte, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data de vencimento da próxima parcela do seguro, a fim de evitar que tal parcela seja cobrada/debitada.

11.8.1. Caso a(o) cobrança/débito seja efetuada(o), a Seguradora providenciará a devolução do valor, se devido, observando o disposto no subitem abaixo.

---

11.8.2. No caso de existir(em) parcela(s) pendente(s) em débito em conta corrente ou cartão de crédito e não houver tempo hábil para bloquear a cobrança da próxima parcela, a Seguradora providenciará a devolução do valor pago.

11.9. Na hipótese de cancelamento, a Seguradora reterá do Prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido entre o início de vigência e a data de emissão do cancelamento, calculado na base *Pro Rata Temporis*.

11.10.A Apólice não poderá ser cancelada durante o prazo de vigência pela Seguradora, sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

11.11.A Apólice será cancelada, sem qualquer restituição de Prêmio e emolumentos, nas seguintes situações:

- a) No final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada, respeitado o período correspondente ao Prêmio pago, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente;
- b) Pelo descumprimento, por parte do Segurado, de qualquer cláusula/disposição das Condições Contratuais da Apólice;
- c) Se houver dolo, fraude ou sua tentativa pelo Segurado, seu representante legal, Beneficiário ou Corretor, devidamente comprovada na contratação do seguro, durante a sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a Indenização;
- d) Com o pagamento total do Capital Segurado contratado, quando a Cobertura indenizada prever, em suas Condições Especiais, a extinção da Apólice contratada; e
- e) Imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas na CLÁUSULA 18 – PERDA DE DIREITOS.

11.12. Além das situações mencionadas anteriormente, a Apólice estará automaticamente cancelada:

- a) Com o falecimento do Segurado Titular;
- b) Na data em que for protocolado na Seguradora o PEDIDO DE CANCELAMENTO feito pelo Segurado ou o cancelamento ocorrer a pedido da Seguradora; e
- c) Por falta de pagamento do Prêmio, respeitado o que dispõe na CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO.

## CLÁUSULA 12 – CAPITAL SEGURADO

---

12.1. O Capital Segurado contratado para cada uma das Coberturas corresponderá ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Evento Coberto, **respeitadas as Condições Contratuais e os limites estabelecidos para cada Cobertura contratada** e será estabelecido na Apólice.

12.2. O Segurado, a qualquer tempo, poderá solicitar à Seguradora a emissão de Endosso para alteração dos limites dos capitais estabelecidos na Apólice, ficando a critério da Seguradora novo processo de subscrição do risco e/ou de atividade, e sua aceitação mediante o pagamento de Prêmio adicional, se o caso.

**12.2.1.** Os pedidos de alterações dos limites de Capital Segurado deverão ser formalizados à Seguradora, que o analisará, mediante assinatura de Proposta, **respeitado os prazos previstos na CLÁUSULA 8 – ACEITAÇÃO DO SEGURO.**

**12.3.** Todos os valores são expressos em moeda corrente nacional.

## **CLÁUSULA 13 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS**

**13.1.** Sujeitam-se à atualização monetária pela variação do Índice de Preço ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE), ou no caso de sua extinção o Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas - IGP-M/FGV, sendo calculado com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de obrigação de pagamento ou restituição e aquele publicado imediatamente antes da data de sua efetiva liquidação:

- a) Os valores devidos a título de devolução de prêmios;
- b) O valor devido a título de indenização.
- c) capitais segurados e prêmios

**13.2.** Os juros moratórios serão equivalentes aos praticados no mercado financeiro.

**13.3.** A atualização monetária, com base na variação do índice estabelecido no item **13.1** desta cláusula, será devida para as seguintes situações:

**13.3.1.** Os Capitais Segurados de todas as Coberturas contratadas e seus respectivos Prêmios sofrerão atualizações monetárias anualmente, com base na variação positiva acumulada dos últimos 12 (doze) meses conforme índice definido no item 13.1, apurado com até 2 (dois) meses de antecedência ou conforme prazo indicado na comunicação referente a atualização de valores.

**13.3.2.** Os valores devidos a título de devolução de Prêmio sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice definido no item 13.1, a partir da data em que se tornarem exigíveis até a data de sua efetiva devolução, considerando que:

**13.3.2.1. No Caso de Cancelamento do Contrato:** a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento;

**13.3.2.2. No Caso de Recebimento Indevido de Prêmio:** a partir da data de recebimento do respectivo Prêmio;

**13.3.2.3. No Caso de Recusa da Proposta:** a partir da data do recebimento do prêmio ou da contribuição .

**13.3.3.** Os Prêmios em atraso sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice a partir da data de vencimento da parcela até a data do seu efetivo pagamento.

**13.3.4.** Os valores das Indenizações de Sinistros sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice, a partir da data de ocorrência do evento – ou, se for o caso de reembolso, a partir do dispêndio – até a data do efetivo pagamento, **somente quando a Seguradora não cumprir o prazo de 30 (trinta) dias fixado para pagamento da indenização.**

**13.4.** Os juros moratórios serão calculados “*Pro Rata Temporis*”, contados a partir do primeiro dia útil posterior a data definida para cada previsão até a data do seu efetivo pagamento.

**13.5.** O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

## **CLÁUSULA 14 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO**

**14.1** O Prêmio deste seguro será calculado com base na idade do Proponente no momento da contratação do seguro.

**14.1.1.** Anualmente, a contar da data de início da vigência da Apólice, o valor do Prêmio das seguintes Coberturas será reajustado em função da mudança de idade do Segurado:

a) Doenças Graves – DG.

**14.2.** Além do reajuste a que se refere o item acima, anualmente, na mesma data, haverá atualização monetária do Capital Segurado, e conseqüentemente do Prêmio, conforme previsto na **CLÁUSULA 13 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS.**

## **CLÁUSULA 15 – CUSTEIO DO SEGURO**

**15.1.** O custeio do Prêmio do seguro será integralmente pago pelo Segurado.

## **CLÁUSULA 16 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS**

**16.1.** Ocorrendo qualquer um dos Eventos Cobertos pelo seguro, o Segurado ou seu representante legal ou seu Beneficiário deverá comunicar imediatamente o Sinistro à Seguradora, por meio da Central de Atendimento da Seguradora.

**16.2.** Para a análise e regulação do Sinistro deverão ser apresentados os documentos básicos relacionados abaixo:

**16.2.1.** Documentação para qualquer evento:

a) Cópia do RG ou do RNE – Registro Nacional para Estrangeiros e do CPF do Segurado que sofreu o Sinistro.;

b) Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado sinistrado e indicação de número de telefone (com DDD) da pessoa que abriu o Aviso de Sinistro (solicitante). Caso

o Segurado não possua comprovante de residência em nome próprio, poderá encaminhar declaração simples assinada pelo solicitante, informando o local onde reside junto ao comprovante de endereço de terceiros;

- c) No caso do Segurado representado, documento que comprove a condição de representante legal do solicitante;
- d) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado por cada um do(s) Beneficiário(s) individualmente; e
- e) Formulário de Autorização de Pesquisa Médica assinado pelo(s) Beneficiário(s), se cabível.

**16.2.2. O(s) Beneficiário(s) indicado(s) pelo Segurado, além dos documentos descritos nos subitens 16.2.1 e 16.2.2, deverão apresentar também os seguintes documentos:**

- a) Cópias de RG(s) ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF(s) de cada Beneficiário. Na falta do RG ou CPF do(s) Beneficiário(s), poderá(ão) ser enviada(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento;
- b) Se o Cônjuge for o Beneficiário do seguro é necessário o envio da Certidão de Casamento, extraída no cartório após o óbito, **necessária somente** caso o estado civil do Segurado seja casado, divorciado, separado ou viúvo;
- c) Em caso do Companheiro(a) ser Beneficiário é necessária Declaração que comprove união estável ou condição equiparada, firmada em cartório, ou emitida pelo órgão previdenciário ou cópia da declaração de imposto de renda onde conste que o Companheiro(a) seja dependente do Segurado; e
- d) Cópia do(s) comprovante(s) de residência em nome do(s) Beneficiário(s) e indicação de número de telefone (com DDD) para contato. Caso o Beneficiário não possua comprovante de residência em nome próprio poderá encaminhar declaração simples assinada pelo solicitante (quem abriu o Aviso de Sinistro), informando o local onde reside junto ao comprovante de endereço de terceiros.

**16.2.3. Na falta de Beneficiário(s) indicado(s) pelo Segurado, o(s) Beneficiário(s) legal(is), além dos documentos descritos nos subitens 16.2.1 e 16.2.2, deverão apresentar e enviar à Seguradora os seguintes documentos:**

- a) Declaração de Único(s) herdeiro(s) legal(is), preenchida e assinada pelo(s) familiar(es) consanguíneo(s), na presença de duas testemunhas qualificadas, com firma reconhecida das firmas em cartório, informando quem são os únicos herdeiros legais do Segurado, contendo o nome completo, suas respectivas datas de nascimento e qual o vínculo com o Segurado (Filho, irmão, sobrinho, etc.).

**16.3. Para análise e regulação do Sinistro é imprescindível a apresentação, além dos documentos mencionados no item 16.2 desta cláusula, dos documentos relacionados na cláusula de LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO das Condições Especiais de cada uma das Coberturas contratadas.**

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

- 
- 16.5. O SEGURADO ACIDENTADO DEVERÁ RECORRER IMEDIATAMENTE, A SUA CUSTA, AOS SERVIÇOS DE MÉDICOS LEGALMENTE HABILITADOS, SUBMETENDO-SE AO TRATAMENTO EXIGIDO PARA UMA CURA COMPLETA.**
- 16.6. AS DESPESAS EFETUADAS COM A COMPROVAÇÃO DO SINISTRO E DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO CORRERÃO POR CONTA DO SEGURADO OU DE SEU(S) BENEFICIÁRIO(S), SALVO AS DIRETAMENTE REALIZADAS PELA SEGURADORA.**
- 16.7. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora proporá ao Segurado a constituição de junta médica, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação.**
- 16.8. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos 2 (dois) nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do Médico que tiver designado; e os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.**
- 16.8.1.** Havendo divergência sobre a escolha do Médico desempatador, a designação será solicitada à entidade médica representativa da especialidade.
- 16.9.** O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro pelo Segurado.
- 16.10. O NÃO COMPARECIMENTO DO MÉDICO INDICADO PELAS PARTES SERÁ REGISTRADO EM ATA PELOS MÉDICOS QUE COMPARECEREM. SE FICAR COMPROVADO QUE UMA DAS PARTES IMPEDIU INTENCIONALMENTE A REALIZAÇÃO DE NOVA JUNTA, ESTA DEVERÁ ARCAR INTEGRALMENTE COM AS DESPESAS DA NOVA CONSTITUIÇÃO, SALVO CONVENÇÃO EM CONTRÁRIO.**
- 16.11. A Seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica no Segurado a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.**
- 16.12. A perícia será efetuada por Médico designado pela Seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o Segurado.**
- 16.13. A Seguradora não aceitará que seja nomeado como Médico Assistente o próprio Segurado, seu Cônjuge/Companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, pagamento de Capital Segurado por parte da Seguradora.**
- 16.14. A RECUSA DO SEGURADO EM SE SUBMETER A REALIZAÇÃO DA JUNTA MÉDICA E/OU DA PERÍCIA MÉDICA ENSEJARÁ NO ARQUIVAMENTO ADMINISTRATIVO DO PROCESSO DE SINISTRO, SUSPENDENDO O PRAZO PREVISTO NO ITEM 16.16 ABAIXO, EM FACE DA IMPOSSIBILIDADE DA CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ, PODENDO SER REABERTO A QUALQUER TEMPO, CASO MUDE DE DECISÃO, OBSERVADO O PRAZO PRESCRICIONAL PREVISTO EM LEI.**

