

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL – DOENÇAS GRAVES

Condições Contratuais

Versão 2.0

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

MAPFRE Seguros Gerais S.A. – CNPJ 61.074.175/0001-38
Canal de Atendimento MAPFRE -WhatsApp: (11) 4004 0101
Central de Relacionamento aos Clientes: 0800 775 4545 - Segunda à sexta-feira das 8h às 20h e sábados das 08h às 18h, exceto feriados nacionais.
Assistência 24h: 0800 775 7196
Sinistro: 0800 709 8432 - Segunda à sexta-feira das 08h às 18h, exceto feriados nacionais.
SAC 24 horas: 0800 775 1000
Atendimento em Libras 24 horas: <https://mapfre.emlibras.com/>
Central de Relacionamento com Deficientes Auditivos ou de Fala 24 horas: 0800 775 5045
Ouvidoria: 0800 775 1079 e para Deficientes Auditivos ou de Fala: 0800 775 7911, de segunda à sexta-feira, das 08h às 18h, exceto feriados nacionais. Ouvidoria poderá ser acionada para atuar na defesa dos direitos dos consumidores, esclarecer e/ou solucionar demandas já tratadas pelos canais de atendimento habituais.

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS	4
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DO SEGURO	4
CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO.....	4
CLÁUSULA 3 – COBERTURAS DO SEGURO	9
CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS.....	9
CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA	12
CLÁUSULA 6 – FRANQUIA	12
CLÁUSULA 7 – CARÊNCIA	12
CLÁUSULA 8 – FORMA DE CONTRATAÇÃO E ACEITAÇÃO DO SEGURO	12
CLÁUSULA 9 –VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO	14
CLÁUSULA 10 – PAGAMENTO DE PRÊMIO	15
CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DA APÓLICE	17
CLÁUSULA 12 – CAPITAL SEGURADO	18
CLÁUSULA 13 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS	18
CLÁUSULA 14 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO	19
CLÁUSULA 15 – OBRIGAÇÕES DO SEGURADO	19
CLÁUSULA 16 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	20
CLÁUSULA 17 – BENEFICIÁRIOS	24
CLÁUSULA 18 – PERDA DE DIREITOS	25
CLÁUSULA 19 – REGIME FINANCEIRO	27
CLÁUSULA 20 – PROPAGANDA E PUBLICIDADE	27
CLÁUSULA 21 – PRESCRIÇÃO	27
CLÁUSULA 22 – FORO.....	27
CLÁUSULA 23 – DISPOSIÇÕES GERAIS.....	27
CONDIÇÕES ESPECIAIS.....	29
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.....	38
CLÁUSULA 5 – CARÊNCIA E FRANQUIA	43
CLÁUSULA 6 – CAPITAL SEGURADO	43
CLÁUSULA 7 – DATA DO EVENTO.....	44

CLÁUSULA 8 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO	44
CLÁUSULA 9 – TÉRMINO DA COBERTURA.....	47
CLÁUSULA 10 – REGULAÇÃO DE SINISTROS	47
CLÁUSULA 11 – BENEFICIÁRIOS	50
CLÁUSULA 12 – DISPOSIÇÕES GERAIS.....	51
COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE DEPENDENTES FILHO(S) E/OU ENTEADO(S)	52
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA CLÁUSULA	52
CLÁUSULA 2 – RISCOS COBERTOS	52
CLÁUSULA 3 – RISCOS EXCLUÍDOS.....	53
CLÁUSULA 4 – CARÊNCIA E FRANQUIA	53
CLÁUSULA 5 – CAPITAL SEGURADO	53
CLÁUSULA 6 – DATA DO EVENTO.....	53
CLÁUSULA 7 – TÉRMINO DA COBERTURA.....	53
CLÁUSULA 8 – REGULAÇÃO DE SINISTROS.....	53
CLÁUSULA 9 – BENEFICIÁRIOS	54
CLÁUSULA 10 – DISPOSIÇÕES GERAIS.....	54

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 Excluídos, as hipóteses de perda de direito e as demais Condições Contratuais.**

CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO

- 2.1. **Aceitação:** é a aprovação da Proposta de Seguro apresentada pelo Segurado, Proponente, ou por intermédio de seu representante legal, e/ou pelo Corretor de Seguros, para a contratação do seguro.

- 2.2. **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 do SEGURADO ou que torne necessário tratamento médico.

2.2.1 **INCLUEM-SE NESSE CONCEITO:**

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

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

- A) AS DOENÇAS, INCLUÍDAS AS PROFISSIONAIS, QUAISQUER QUE SEJAM SUAS CAUSAS, AINDA QUE PROVOCADAS, DESENCADEADAS OU AGRAVADAS, DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ACIDENTE, RESSALVADAS AS INFECÇÕES, ESTADOS SEPTICÊMICOS E EMBOLIAS, RESULTANTES DE FERIMENTO 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.

- 2.3. Agravamento do Risco:** circunstâncias que aumentam, de forma significativa e continuada, a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora e devem ser informadas à Seguradora sob pena de perda do direito à garantia.
- 2.4. Apólice:** documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação do risco e da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo proponente, bem como estabelece os direitos e as obrigações das partes.
- 2.5. Atualização Monetária:** Aplicação de ajuste de valores de prêmio e capital segurado, com base em índice previamente estipulado.
- 2.6. Aviso de Sinistro:** comunicação que deve ser feita à Seguradora imediatamente após a ocorrência do evento passível de cobertura sob a Apólice, sob pena de perda do direito à indenização ou ao capital segurado.
- 2.7. Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada para receber os valores das indenizações, respeitada a Cobertura contratada, na hipótese de ocorrência do sinistro.
- 2.8. Boa-fé:** Princípio fundamental do seguro que obriga as partes a atuar com honestidade, lealdade, integridade e fidelidade ao cumprimento das leis e ao contrato do seguro. O segurado se obriga a prestar informações e descrever com clareza e precisão a natureza do risco que deseja cobrir, assim como ser verdadeiro em todas as declarações posteriores, relativas a possíveis alterações do risco ou a ocorrência de sinistro. A seguradora, por seu lado, é obrigada a dar informações exatas sobre o contrato e a redigir seu conteúdo de forma clara para que o segurado possa compreender os compromissos assumidos por ambas as partes.
- 2.9. Capital Segurado:** valor máximo para a Cobertura contratada, a ser pago pela Seguradora na ocorrência de sinistro, de forma de parcela única.
- 2.10. 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.
- 2.11. 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.
- 2.12. Comoriência:** presunção de morte simultânea, quando do falecimento de dois ou mais