- 
- 16.15.** O Segurado, ao fazer contratação do seguro, autoriza a perícia médica da Seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, a empreender visita hospitalar ou domiciliar e a requerer e a proceder a exames físicos e complementares. Os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para a Seguradora por meio de seu Médico Assistente.
- 16.16.** A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a liquidação do Sinistro, contados da data em que lhe tiverem sido entregues todos os documentos e informações previstas no item 16.2 e na respectiva Condição Especial da Cobertura.
- 16.17.** A Seguradora se reserva ao direito de solicitar quaisquer documentos ou exames complementares além dos mencionados no item 16.2 e nas respectivas Condições Especiais das Coberturas contratadas, mediante dúvida fundada e justificável. Neste caso, será suspensa a contagem do prazo de 30 (trinta) dias de que trata o item 16.8, voltando a correr a contagem do prazo a partir do 1º (primeiro) dia útil subsequente àquele em que ocorrer a entrega protocolada do que tiver sido solicitado.
- 16.18.** SERÃO CONSIDERADOS COMO PENDENTES, SEM CONTAGEM DE PRAZO PARA PAGAMENTO, OS PROCESSOS DE SINISTRO COM DOCUMENTAÇÃO INCOMPLETA ATÉ A DATA DO PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DO ÚLTIMO DOCUMENTO EXIGIDO.
- 16.19.** A NÃO ENTREGA DOS DOCUMENTOS SOLICITADOS, EM ATÉ 90 (NOVENTA) DIAS, SEM QUALQUER JUSTIFICATIVA, ENSEJARÁ NO ARQUIVAMENTO DO PROCESSO ADMINISTRATIVAMENTE. O PROCESSO PODERÁ SER REABERTO A QUALQUER TEMPO, MEDIANTE SOLICITAÇÃO DO BENEFICIÁRIO COM A APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS, OBSERVADO O PRAZO PRESCRICIONAL PREVISTO EM LEI.
- 16.20.** Será efetuada a atualização dos valores das Indenizações a serem pagas desde a data da última atualização aplicada sobre o Capital Segurado até a data da ocorrência do evento gerador do Sinistro, conforme previsto na CLÁUSULA 13 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS.
- 16.21.** VENCIDO O PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS PARA A REGULAÇÃO DO SINISTRO, APÓS ENTREGA DE TODA A DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÕES SOLICITADAS, AS INDENIZAÇÕES SERÃO ATUALIZADAS CONFORME ESTABELECIDO NA CLÁUSULA 13 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS.
- 16.22.** A Indenização de qualquer uma das Coberturas contratadas será paga sob a forma de parcela única, em moeda corrente e em território nacional.
- 16.23.** Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de Sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

---

## **CLÁUSULA 17 – BENEFICIÁRIOS**

---

**17.1. O(s) Beneficiário(s) de cada uma das Coberturas será(ão) estabelecido(s) nas respectivas Condições Especiais.**

**17.1.1 Na falta de indicação expressa de Beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que foi feita, serão Beneficiários aqueles designados por lei, ou seja, metade ao Cônjuge não separado judicialmente e o restante aos herdeiros legais do Segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária.**

**17.1.2. Para efeitos deste seguro, a(o) Companheira(o) será equiparado ao Cônjuge, caso seja comprovada a união estável e que o Segurado era solteiro(a) ou separado(a) de fato.**

**17.2. Em caso de falecimento do único Beneficiário(a) indicado na Proposta de Contratação e na Apólice de seguro, antes do óbito do Segurado (premoriência), sem que tenha havido nova indicação em seu lugar, o Capital Segurado será pago aos Beneficiários legais do Segurado, conforme subitem 17.1.1.**

**17.3. Em caso de falecimento de um dos Beneficiários indicados na Proposta de Contratação e na Apólice de seguro antes do óbito do Segurado (premoriência) e não tenha sido indicado novo Beneficiário em seu lugar, será aplicada a cláusula de reversão, com a distribuição do Capital Segurado destinado ao Beneficiário pré-morto entre os demais Beneficiários indicados, respeitada a proporcionalidade conferida pelo Segurado a cada um, de forma a preservar a manifestação de vontade do Segurado.**

**17.4. Em caso de falecimento simultâneo do Segurado com um dos Beneficiários, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro (comoriência), serão aplicadas as mesmas regras dos itens 17.2 e 17.3, considerando que o Beneficiário comoriente não adquire qualquer direito ao Capital Segurado.**

**17.5. EM CASO DE INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIO IMPEDIDO POR LEI OU QUE TENHA PROVOCADO DOLOSAMENTE A MORTE DO SEGURADO, OU AINDA, NA IMPOSSIBILIDADE DE PAGAMENTO AO(S) BENEFICIÁRIO(S) INDICADO(S), A(S) PARTE(S) DO CAPITAL SEGURADO QUE CABERIA(M) A ESTE(S) SERÁ(ÃO) PAGA(S) AOS DEMAIS BENEFICIÁRIOS INDICADO(S), EM PARTES PROPORCIONAIS, RESPEITADO O PERCENTUAL ORIGINALMENTE DEFINIDO PELO SEGURADO E, NA FALTA DE OUTROS BENEFICIÁRIOS, SERÁ PAGO CONFORME LEGISLAÇÃO EM VIGOR.**

**17.6. TODO SEGURADO TEM O DIREITO DE INDICAR NA RESPECTIVA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO O(S) BENEFICIÁRIO(S) DO SEGURO.**

**17.7. SE O SEGURADO NÃO RENUNCIAR À FACULDADE, PODERÁ, A QUALQUER TEMPO DURANTE A VIGÊNCIA DA APÓLICE, SUBSTITUIR O(S) BENEFICIÁRIO(S) ANTERIORMENTE INDICADO(S), MEDIANTE SOLICITAÇÃO EXPRESSA POR ESCRITO À SEGURADORA, OBSERVADAS AS RESTRIÇÕES LEGAIS.**

**17.7.1. QUALQUER ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO SOMENTE TERÁ VALIDADE NO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL SUBSEQUENTE À DATA DE PROTOCOLO NA SEGURADORA, DA SOLICITAÇÃO DEVIDAMENTE ASSINADA PELO SEGURADO.**

**17.7.2. EM CASO DE NÃO RECEBIMENTO DA FORMALIZAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO TEMPESTIVAMENTE E DEVIDAMENTE ASSINADA PELO SEGURADO E/OU SEU REPRESENTANTE LEGAL, COM A IDENTIFICAÇÃO DA APÓLICE E/OU PROPOSTA, A SEGURADORA APLICARÁ A DISTRIBUIÇÃO DO CAPITAL SEGURADO CONFORME A INDICAÇÃO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DO EVENTO COBERTO.**

**17.8. NÃO SERÁ ADMITIDA A INDICAÇÃO OU SUBSTITUIÇÃO DE BENEFICIÁRIO POR PROCURAÇÃO.**

**17.9. No caso de sinistro ocorrido com o Filho, parte integrante do seguro, o beneficiário será o Titular do Seguro.**

## **CLÁUSULA 18 – PERDA DE DIREITOS**

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

- A) AGRAVAR(EM) INTENCIONALMENTE O RISCO;**
- B) FIZER(EM) DECLARAÇÕES INEXATAS OU OMITIR(EM) CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DA PROPOSTA OU NO VALOR DO PRÊMIO. NESTE CASO, O SEGURADO TAMBÉM FICARÁ OBRIGADO AO PAGAMENTO DO PRÊMIO VENCIDO;**
- C) FALTAR(EM) COM O CUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES AJUSTADAS NESTE SEGURO;**
- D) PRATICAR DOLO, FRAUDE CONSUMADA OU SUA TENTATIVA, SIMULAÇÃO OU CULPA GRAVE TANTO NA CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUANTO DURANTE A SUA VIGÊNCIA, OU AINDA PARA OBTER OU MAJORAR A INDENIZAÇÃO.**

**18.2. SE A INEXATIDÃO OU A OMISSÃO NAS DECLARAÇÕES NÃO RESULTAR DE MÁ-FÉ DO SEGURADO, SEUS PREPOSTOS, SEUS BENEFICIÁRIOS, SEU CORRETOR DE SEGUROS OU SEUS REPRESENTANTES LEGAIS, A SEGURADORA PODERÁ:**

**I. NA HIPÓTESE DE NÃO OCORRÊNCIA DE EVENTO COBERTO:**

- A) CANCELAR O SEGURO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, A PARCELA PROPORCIONAL AO TEMPO DECORRIDO; OU**
- B) MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA.**

**II. NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO PARCIAL DO CAPITAL SEGURADO:**

- A) CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, ACRESCIDO DA DIFERENÇA CABÍVEL, A PARCELA CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO TEMPO DECORRIDO; OU
- B) MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA PARA RISCOS FUTUROS.

**III. NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO INTEGRAL DO CAPITAL SEGURADO, CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, SEM PREJUÍZO DE COBRANÇA DA DIFERENÇA DE PRÊMIO DEVIDO.**

**18.3. TAMBÉM HAVERÁ A PERDA DO DIREITO AO CAPITAL SEGURADO, PELO SEGURADO, BENEFICIÁRIO, SEU(S) PREPOSTO(S), CORRETOR E SEU(S) RESPECTIVO(S) REPRESENTANTE(S) LEGAL(IS), NA PRÁTICA DOS SEGUINTE CASOS:**

- A) UTILIZAÇÃO DE DECLARAÇÕES FALSAS, SIMULAÇÃO DE ACIDENTE OU AGRAVAMENTO DAS SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA OBTER OU AUMENTAR A INDENIZAÇÃO;
- B) FRAUDE OU TENTATIVA DE FRAUDE, INCLUSIVE EM LAUDOS MÉDICOS QUE JUSTIFIQUEM FALSAS MOLÉSTIAS OU FALSAS DATAS DE INÍCIO DE MOLÉSTIAS; OU
- C) TENTATIVA DE IMPEDIR OU DIFICULTAR QUALQUER EXAME OU DILIGÊNCIA DA SEGURADORA NA ELUCIDAÇÃO DO EVENTO COBERTO.

**18.4. O SEGURADO É OBRIGADO A COMUNICAR À SEGURADORA, LOGO QUE SAIBA, DE TODO E QUALQUER INCIDENTE SUSCETÍVEL DE AGRAVAR CONSIDERAVELMENTE O RISCO COBERTO, SOB PENA DE PERDER O DIREITO À COBERTURA, SE PROVADO QUE SILENCIOU-SE DE MÁ-FÉ, CONFORME LEGISLAÇÃO EM VIGOR.**

**18.4.1. RECEBIDA A COMUNICAÇÃO FORMALIZADA A RESPEITO DE QUALQUER INCIDENTE, SEM CULPA DO SEGURADO, A SEGURADORA PODERÁ CANCELAR O SEGURO, MEDIANTE COMUNICAÇÃO POR ESCRITO AO SEGURADO, DESDE QUE O FAÇA NO PRAZO MÁXIMO DE 15 (QUINZE) DIAS APÓS O RECEBIMENTO DO AVISO DE AGRAVAÇÃO DO RISCO.**

**18.4.1.1. ENTENDE-SE COMO ALTERAÇÃO DE RISCO OCORRÊNCIAS COMO: MODIFICAÇÃO DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO, ESPECIALMENTE NO QUE DIZ RESPEITO A ATIVIDADE/PROFISSÃO DO SEGURADO E A DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADES PREENCHIDA PELO SEGURADO.**

**18.4.2. O CANCELAMENTO DO SEGURO SÓ SERÁ EFICAZ 30 (TRINTA) DIAS APÓS A NOTIFICAÇÃO, DEVENDO SER RESTITUÍDA A DIFERENÇA DO PRÊMIO, CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO PERÍODO A DECORRER.**

---

## CLÁUSULA 19 – REGIME FINANCEIRO

---

- 19.1. Este plano de seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto, não haverá devolução ou resgate de Prêmios de seguro ao Segurado ou ao Beneficiário.
- 19.2. No Regime Financeiro de Repartição Simples, os Prêmios pagos por todos os Segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar todas as Indenizações decorrentes dos eventos ocorridos naquele período, portanto, não existe constituição de Provisão Matemática de Benefícios a Conceder ou Reserva Técnica em nome de cada Segurado, para ser devolvida em caso de cancelamento do seguro, ou seja, **não há devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou ao Beneficiário.**

---

## CLÁUSULA 20 – PUBLICIDADE E PROMOÇÃO

---

- 20.1. A publicidade e a divulgação do seguro, por parte do Corretor de seguros, somente poderá ser feita com autorização prévia, expressa, e de supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as condições da Apólice e as normas de seguro. Fica a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas respectivas divulgações **por ela expressamente autorizada.**
- 20.2. **A divulgação do seguro sem a prévia autorização da Seguradora, por escrito, poderá implicar na suspensão da aceitação de novas contratações e/ou no cancelamento do seguro.**

---

## CLÁUSULA 21 – PRESCRIÇÃO

---

- 21.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

---

## CLÁUSULA 22 – FORO

---

- 22.1. Fica eleito o Foro da Comarca de domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso, para dirimir eventuais litígios decorrentes do presente contrato.

---

## CLÁUSULA 23 – DISPOSIÇÕES GERAIS

---

- 23.1. **O REGISTRO DO PRODUTO É AUTOMÁTICO E NÃO REPRESENTA APROVAÇÃO OU RECOMENDAÇÃO POR PARTE DA SUSEP.**
- 23.2. **O SEGURADO PODERÁ CONSULTAR A SITUAÇÃO CADASTRAL DE SEU CORRETOR DE SEGUROS, NO SITE [WWW.SUSEP.GOV.BR](http://WWW.SUSEP.GOV.BR).**
- 23.3. **QUALQUER ALTERAÇÃO NAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS EM VIGOR DEVERÁ SER REALIZADA POR ENDOSSO À APÓLICE, COM A SOLICITAÇÃO DEVIDAMENTE**

---

FORMALIZADA PELO SEGURADO, SEU REPRESENTANTE OU POR SEU CORRETOR DE SEGUROS.

23.4. AS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DESTE PRODUTO PROTOCOLADAS PELA SEGURADORA JUNTO À SUSEP PODERÃO SER CONSULTADAS NO ENDEREÇO ELETRÔNICO [WWW.SUSEP.GOV.BR](http://WWW.SUSEP.GOV.BR), DE ACORDO COM O NÚMERO DE PROCESSO CONSTANTE DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO.

23.5. A ACEITAÇÃO DA PROPOSTA ESTÁ SUJEITA À ANÁLISE DO RISCO.

---

## CONDIÇÕES ESPECIAIS

---

### COBERTURA BÁSICA DE DOENÇAS GRAVES – DG

---

#### CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA

---

1.1. Esta Cobertura, mediante o pagamento de Prêmio, garante ao próprio Segurado, o pagamento de Indenização, limitada ao valor do Capital Segurado contratado, **em decorrência do primeiro diagnóstico de uma das doenças previstas na CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES E RISCOS COBERTOS desta Condição Especial**, durante o período de vigência da Apólice, **observados os Riscos expressamente Excluídos e as demais disposições contratuais**.

#### CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES E RISCOS COBERTOS

---

2.1. Além das definições indicadas na CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais, também se aplicam à presente Cobertura, as seguintes definições:

##### A) Segurado Titular

**2.1.1. Câncer:** Neoplasia maligna caracterizada pelo crescimento e multiplicação descontrolada de células malignas, e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por exame histológico conclusivo. Exceto se houver exclusão específica, a definição de câncer também inclui leucemia, linfoma e síndrome mielodisplásica. Por esta definição, estão cobertas todas as neoplasias malignas metastáticas (metástases loco regionais ou a distância).

**2.1.2. Infarto Agudo do Miocárdio:** Morte do músculo cardíaco resultante de uma obstrução prolongada do fluxo sanguíneo. A caracterização de infarto do miocárdio se baseia no comportamento (elevação / curva) dos marcadores de necrose miocárdica (troponina ou, na falta, CKMB) para níveis considerados diagnósticos de infarto do miocárdio, em associação com pelo menos dois dos seguintes critérios:

- Sintomas de isquemia miocárdica aguda: p.ex. dor torácica.
- Alterações no eletrocardiograma (ECG) indicativas de isquemia recente: mudanças recentes no segmento ST, mudanças recentes na onda T ou novo bloqueio de ramo esquerdo.
- Desenvolvimento de ondas Q patológicas no ECG.

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

- Instalação aguda de novos sintomas neurológicos, e
- Constatação de novos déficits neurológicos objetivos no exame clínico.

O déficit neurológico deve ser considerado permanente (sequela definitiva) e passível de verificação 90 dias após a data do diagnóstico. O diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista e embasado por exames de imagem.

- 
- 2.1.4. Cirurgia de Revascularização do Miocárdio com Implante de Ponte Vascular (Bypass):** Cirurgia cardíaca para correção de estreitamento ou oclusão de uma ou mais artérias coronarianas com o implante de enxerto vascular (bypass). A via de acesso deverá ser obtida meio de esternotomia completa (divisão vertical do osso esterno) ou por meio de procedimentos minimamente invasivos (esternotomia parcial ou toracotomia). A indicação cirúrgica deve ser feita por médico habilitado e respaldada por achados na coronariografia.
- 2.1.5. 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 de transplante renal. O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado e demonstrado por exames complementares apropriados, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.
- 2.1.6. Transplante de Órgãos:** Procedimento cirúrgico em que o segurado participa exclusivamente como receptor de algum dos seguintes órgãos: coração, pulmão (inclui transplante de lobo pulmonar ou pulmão único), fígado (inclui transplante parcial), pâncreas, rim, intestino delgado (inclui transplante parcial) ou medula óssea. O transplante parcial ou total da face, mão, braço e perna (aloenxertos de tecido composto) também estão cobertos nesta definição. A relação dos órgãos cobertos por tipo de plano está definida na cláusula 3 – Planos Disponíveis. Os transplantes devem ser originados de doador humano, vivo ou morto. Deve ser demonstrada a perda irreversível da função do órgão que será substituído. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.
- 2.1.7. Paralisia de Membros:** Perda total, completa e irreversível da função motora de dois ou mais membros, decorrente de trauma (acidente pessoal coberto) ou doença que afete a medula espinal ou o encéfalo. Por total, entende-se força muscular grau 0 (ausência de contração muscular) ou grau 1 (discreta contratilidade, sem movimento da articulação), conforme classificação de força muscular do MRC – Medical Research Council. Por completa, entende-se que a paralisia motora deve afetar todo o membro (superior ou inferior) e não apenas parte deste. Por irreversível, entende-se que não é esperada recuperação relevante da paralisia motora com qualquer tratamento, sendo necessária demonstração de sua persistência por um período mínimo de 90 dias após a data do diagnóstico. O diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista e embasado por exames de imagem.
- 2.1.8. Cegueira/Perda da Visão:** Perda irreversível, total ou quase total, da visão de ambos os olhos causada por trauma (acidente pessoal coberto) ou doença, obedecendo aos seguintes critérios:
- Acuidade visual para distância menor ou igual a 20/400 (0,05), no melhor olho, com a melhor correção possível; ou
  - Campo visual igual ou menor que 10 graus, no melhor olho, com a melhor correção possível.

---

O diagnóstico deve ser aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas, feito por oftalmologista e evidenciado por exames específicos.

**2.1.9. Surdez/Perda da Audição:** Perda profunda e irreversível da audição de ambas as orelhas, causada por trauma (acidente pessoal coberto) ou doença, obedecendo ao seguinte critério:

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

O diagnóstico deve ser feito por médico otorrinolaringologista, evidenciado por exames audiológicos e aceito pelas sociedades médico-científicas especializadas.

**2.1.10. Cirurgia da Válvula Cardíaca:** Cirurgia cardíaca para substituição ou reparo de uma ou mais valvas cardíacas (mitral, tricúspide, aórtica e pulmonar). A definição abrange os seguintes procedimentos à tórax aberto e endovasculares: esternotomia total, esternotomia parcial, toracotomia, cirurgia de Ross, valvoplastia por catéter, implante transcáteter de prótese valvar aórtica (TAVI).

A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico cirurgião cardíaco, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames cardiológicos de imagem.

**2.1.11. Cirurgia da Aorta:** Cirurgia para tratamento de estreitamento, obstrução, aneurisma ou dissecação da aorta decorrente de doença. Os procedimentos minimamente invasivos, como a reparação endovascular, estão cobertos nesta definição.

A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico cirurgião vascular, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames de imagem.

**2.1.12. Queimaduras de terceiro grau:** destruição da pele em profundidade que atinge o tecido subjacente, que comprometa pelo menos 20% da superfície corporal, calculada pela "Regra dos Nove" ou pela tabela de "Lund Browder", decorrente de acidente pessoal coberto.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico cirurgião plástico ou especialista.

**2.1.13. Esclerose Múltipla:** Diagnóstico de certeza de esclerose múltipla, documentado por ressonância magnética (RNM) que mostre pelo menos duas lesões desmielinizantes características da esclerose múltipla acometendo encéfalo / medula espinhal e que atenda a pelo menos um dos seguintes critérios:

- Comprometimento atual da função motora ou sensorial que deve ter persistido continuamente por um período mínimo de 6 meses e/ou
- Surto clinicamente bem documentado acompanhado de alterações características no líquido (fluido cérebro-espinhal)
- O diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

**2.1.14. Doença de Alzheimer:** Diagnóstico definitivo de doença de Alzheimer que deve atender a todos os seguintes critérios:

- Início gradual (meses ou anos) e declínio progressivo da função cognitiva constatado em avaliações sucessivas.
- Comprometimento da memória e das funções executivas cerebrais (raciocínio, julgamento, solução de problemas), que resulte em déficit cognitivo significativo e prejuízo no desempenho social.
- Alteração da personalidade.
- Ausência de distúrbio da consciência.
- Achados neuropsicológicos e de neuroimagem típicos (por ex. tomografia, ressonância magnética).
- A doença deve ter sido diagnosticada antes dos 75 anos de idade e exigir supervisão constante (24h) de terceiros.

O diagnóstico da doença e a necessidade de supervisão constante devem ser confirmados por médico neurologista, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas:

**2.1.15. Insuficiência respiratória crônica:** Insuficiência respiratória crônica irreversível exclusivamente decorrente de doença pulmonar, que deve obedecer a todos os seguintes critérios:

- a) VEF1 (Volume Expiratório Forçado no 1º segundo) inferior a 40% do previsto, verificado em duas medições feitas com pelo menos um mês de intervalo.
- b) Oxigenoterapia de pelo menos 16 horas por dia durante um período mínimo de 90 dias.
- c) Redução persistente da pressão parcial de oxigênio (PaO<sub>2</sub>) para níveis abaixo de 55 mmHg (7,3 kPa) na gasometria arterial, em medidas sem administração de oxigênio.

O quadro de insuficiência respiratória crônica irreversível decorrente de doença pulmonar deve ser confirmado por médico pneumologista:

**2.1.16. Coma decorrente de trauma cranioencefálico:** Diagnóstico inequívoco de coma, exclusivamente decorrente de trauma cranioencefálico causado por acidente pessoal coberto, que se caracteriza por rebaixamento da consciência, com redução ou ausência de respostas a estímulos externos ou internos. Para esta definição, todos os seguintes critérios devem ser observados:

- Pontuação na Escala de Coma de Glasgow menor ou igual a 8 (oito) por no mínimo 96 horas.
- Uso de ventilação mecânica invasiva e de outros sistemas de suporte à vida por no mínimo 96h.
- Evolução com déficit neurológico permanente, passível de verificação após 30 dias da data do início do coma.

O diagnóstico de coma e a existência de déficit neurológico permanente devem ser confirmados por médico neurologista ou neurocirurgião.

**2.1.17. Doença do neurônio motor:** Diagnóstico definitivo e inequívoco, confirmado por médico neurologista e apoiado em estudos de eletroneuromiografia (ENMG), de uma das seguintes formas de doença do neurônio motor:

- Esclerose Lateral Amiotrófica – ELA
- Esclerose Lateral Primária

- Atrofia Muscular Progressiva
- Paralisia Bulbar Progressiva

Para caracterização desta definição, a doença do neurônio motor deve resultar em incapacidade e dependência de terceiros para realizar 3 (três) ou mais atividades da vida diária (AVD): banho, higiene pessoal, vestimenta, alimentação, mobilidade e continência.

Descrição e critérios de enquadramento das AVD:

**a) Banho:** sem ajuda de terceiros, o segurado não é capaz de entrar ou sair da banheira ou do chuveiro, tomar banho e enxugar-se. Não preenche critérios para a AVD banho o segurado que seja somente incapaz de chegar ao banheiro sozinho ou que seja capaz de realizar sozinho uma ou mais das ações descritas nesta alínea a.

**b) Higiene pessoal:** sem ajuda de terceiros, o segurado não é capaz de lavar-se parcialmente (parte superior ou inferior do corpo), fazer higiene íntima após usar o banheiro ou durante o período menstrual (para mulheres), escovar os dentes, pentear o cabelo, fazer a barba (para homens). Não preenche critérios para a AVD higiene pessoal o segurado que seja somente incapaz de chegar ao banheiro sozinho ou que seja capaz de realizar sozinho uma ou mais das ações descritas nesta alínea b.

**c) Vestimenta:** sem ajuda de terceiros, o segurado não é capaz de vestir-se, despir-se completamente, colocar e prender prótese ou colete cirúrgico, caso faça uso desses materiais. Não preenche critérios para a AVD vestimenta o segurado que seja capaz de realizar sozinho uma ou mais das ações descritas nesta alínea c.

**d) Alimentação:** o segurado necessita que seu alimento seja administrado através de tubos ou não é capaz, sem ajuda de terceiros, de consumir alimentos e bebidas previamente preparados e servidos. Não preenche critérios para a AVD alimentação o segurado que consegue consumir alimentos ou bebidas com o auxílio de talheres, pratos e copos adaptados ou que seja capaz de realizar sozinho uma ou mais das ações descritas nesta alínea d.

**e) Mobilidade:** sem ajuda de terceiros, o segurado não é capaz de andar no plano, sentar-se, levantar-se, entrar e sair da cama. Não preenche critérios para a AVD mobilidade o segurado que consegue se locomover sozinho com auxílio de cadeira de rodas, próteses, órteses etc., ou que seja capaz de realizar sozinho uma ou mais das ações descritas nesta alínea e.

**f) Continência:** o segurado possui incontinência urinária ou fecal permanente, ou não é capaz de esvaziar sua bexiga ou intestino de forma autônoma. A incapacidade e dependência de terceiros neste item também se caracteriza quando há a necessidade do uso contínuo e irreversível de cateteres ou de fraldas absorventes, os quais o segurado não consegue trocar sem ajuda de terceiros. Não preenche critérios para a AVD continência o segurado que faz uso de cateteres ou de fraldas absorventes apenas com a finalidade de facilitar os cuidados.

O uso de tecnologia assistiva para realizar a AVD não configura dependência de terceiros. As definições e especificações descritas em cada uma das AVD devem ser atendidas completamente para que ocorra o enquadramento.

**2.1.18. Doença de Parkinson idiopática:** Diagnóstico definitivo e inequívoco de doença de Parkinson idiopática primária, que deve ser confirmado por médico neurologista e evidenciado por todas as seguintes manifestações clínicas:

- Rigidez muscular
- Tremor
- Bradicinesia e bradipsiquismo (lentificação anormal dos movimentos e da atividade cognitivas)

Para caracterização desta definição, a doença de Parkinson deve resultar em cirurgia para implante de neuroestimulador para controle dos sintomas por estímulos cerebrais profundos, ou resultar em incapacidade e dependência de terceiros, irreversível e passível de verificação após um período mínimo de 90 dias, para realizar 3 (três) ou mais atividades da vida diária (AVD): banho, higiene pessoal, vestimenta, alimentação, mobilidade e continência.

Descrição e critérios de enquadramento das AVD:

**a) Banho:** sem ajuda de terceiros, o segurado não é capaz de entrar ou sair da banheira ou do chuveiro, tomar banho e enxugar-se. Não preenche critérios para a AVD banho o segurado que seja somente incapaz de chegar ao banheiro sozinho ou que seja capaz de realizar sozinho uma ou mais das ações descritas nesta alínea a.

**b) Higiene pessoal:** sem ajuda de terceiros, o segurado não é capaz de lavar-se parcialmente (parte superior ou inferior do corpo), fazer higiene íntima após usar o banheiro ou durante o período menstrual (para mulheres), escovar os dentes, pentear o cabelo, fazer a barba (para homens). Não preenche critérios para a AVD higiene pessoal o segurado que seja somente incapaz de chegar ao banheiro sozinho ou que seja capaz de realizar sozinho uma ou mais das ações descritas nesta alínea b.

**c) Vestimenta:** sem ajuda de terceiros, o segurado não é capaz de vestir-se, despir-se completamente, colocar e prender prótese ou colete cirúrgico, caso faça uso desses materiais. Não preenche critérios para a AVD vestimenta o segurado que seja capaz de realizar sozinho uma ou mais das ações descritas nesta alínea c.

**d) Alimentação:** o segurado necessita que seu alimento seja administrado através de tubos ou não é capaz, sem ajuda de terceiros, de consumir alimentos e bebidas previamente preparados e servidos. Não preenche critérios para a AVD alimentação o segurado que consegue consumir alimentos ou bebidas com o auxílio de talheres, pratos e copos adaptados ou que seja capaz de realizar sozinho uma ou mais das ações descritas nesta alínea d.

**e) Mobilidade:** sem ajuda de terceiros, o segurado não é capaz de andar no plano, sentar-se, levantar-se, entrar e sair da cama. Não preenche critérios para a AVD mobilidade o segurado que consegue se locomover sozinho com auxílio de cadeira de rodas, próteses, órteses etc., ou que seja capaz de realizar sozinho uma ou mais das ações descritas nesta alínea e.

**f) Continência:** o segurado possui incontinência urinária ou fecal permanente, ou não é capaz de esvaziar sua bexiga ou intestino de forma autônoma. A incapacidade e dependência de terceiros neste item também se caracteriza quando há a necessidade do uso contínuo e irreversível de cateteres ou de fraldas absorventes, os quais o segurado não consegue trocar sem ajuda de terceiros. Não preenche critérios para a AVD continência o segurado que faz uso de cateteres ou de fraldas absorventes apenas com a finalidade de facilitar os cuidados.

O uso de tecnologia assistiva para realizar a AVD não configura dependência de terceiros. As definições e especificações descritas em cada uma das AVD devem ser atendidas completamente para que ocorra o enquadramento.

## B) Filhos(as) e/ou Enteados(as)

**2.2.1. Câncer:** Neoplasia maligna caracterizada pelo crescimento e multiplicação descontrolada de células malignas, e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por exame histológico conclusivo. Exceto se houver exclusão específica, a definição de câncer também inclui leucemia, linfoma maligno, síndrome mielodisplásica, policitemia rubra vera, trombocitemia essencial. Por esta definição, estão cobertas todas as neoplasias malignas metastáticas (metástases loco regionais ou a distância).

**2.2.2. Anemia Aplástica:** Diagnóstico inequívoco de anemia aplástica, confirmado por médico hematologista e evidenciado pela histologia da medula óssea, que resulte em insuficiência grave da medula óssea, com anemia, neutropenia e trombocitopenia. A doença deve ter sido tratada com transfusão de sangue e com pelo menos um dos seguintes itens:

- Terapia imunossupressora.
- Transplante de medula óssea.

**2.2.3. Transplante de Órgãos:** Procedimento cirúrgico em que o segurado participa exclusivamente como receptor de algum dos seguintes órgãos: coração, pulmão (inclui transplante de lobo pulmonar ou pulmão único), fígado (inclui transplante parcial), pâncreas, rim, intestino delgado (inclui transplante parcial) ou medula óssea. O transplante parcial ou total da face, mão, braço e perna (aloenxertos de tecido composto) também estão cobertos nesta definição.

Os transplantes devem ser originados de doador humano, vivo ou morto. Deve ser demonstrada a perda irreversível da função do órgão que será substituído.

A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.

**2.2.4. Cegueira / Perda da visão:** Perda irreversível, total ou quase total, da visão de ambos os olhos causada exclusivamente por doença, obedecendo aos seguintes critérios:

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

O diagnóstico deve ser aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas, feito por oftalmologista e evidenciado por exames específicos apropriados para idade.

**2.2.5. Surdez / Perda da audição:** Perda profunda e irreversível da audição de ambas as orelhas, causada exclusivamente por doença, obedecendo ao seguinte critério:

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

O diagnóstico deve ser feito por médico otorrinolaringologista, evidenciado por exames audiológicos apropriados para idade e aceito pelas sociedades médico-científicas especializadas.

**2.2.6. Tumor cerebral (encefálico) benigno:** Diagnóstico definitivo e inequívoco de neoplasia encefálica benigna (não maligna), localizada dentro da caixa craniana (neurocrânio) e originada em tecido do encéfalo, das meninges ou dos nervos cranianos. A neoplasia deve ter sido tratada com pelo menos um dos seguintes procedimentos:

- Ressecção cirúrgica (total ou parcial)
- Radiocirurgia estereotáxica
- Radioterapia

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

O diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista ou neurocirurgião e embasado por exames de imagem.

**2.2.7. 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 transplante renal.

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

**2.2.8. Paralisia ou perda de membros:** Perda total, completa e irreversível da função motora de dois ou mais membros, exclusivamente decorrente doença que afete a medula espinhal ou o encéfalo.

Por total, entende-se força muscular grau 0 (ausência de contração muscular) ou grau 1 (discreta contratilidade, sem movimento da articulação), conforme classificação de força muscular do MRC – Medical Research Council. Por completa, entende-se que a paralisia motora deve afetar todo o membro (superior ou inferior) e não apenas parte deste. Por irreversível, entende-se que não é esperada recuperação relevante da paralisia motora com qualquer tratamento, sendo necessária demonstração de sua persistência por um período mínimo de 90 dias após a data do diagnóstico.

Nesta definição também estão cobertas as perdas anatômicas resultantes de amputação cirúrgica ao nível do punho ou mais proximal, e de amputação cirúrgica ao nível do tornozelo ou mais proximal, desde que sejam exclusivamente decorrentes de doença.

O diagnóstico, a seqüela e a indicação cirúrgica devem ser confirmados por médico neurologista ou ortopedista e embasados por exames de imagem e estudos de condução nervosa.

- 2.2.9. Meningite Bacteriana:** Diagnóstico inequívoco de meningite bacteriana que resulte em:
- Déficit neurológico permanente, passível de verificação 90 dias ou mais após a data do diagnóstico (aplicável para todas as idades); ou
  - Severo prejuízo no desenvolvimento neuropsicomotor por período mínimo de 365 dias, (aplicável somente para crianças com menos de 6 anos de idade)

O diagnóstico deve ser aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas, confirmado por médico infectologista ou pediatra, e evidenciado crescimento de bactérias patogênicas em cultura de líquido cefalorraquidiano (LCR).

- 2.2.10. Epilepsia:** Diagnóstico inequívoco de epilepsia, confirmado por médico neurologista ou neuropediatra, e evidenciado por exames (eletroencefalograma (EEG), ressonância magnética de encéfalo, tomografia etc.), que resulte em:
- Convulsões generalizadas ou síndromes epiléticas graves que não possam ser corrigidas ou controladas por intervenção neurocirúrgica.

e tratamento com:

- Uso contínuo de medicação anticonvulsivante, que deve ter sido realizado por um período mínimo de 180 dias:

- 2.2.11. Doença de Kawasaki com aneurisma gigante:** Diagnóstico inequívoco de doença de Kawasaki com dilatação aneurismática em uma ou mais artérias coronárias. O aneurisma deve ter no mínimo 8 (oito) mm de diâmetro e estar presente por pelo menos 180 dias após o diagnóstico.

O diagnóstico e o aneurisma coronariano devem ser confirmados por médico cardiologista ou cirurgia cardíaco e demonstrado por exames complementares apropriados (ecocardiograma, angiressonância coronariana, angiotomografia etc.), em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

- 2.2.12. Artrite idiopática juvenil sistêmica grave:** Diagnóstico definitivo e inequívoco de artrite idiopática juvenil sistêmica que resulte em todas as seguintes situações:
- Cirurgia para substituição de articulação comprometida por prótese
  - Manifestações extra-articulares típicas

O diagnóstico e a cirurgia devem ser confirmados por médicos reumatologista e ortopedista.

### CLÁUSULA 3 – PLANOS DISPONÍVEIS

- 3.1. O proponente poderá escolher o plano que melhor atenda as suas necessidades, disponível no momento de contratação do seguro, conforme opções constante das tabelas abaixo. O plano adquirido constará na Proposta de Adesão e Apólice.**

**3.1.1. Segurado Titular**

Seguradora	MAPFRE		
	Plano Titular Básico	Plano Titular Intermediário	Plano Titular Completo
<b>Doenças / Procedimentos</b>			
<b>Planos</b>			
Câncer	X	X	X
Transplante de Coração	X	X	X
Transplante de Pulmão	X	X	X
Transplante de Fígado	X	X	X
Transplante de Rim	X	X	X
Transplante de Pâncreas	X	X	X
Transplante de Medula Óssea		X	X
Transplante de Intestino Delgado	X	X	X
Transplante de Tecido Composto		X	X
Cirurgia de Revascularização do Miocárdio com Implante de Ponte Vasculare (Bypass)	X	X	X
Infarto Agudo do Miocárdio	X	X	X
Cirurgia da Aorta		X	X
Cirurgia de Válvulas Cardíacas		X	X
Acidente Vascular Encefálico	X	X	X
Insuficiência Renal Terminal	X	X	X
Paralisia de Membros		X	X
Doença de Alzheimer			X
Doença de Parkinson idiopática			X
Cegueira ou Perda de Visão		X	X
Surdez ou Perda de Audição		X	X
Esclerose Múltipla			X
Queimaduras de Terceiro Grau		X	X
Insuficiência respiratória Crônica			X
Coma decorrente de trauma crânioencefálico			X
Doença do Neurônio Motor			X
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>19</b>	<b>25</b>

### 3.1.2. Filhos(as) / Enteados(as)

Seguradora	MAPFRE
	Plano Infantil
<b>Doenças / Procedimentos</b>	
<b>Planos</b>	
Câncer	X
Tumor Cerebral Benigno	X
Transplante de Órgãos	X
Anemia Aplástica	X
Cegueira ou Perda de Visão	X
Surdez ou Perda de Audição	X
Insuficiência renal terminal	X
Paralisia ou Perda de membros	X
Meningite Bacteriana	X
Epilepsia	X
Doença de Kawasaki com aneurismas gigantes	X
Artrite Idiopática Juvenil Sistêmica Grave	X
<b>Total</b>	<b>12</b>

Os planos estarão disponíveis na Proposta de Adesão/Contratação.

---

## CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS

---

### 4.1. ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA:

- A) DOENÇAS DECORRENTES DE INVALIDEZ PROFISSIONAL;
- B) ANOMALIAS CONGÊNITAS, INDEPENDENTEMENTE DE QUANDO SE MANIFESTEM.

#### 4.1.1. SEGURADO TITULAR

#### C) ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA CÂNCER:

- Lesões, tumores ou neoplasias histologicamente classificadas como benignas, pré-malignas, não invasivas ou in situ (incluindo carcinoma ductal ou lobular in situ da mama, e neoplasia intraepitelial cervical –NIC-1, NIC-2 e NIC-3).
- Câncer de próstata com estadiamento menos avançado que T2, N0, M0 ou com classificação histológica com escore de Gleason menor do que 7 (sete).
- Leucemia linfocítica (ou linfoide) crônica – LLC no estágio A de Binet.
- Carcinoma basocelular da pele e carcinoma de células escamosas (espinocelular) da pele, exceto se houver metástase.
- Melanoma maligno de pele estágio IA (pT1a, N0, M0) e estágio IB (pT1b, N0, M0 com índice/espessura de Breslow menor do 0,8mm).
- Carcinoma papilífero da tireoide com diâmetro menor do que 1,0 cm e histologicamente classificado como pT1, N0, M0 (menos avançado que pT2 e sem metástase para linfonodo ou a distância).
- Microcarcinoma papilífero da bexiga histologicamente classificado como TaN0M0 e TisN0M0.
- Policitemia rubra vera; trombocitemia essencial.
- Gamopatia monoclonal de significado indeterminado.
- Linfoma MALT gástrico responsivo à terapêutica de erradicação do H. pylori, em que não foi realizada gastrectomia, quimioterapia ou radioterapia.
- Tumor estromal gastrointestinal (GIST) estádios IA, IB e II, de acordo com o Manual do American Joint Committee on Cancer (AJCC), 7ª edição, 2010.
- Linfoma cutâneo, exceto se houve tratamento com quimioterapia ou radioterapia.
- Qualquer tumor maligno na presença de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), exceto se a infecção pelo HIV tenha sido contraída após o início de vigência da apólice.

#### D) ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO:

- Síndrome coronariana aguda (SCA) sem elevação de marcadores de necrose miocárdica (p.ex. angina instável).
- Infarto agudo do miocárdio sem doença arterial coronariana (DAC) obstrutiva (coronárias normais ou com aterosclerose com estenose inferior a 50%), mesmo com elevação da troponina.
- Elevação da troponina sem relação clara com cardiopatia isquêmica (p. ex. miocardite, aneurisma apical, contusão cardíaca, embolia pulmonar, intoxicação medicamentosa).

- Infarto agudo do miocárdio causado por vasoespasmos coronarianos, ponte miocárdica ou uso de drogas / medicamentos.
- Infarto do miocárdio que ocorra até 14 dias após angioplastia coronariana ou cirurgia de revascularização do miocárdio.

**E) ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO:**

- Achados de imagem incidentais (CT ou RNM) sem sintomas clínicos claramente relacionados (AVE silencioso).
- Ataque isquêmico transitório (TIA) e déficit neurológico isquêmico reversível prolongado (PRIND).
- Lesão traumática do tecido encefálico ou de vasos sanguíneos.
- Hemorragias encefálicas pós-operatórias.
- Déficits neurológicos decorrentes de: hipóxia, infecção, doença inflamatória, enxaqueca ou procedimentos médicos.
- Déficits neurológicos decorrentes de: distúrbios isquêmicos do sistema vestibular (“labirinto”), morte de células da retina ou morte do tecido do nervo óptico.

**F) ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA Cirurgia de revascularização do miocárdio com implante de ponte vascular (bypass):**

- Angioplastia coronariana, com ou sem colocação de stent; procedimentos endovasculares.

**G) ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA INSUFICIÊNCIA RENAL TERMINAL:**

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

**H) ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS:**

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

**I) ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA PARALISIA DE MEMBROS:**

- Paralisias provocada por síndrome de Guillain-Barré.
- Paralisias hereditárias ou congênitas.
- Paralisias provocadas por distúrbios psiquiátricos ou psicológicos.

**J) ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA CIRURGIA DE VALVA CARDÍACA:**

**4.1.1.1. Clipagem da valva mitral transcater**

**K) ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA CIRURGIA DA AORTA:**

- Cirurgia de qualquer ramo da aorta torácica ou abdominal (incluindo enxertos de bypass aorto-femoral e aorto-ilíaco).
- Cirurgia da aorta relacionada com doenças hereditárias do tecido conjuntivo (por ex. síndrome de Marfan, síndrome de Ehlers–Danlos).
- Cirurgia após lesão traumática da aorta decorrente de acidente pessoal.

**L) ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA QUEIMADURA DE TERCEIRO GRAU:**

- Qualquer queimadura de primeiro ou segundo grau.

**M) ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA ESCLEROSE MÚLTIPLA:**

- Diagnóstico provável de esclerose múltipla.
- Síndromes neurológicas ou alterações em exames de imagem isoladas que sejam sugestivas, mas não conclusivas, de esclerose múltipla.
- Neurite óptica e neuromielite óptica isoladas.
- Casos em a que a investigação diagnóstica (ressonância magnética de encéfalo etc.) da doença tenha sido iniciada durante o período de carência (365 dias).

**N) ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA Doença de Alzheimer:**

- Demência decorrente de doença psiquiátrica, demência por corpos de Lewy, demência de origem vascular, demência frontotemporal, afasia progressiva primária, atrofia cortical posterior e outras formas de demência decorrentes de perturbações cerebrais ou sistêmicas

**O) ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA CRÔNICA:**

- Insuficiência respiratória decorrente de doenças neuromusculares.

**P) ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA Coma decorrente de trauma cranioencefálico:**

- Comas decorrentes de: ferimentos auto-inflingidos; uso de álcool, medicamentos ou drogas.
- Coma induzido para neuroproteção.
- Comas decorrentes de outras causas que não o trauma cranioencefálico causado por acidente pessoal coberto.

**Q) ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA DOENÇA DO NEURONIO MOTOR:**

- Qualquer outra forma de doença do neurônio motor que não as especificadas.
- Neuropatia motora multifocal e miosite por corpúsculos de inclusão.
- Síndrome pós-poliomielite
- Polimiosite e dermatomiosite
- Casos em a que a investigação diagnóstica (exame de ENMG etc.) da doença tenha sido iniciada durante o período de carência (365 dias).

**R) ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA Doença de Parkinson idiopática:**

- Parkinsonismo secundário (incluindo parkinsonismo induzido por droga, medicamento ou toxina).
- Tremor essencial.
- Parkinsonismo relacionado a distúrbios neurovegetativos.

**4.1.2. FILHOS(AS) E/OU ENTEADOS(AS)**

**A) ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA CÂNCER:**

- Lesões, tumores ou neoplasias histologicamente classificadas como benignas, pré-malignas, não invasivas ou in situ (neoplasia intraepitelial cervical –NIC-1, NIC-2 e NIC-3).
- Carcinoma basocelular da pele e carcinoma de células escamosas (espinocelular) da pele, exceto se houver metástase.
- Melanoma maligno de pele estágio IA (pT1a, N0, M0) e estágio IB (pT1b, N0, M0 com índice/espessura de Breslow menor do 0,8mm).
- Carcinoma papilífero da tireoide com diâmetro menor do que 1,0 cm e histologicamente classificado como pT1, N0, M0 (menos avançado que pT2 e sem metástase para linfonodo ou a distância).
- Linfoma MALT gástrico responsivo à terapêutica de erradicação do H. pylori, em que não foi realizada gastrectomia, quimioterapia ou radioterapia.
- Tumor estromal gastrointestinal (GIST) estádios IA, IB e II, de acordo com o Manual do American Joint Committee on Cancer (AJCC), 7ª edição, 2010.
- Nefroblastoma (tumor de Wilms) no estágio I e com histologia favorável (sem anaplasia).

**B) ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA ANEMIA APLÁSTICA:**

- Qualquer forma de anemia aplástica hereditária (por exemplo, anemia de Fanconi, disceratose congênita, síndrome de Shwachman-Diamond, trombocitopenia amegacariocítica congênita).

**C) ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS:**

- 
- Colocação de órgãos artificiais, como coração artificial, ainda que em caráter temporário enquanto se aguarda de um doador humano.
  - Transplantes com órgão de animais, não humanos.
  - Autotransplantes (medula, mãos etc.) / Transplante autólogo / Transplante autogênico
  - Transplantes de córnea, pele e outros órgãos, partes corporais ou tecidos não especificados.
  - Transplante de células-tronco (células embrionárias que não as hematopoiéticas).
  - Transplante de células da ilhota de Langerhans do pâncreas.
  - Transplantes devido a anormalidades congênitas ou malformações congênitas.
- D) ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA CEGUEIRA/ PERDA DA VISÃO:**
- Perda da visão decorrente de doenças hereditárias ou congênitas.
  - Perda da visão decorrente de infecções adquiridas na gestação.
  - Perda da visão decorrente de trauma (acidente pessoal).
- E) ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA SURDEZ/ PERDA DA AUDIÇÃO:**
- Perda da audição decorrente de doenças hereditárias ou congênitas.
  - Perda da audição decorrente de infecções adquiridas na gestação.
  - Perda auditiva decorrente de trauma (acidente pessoal).
- F) ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA Tumor cerebral (encefálico) benigno:**
- Diagnóstico ou tratamento de tumores císticos, granulomas, hamartoma, aneurismas, malformações vasculares (arteriais e venosas).
  - Tumores /neoplasias da glândula hipófise.
  - Tumores congênitos.
- G) ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA INSUFICIÊNCIA RENAL TERMINAL:**
- Quadros transitórios de insuficiência renal, ainda que seja realizado tratamento dialítico.
  - Insuficiência renal devido a doença congênita dos rins ou vias urinárias.
  - Insuficiência renal decorrente de déficit de perfusão renal na fase perinatal.
- H) ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA Paralisia ou perda de membros:**
- Paralisias motoras ou perdas anatômicas decorrentes de trauma (acidente pessoal).
  - Paralisia motora causada pela síndrome de Guillain-Barré.
  - Paralisias motoras e perdas anatômicas decorrentes de doenças hereditárias ou congênitas.
  - Paralisias motoras provocadas por distúrbios psiquiátricos ou psicológicos.
  - Perdas anatômicas decorrentes de lesões autoinflingidas.

**I) ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA MENINGITE BACTERIANA:**

- Meningite asséptica, viral, parasitária ou não infecciosa.

**J) ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA EPILEPSIA:**

- Crises convulsivas focais (parciais) simples ou complexas
- Síndromes epiléticas benignas
- Epilepsias passíveis de tratamento neurocirúrgico

**K) ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA Doença de Kawasaki com aneurisma gigante:**

- Doença de Kawasaki sem aneurisma coronariano com diâmetro menor que 8 (oito) mm.
- Doença de Kawasaki com aneurisma coronariano diagnosticado a menos de 180 dias.

**L) ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA Artrite idiopática juvenil sistêmica grave:**

- Artrite idiopática juvenil sistêmica que não tenha resultado em cirurgia para substituição de articulação.
- Artrite viral e pós-infecciosa.
- Outras doenças inflamatórias autoimunes.

## **CLÁUSULA 6 – CARÊNCIA E FRANQUIA**

**6.1. O PRAZO DE CARÊNCIA PARA ESTA COBERTURA SERÁ APLICADO CONFORME REGRAS ABAIXO, SENDO TAL PRAZO CONTADO A PARTIR DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE E ESTARÁ INDICADA NA APÓLICE.**

- **Sem carência:**
  - Eventos decorrentes de trauma (acidente) quando previsto.
  - Queimadura de terceiro grau.
  - TCE – Coma.
- **90 (noventa) dias para garantias de:**
  - Câncer.
  - Infarto Agudo do Miocárdio.
  - Acidente Vascular Encefálico.
  - Cirurgia de revascularização do miocárdio.
  - Insuficiência Renal Terminal.
  - Transplante de Órgãos.
  - Paralisia de Membros.
  - Cegueira/Perda da Visão.
  - Cirurgia das valvas cardíacas.
  - Cirurgia da aorta.

- 
- Surdez/Perda da Audição.
  - Insuficiência Respiratória crônica.
  
  - 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias para garantia de:
    - Esclerose Múltipla.
    - Alzheimer.
    - Doença neurônio motor.
    - Doença de Parkinson.

**6.2. PARA FAZER JUS AO RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO, O SEGURADO DEVERÁ PERMANECER 30 (TRINTA) DIAS VIVO APÓS O DIAGNÓSTICO DA DOENÇA COBERTA.**

#### **CLÁUSULA 7 – CAPITAL SEGURADO**

---

**7.1.** O Capital Segurado desta Cobertura corresponde ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Evento Coberto, **respeitado o limite estabelecido na Apólice.**

**7.2.** APÓS O PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO DA PRIMEIRA DOENÇA DIAGNOSTICADA NO PLANO CONTRATADO, NÃO HAVERÁ REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO, PORTANTO, SOMENTE HAVERÁ COBERTURA PARA O PRIMEIRO DIAGNÓSTICO DE UMA DAS DOENÇAS GRAVES PREVISTAS NESTA CLÁUSULA, CONFORME PLANO ESCOLHIDO PELO PROPONENTE NO MOMENTO DA ADESÃO AO SEGURO, ESTANDO EXCLUÍDAS, EM TODA E QUALQUER HIPÓTESE, PARA EFEITO DESTE SEGURO E DE SUAS RENOVAÇÕES, SE OCORREREM, A POSSIBILIDADE DE ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES PELO DIAGNÓSTICO DE MAIS DE UMA DOENÇA.

#### **CLÁUSULA 8 – DATA DO EVENTO**

---

**8.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado desta Cobertura, a data do Relatório Médico relacionado ao primeiro diagnóstico de uma das doenças previstas na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES E RISCOS COBERTOS desta Condição Especial.

#### **CLÁUSULA 9 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO**

---

**9.1.** Anualmente, a contar da data de início de vigência da Apólice, o valor do Prêmio da Cobertura Básica de Doenças Graves será reajustado em função da mudança de idade do Segurado Titular e/ou do Segurado Dependente na condição de Filho(a)/Enteado(a), conforme as tabelas a seguir por tipo de plano:

Plano Titular Básico							
Homem				Mulher			
Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste
19	13,06%	47	9,73%	19	16,52%	47	7,63%
20	10,72%	48	9,81%	20	15,12%	48	6,91%
21	10,23%	49	9,78%	21	15,86%	49	6,26%
22	8,42%	50	12,38%	22	15,15%	50	3,53%
23	6,67%	51	13,42%	23	14,32%	51	5,17%
24	5,10%	52	9,90%	24	22,12%	52	4,73%
25	3,78%	53	9,88%	25	12,36%	53	4,34%
26	2,76%	54	9,73%	26	11,27%	54	3,99%
27	2,37%	55	9,42%	27	10,42%	55	3,91%
28	2,27%	56	12,31%	28	9,72%	56	3,30%
29	2,60%	57	8,46%	29	9,26%	57	3,04%
30	2,74%	58	8,16%	30	8,37%	58	2,95%
31	4,40%	59	8,03%	31	8,80%	59	10,46%
32	5,66%	60	5,50%	32	8,66%	60	1,07%
33	6,96%	61	11,37%	33	8,50%	61	4,05%
34	8,13%	62	8,08%	34	8,25%	62	4,65%
35	9,02%	63	7,94%	35	7,85%	63	5,18%
36	9,57%	64	7,59%	36	7,36%	64	5,52%
37	9,92%	65	7,33%	37	6,93%	65	6,58%
38	22,40%	66	6,16%	38	6,73%	66	5,41%
39	10,32%	67	5,23%	39	6,81%	67	8,55%
40	9,50%	68	4,37%	40	6,05%	68	4,76%
41	10,32%	69	6,73%	41	7,78%	69	4,65%
42	10,23%	70	3,22%	42	8,36%	70	4,80%
43	10,15%	71	0,00%	43	8,83%	71	0,00%
44	10,07%	72	2,96%	44	9,02%	72	5,12%
45	10,28%	73	2,96%	45	9,13%	73	5,60%
46	9,81%	74	3,13%	46	8,33%	74	6,08%

Plano Titular Intermediário							
Homem				Mulher			
Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste
19	12,49%	47	9,60%	19	14,86%	47	7,66%
20	10,25%	48	9,68%	20	13,68%	48	6,95%

Plano Titular Intermediário							
Homem				Mulher			
Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste
21	9,62%	49	9,66%	21	14,47%	49	6,31%
22	7,85%	50	8,70%	22	13,97%	50	3,64%
23	6,13%	51	9,77%	23	13,36%	51	5,24%
24	4,59%	52	9,81%	24	12,62%	52	4,79%
25	3,28%	53	9,81%	25	11,75%	53	4,41%
26	2,25%	54	9,70%	26	10,80%	54	4,06%
27	1,80%	55	9,44%	27	10,05%	55	3,99%
28	7,62%	56	8,99%	28	9,42%	56	3,40%
29	1,91%	57	8,59%	29	9,01%	57	3,16%
30	2,05%	58	8,33%	30	8,17%	58	3,09%
31	3,76%	59	8,23%	31	8,67%	59	3,24%
32	5,05%	60	8,75%	32	8,55%	60	7,42%
33	6,41%	61	8,24%	33	8,41%	61	4,17%
34	7,67%	62	8,17%	34	8,17%	62	4,75%
35	8,66%	63	7,99%	35	11,16%	63	5,25%
36	9,41%	64	7,63%	36	7,33%	64	5,57%
37	9,84%	65	10,26%	37	6,92%	65	6,59%
38	10,13%	66	6,23%	38	6,73%	66	5,45%
39	10,32%	67	5,33%	39	6,83%	67	5,10%
40	9,54%	68	4,52%	40	6,08%	68	4,82%
41	10,28%	69	3,87%	41	7,78%	69	4,70%
42	10,16%	70	3,45%	42	8,35%	70	4,85%
43	10,05%	71	3,21%	43	8,81%	71	5,15%
44	9,95%	72	3,21%	44	9,01%	72	5,59%
45	10,13%	73	3,38%	45	9,12%	73	6,04%
46	9,68%	74	3,62%	46	8,34%	74	6,37%

Plano Titular Completo							
Homem				Mulher			
Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste
19	12,20%	47	9,47%	19	14,87%	47	7,50%
20	10,09%	48	9,53%	20	13,94%	48	6,83%
21	9,57%	49	9,54%	21	14,20%	49	6,24%
22	7,86%	50	8,73%	22	13,60%	50	3,75%

Plano Titular Completo							
Homem				Mulher			
Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste
23	6,18%	51	9,83%	23	12,92%	51	5,31%
24	4,68%	52	9,98%	24	12,18%	52	4,95%
25	3,41%	53	10,06%	25	11,34%	53	4,65%
26	2,40%	54	10,00%	26	10,43%	54	4,36%
27	1,95%	55	9,76%	27	12,87%	55	4,32%
28	1,78%	56	9,28%	28	9,13%	56	3,75%
29	2,01%	57	8,85%	29	8,74%	57	3,52%
30	2,13%	58	8,56%	30	7,94%	58	3,47%
31	3,73%	59	8,43%	31	8,37%	59	3,64%
32	4,93%	60	6,22%	32	8,22%	60	1,91%
33	6,21%	61	8,48%	33	8,06%	61	4,71%
34	7,40%	62	8,48%	34	7,81%	62	5,39%
35	8,77%	63	8,40%	35	7,65%	63	6,05%
36	9,14%	64	8,16%	36	7,05%	64	6,56%
37	9,80%	65	8,01%	37	6,76%	65	7,71%
38	10,16%	66	7,10%	38	6,62%	66	6,93%
39	10,40%	67	6,43%	39	6,74%	67	6,90%
40	11,05%	68	5,88%	40	6,62%	68	6,96%
41	10,60%	69	5,56%	41	7,76%	69	7,20%
42	10,44%	70	5,48%	42	8,30%	70	7,69%
43	10,26%	71	5,61%	43	8,71%	71	8,31%
44	10,07%	72	5,98%	44	8,87%	72	9,04%
45	10,14%	73	6,48%	45	8,94%	73	9,78%
46	9,62%	74	7,04%	46	8,17%	74	10,44%

Plano Infantil			
Homem		Mulher	
Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste
3	-10,19%	3	-5,04%
4	-9,29%	4	-6,04%
5	-7,85%	5	-6,25%
6	-13,56%	6	-13,27%
7	-4,41%	7	-5,09%
8	-3,97%	8	-5,43%

Plano Infantil			
Homem		Mulher	
Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste
9	-4,53%	9	-6,61%
10	-5,42%	10	-7,92%
11	-5,50%	11	-8,23%
12	-4,34%	12	-7,21%
13	-2,19%	13	-5,29%
14	0,33%	14	-2,96%
15	3,04%	15	-0,23%
16	6,08%	16	3,40%
17	8,43%	17	6,73%

## CLÁUSULA 10 – TÉRMINO DA COBERTURA

10.1. Além das situações previstas na CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DA APÓLICE e CLÁUSULA 18 – PERDA DE DIREITOS das Condições Gerais, esta Cobertura termina:

- a) O Seguro será cancelado quando o Segurado Titular atingir 75 (setenta e cinco) anos de idade;
- b) Com o pagamento de Indenização do Capital Segurado do Plano Titular relativo à primeira doença diagnosticada.

## CLÁUSULA 11 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

11.1. Além dos documentos descritos no item 16.2 da CLÁUSULA 16 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais, para a análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura deverão ser apresentados **também** os seguintes documentos:

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

- a) Relatório Médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo Médico que prestou o atendimento ao Segurado, contendo o resultado do Exame Anatomopatológico, o Estádio de Neoplasia, o tratamento indicado, já realizado e à realizar, de modo detalhado e Prognóstico;
- b) Cópia do Exame Anatomopatológico que comprove o Diagnóstico de Câncer;
- c) Laudo de exames citológicos e histológicos conclusivos (apropriados para cada caso); e
- d) Laudo do perito Médico, **quando solicitado pela Seguradora.**

11.1.2. Para o evento decorrente de **Infarto Agudo do Miocárdio** será comprovado mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Relatório Médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado, com diagnóstico da doença elaborado por Médico habilitado em cardiologia demonstrado por pelo menos 2 (dois) dos seguintes sintomas ou sinais: histórico da dor precordial típica, eletrocardiograma com alterações recentes e elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores de necrose miocárdica (incluindo CK–MB) ou Ecocardiograma ou Cintilografia Cardíaca, ou outros exames complementares aplicáveis ao caso.
- 11.1.3.** Para o evento decorrente de **Acidente Vascular Encefálico (AVE)** será comprovado mediante a apresentação dos seguintes documentos:
- a) Relatório Médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado, com diagnóstico da doença, elaborado por Médico habilitado em neurologia ou neurocirurgia; e
- b) Exames complementares apropriados (tomografia computadorizada, ressonância magnética e exame de fluido cefalorraquidiano).
- 11.1.4.** Para o evento decorrente de **Cirurgia Revascularização do Miocárdio com implante de Ponte Vascular (Bypass)** será comprovado mediante a apresentação dos seguintes documentos:
- a) Relatório Médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado, com diagnóstico da doença elaborado por Médico habilitado em cirurgia cardíaca.
- b) Exames complementares apropriados (coronariografia).
- 11.1.5.** Para os eventos decorrente de **Cirurgia da Aorta** será comprovado mediante a apresentação dos seguintes documentos:
- a) Relatório Médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado, com diagnóstico da doença elaborado por Médico habilitado em cirurgia vascular.
- b) Exames complementares apropriados (exames de imagem).
- 11.1.6.** Para os eventos decorrente de **Cirurgia de Válvula Cardíaca** será comprovado mediante a apresentação dos seguintes documentos:
- a) Relatório Médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado, com diagnóstico da doença elaborado por Médico habilitado em cirurgia cardíaca.
- b) Exames complementares apropriados (exames de imagem).
- 11.1.7.** Para o evento decorrente de **Insuficiência Renal Terminal** será comprovado mediante a apresentação dos seguintes documentos:
- a) Relatório Médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado, com diagnóstico da doença elaborado por Médico habilitado em nefrologia; e
- b) Exames complementares apropriados.
- 11.1.8.** Para o evento decorrente de **Transplante de Órgãos** será comprovado mediante a apresentação dos seguintes documentos:
- a) Relatório Médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado, com diagnóstico e exames complementares apropriados com recomendação feita pelo menos por 2 (dois) Médicos habilitados na especialidade da patologia em questão.
- 11.1.9.** Para os eventos decorrente de **Paralisia de Membros e Paralisia ou Perda de Membros** serão comprovados mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Relatório Médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado, com diagnóstico da doença elaborado por Médico habilitado em neurologia ou ortopedia; e
- b) Exames complementares apropriados.

**11.1.10.** Para o evento decorrente de **Cegueira/Perda de Visão** será comprovado mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Relatório Médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado, com diagnóstico da doença elaborado por Médico habilitado em oftalmologia; e
- b) Exames complementares apropriados.

**11.1.11.** Para o evento decorrente de **Surdez/Perda de Audição** será comprovado mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Relatório Médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado, com diagnóstico da doença elaborado por Médico habilitado em otorrinolaringologia; e
- b) Exames complementares apropriados (audiológicos).

**11.1.12.** Para o evento decorrente de **Queimadura de Terceiro Grau** será comprovado mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Relatório Médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado, com diagnóstico da doença elaborado por Médico habilitado em cirurgia plástica.

**11.1.13.** Para o evento decorrente de **Esclerose Múltipla e Doença de Alzheimer** será comprovado mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Relatório Médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado, com diagnóstico da doença, elaborado por Médico habilitado em neurologia; e
- b) Exames complementares apropriados.

**11.1.14.** Para o evento decorrente de **Insuficiência Respiratória Crônica** será comprovado mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Relatório Médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado, com diagnóstico da doença, elaborado por Médico habilitado em pneumologia; e
- b) Exames complementares apropriados.

**11.1.15.** Para o evento decorrente de **Coma decorrente de Trauma Cranioencefálico** será comprovado mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Relatório Médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado, com diagnóstico da doença, elaborado por Médico habilitado em neurologia ou neurocirurgia; e
- b) Exames complementares apropriados.

**11.1.16.** Para o evento decorrente de **Doença do Neurônio Motor** será comprovado mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Relatório Médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado, com diagnóstico da doença, elaborado por Médico habilitado em neurologia; e
- b) Exames complementares apropriados (eletroneuromiografia - ENMG).

**11.1.17.** Para o evento decorrente de **Doença de Parkinson idiopática** será comprovado mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Relatório Médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado, com diagnóstico da doença, elaborado por Médico habilitado em neurologia; e
- b) Exames complementares apropriados.

**11.1.18.** Para o evento decorrente de **Anemia Aplástica** será comprovado mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Relatório Médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado, com diagnóstico da doença, elaborado por Médico habilitado em hematologia; e
- b) Exames complementares apropriados (histologia da medula óssea).

**11.1.19.** Para o evento decorrente de **Tumor Cerebral (Encefálico) Benigno** será comprovado mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Relatório Médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado, com diagnóstico da doença, elaborado por Médico habilitado em neurologia ou neurocirurgia; e
- b) Exames complementares apropriados.

**11.1.20.** Para o evento decorrente de **Meningite Bacteriana** será comprovado mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Relatório Médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado, com diagnóstico da doença, elaborado por Médico habilitado em infectologia ou pediatria; e
- b) Exames complementares apropriados.

**11.1.21.** Para o evento decorrente de **Epilepsia** será comprovado mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Relatório Médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado, com diagnóstico da doença, elaborado por Médico habilitado em neurologia ou neuropediatria; e
- b) Exames complementares apropriados (eletroencefalograma (EEG), ressonância magnética de encéfalo, tomografia computadorizada).

**11.1.22.** Para o evento decorrente de **Doença de Kawasaki com Aneurisma gigante** será comprovado mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Relatório Médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado, com diagnóstico da doença, elaborado por Médico habilitado em cardiologia ou cirurgia cardíaca; e
- b) Exames complementares apropriados (ecocardiograma, angiorressonância coronariana, angiotomografia).

**11.1.23.** Para o evento decorrente de **Atrite Idiopática Juvenil Sistêmica Grave** será comprovado mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Relatório Médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado, com diagnóstico da doença, elaborado por Médico habilitado em reumatologia e ortopedia; e
- b) Exames complementares apropriados.

## CLÁUSULA 12 – BENEFICIÁRIOS

---

---

**12.1.** Para efeito desta Cobertura, o Beneficiário será o próprio Segurado, ainda que representado na forma da lei.

**12.1.1.** Se durante ou após a regulação do Sinistro ocorrer o óbito do Segurado, respeitado o período de vigência da Apólice e a franquia exigida, o valor correspondente ao Capital Segurado da Cobertura básica será pago ao(s) Beneficiário(s) indicado(s) na Proposta de Contratação pelo Segurado.

### **CLÁUSULA 13 – DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

**13.1.** Ratificam-se as disposições constantes nas Condições Gerais deste seguro que não tenham sido modificadas pelas Condições Especiais desta Cobertura. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas Condições Especiais.

---

## CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE FILHO(S) E/OU ENTEADO(S)

---

### CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA CLÁUSULA

---

- 1.1. Esta Cláusula suplementar, quando contratada pelo Segurado Titular, mediante o pagamento de Prêmio adicional, garante a inclusão de seu(s) Filho(s) ou Enteado(s) como Segurado Dependente na Apólice, conforme regras constantes na CLÁUSULA 6 – CAPITAL SEGURADO, **desde que o Segurado Dependente esteja em perfeitas condições de saúde e respeitando as condições estabelecidas no item 2.22 da CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais, observados os Riscos Excluídos e as demais disposições contratuais.**
- 1.2. A presente cláusula tem por objetivo garantir, o pagamento de Indenização ao Segurado Titular, limitado ao Capital Segurado contratado, caso ocorra algum dos Eventos Cobertos ao Segurado Dependente, durante o período de vigência do Seguro, **observados os Riscos expressamente Excluídos, as hipóteses de perda de direito e as demais Condições Contratuais.**
- 1.3. **As Coberturas e relação de doenças cobertas pelo Seguro, contratadas para o dependente Filho e/ou Enteado estarão indicadas na Apólice.**

### CLÁUSULA 2 – RISCOS COBERTOS

---

- 2.1. O Segurado Dependente poderá participar nas seguintes Coberturas, desde que contratadas pelo Segurado Titular a cobertura básica de Doenças Graves - DG.
  - 2.1.1. O plano com as doenças cobertas para os Filhos e/ou Enteados não será o mesmo do Segurado Titular, sendo que a relação de doenças estará indicada na Proposta de Contratação e/ou Apólice.
- 2.2. **A INDICAÇÃO DO(S) FILHO(S) E/OU ENTEADOS PARA INCLUSÃO É DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO SEGURADO TITULAR, QUE, INCLUSIVE SE RESPONSABILIZA PELO ESTADO DE SAÚDE DO FILHO E/OU ENTEADO INCLUSO NO SEGURO.**
- 2.3. **O SEGURADO TITULAR, QUANDO TIVER MAIS DE UM FILHO E/OU ENTEADO E OPTAR POR INCLUÍ-LO NO SEGURO, DEVERÁ FAZER TAL ADESÃO PARA TODOS OS SEUS FILHOS, NÃO PODENDO ESCOLHER UM OU OUTRO SOMENTE.**
- 2.4. **PARA OS MENORES DE 14 (CATORZE) ANOS É PERMITIDO, EXCLUSIVAMENTE, SEJA NA CONDIÇÃO DE SEGURADO PRINCIPAL OU DEPENDENTE, O OFERECIMENTO E A CONTRATAÇÃO DE COBERTURAS CUJA INDENIZAÇÃO SE DÊ SOB A FORMA DE REEMBOLSO DE DESPESAS OU PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, DESDE QUE A DESPESA OU SERVIÇO ESTEJAM DIRETAMENTE RELACIONADOS AO SINISTRO COBERTO.**
  - 2.4.1. **A RESTRIÇÃO DE QUE TRATA O ITEM 2.4 SUPRA NÃO SE APLICA A COBERTURAS DE DOENÇAS GRAVES NÃO INFECCIOSAS OU DOENÇAS CONGÊNITAS, DESDE QUE NÃO SUSCETÍVEIS A SEREM PROVOCADAS INTENCIONALMENTE.**

---

### **CLÁUSULA 3 – RISCOS EXCLUÍDOS**

---

**3.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA CLÁUSULA SUPLEMENTAR, OS EVENTOS DESCRITOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS ESTABELECIDOS NAS CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA BÁSICA DE DOENÇAS GRAVES.**

---

### **CLÁUSULA 4 – CARÊNCIA E FRANQUIA**

---

**4.1. A CARÊNCIA E A FRANQUIA SERÃO AS MESMAS DETERMINADAS NA COBERTURA BÁSICA DE DOENÇAS GRAVES.**

---

### **CLÁUSULA 5 – CAPITAL SEGURADO**

---

**5.1. O Capital Segurado corresponde ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência de Evento Coberto, sendo limitado à 50% (cinquenta por cento) do Capital Segurado contratado pelo Segurado Titular para a respectiva Cobertura contratada pelo Segurado Dependente, sendo estabelecido na Apólice.**

---

### **CLÁUSULA 6 – DATA DO EVENTO**

---

**6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de Cobertura e determinação do Capital Segurado, a data do primeiro diagnóstico de Doença como definido na Cobertura Básica de Doenças Graves.**

---

### **CLÁUSULA 7 – TÉRMINO DA COBERTURA**

---

**7.1. Além das situações previstas na CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DA APÓLICE e CLÁUSULA 18 – PERDA DE DIREITOS das Condições Gerais, a Cobertura de qualquer Segurado Dependente terminará obrigatoriamente:**

- a) No caso de cancelamento da respectiva cláusula;**
- b) Quando for cancelada, por qualquer motivo, a Cobertura contratada para o Segurado Titular;**
- c) Quando os Filho(s) e/ou enteado(s) perderem a condição de dependente, prevista na definição do item 2.18 da CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais;**
- d) O Seguro será cancelado quando o filho(s) e/ou enteado(s) atingirem 18 (dezoito) anos de idade.**
- e) Com a inclusão do Segurado Dependente como Segurado de outra Apólice deste mesmo plano de seguro.**
- f) Com o pagamento de Indenização do Capital Segurado do Plano Titular relativo à primeira doença diagnosticada.**

---

## CLÁUSULA 8 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

---

**8.1.** Além dos documentos indicados no item 16.2 da CLÁUSULA 16 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais e os documentos solicitados na cláusula de LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS da Condição Especial da Cobertura contratada pelo Segurado Titular e extensível ao dependente Filho e/ou Enteadado, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:

- a) Cópias do RG – Registro Geral ou do RNE – Registro Nacional para Estrangeiros ou Certidão de Nascimento, cópia do CPF – Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência do Segurado Titular;
- b) No caso de enteado, além dos documentos listados acima, apresentar:
  - i. Cópias do RG – Registro Geral ou do RNE – Registro Nacional para Estrangeiros ou Certidão de Nascimento, cópia do CPF – Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência do Cônjuge/Companheiro(a); e
  - ii. Cópia da Certidão de Casamento do Segurado atualizada (emitida após o óbito) ou Comprovação da união estável por ocasião do Sinistro.

**8.2.** As demais regras para análise e Regulação de Sinistros, bem como para o pagamento de Indenização e/ou reembolso (se caracterizado evento coberto) estão indicados na CLÁUSULA 16 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, das Condições Gerais.

---

## CLÁUSULA 9 – BENEFICIÁRIOS

---

**9.1.** Na Indenização da Cobertura contratada para Segurado Dependente, o Beneficiário será o Segurado Titular ou o representante legal do Segurado Dependente.

**9.2.** Se durante a regulação do Sinistro ocorrer o óbito do Segurado Dependente, o valor correspondente será pago ao Segurado Titular.

---

## CLÁUSULA 10 – DISPOSIÇÕES GERAIS

---

**10.1.** Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas Condições Especiais. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas Condições Especiais.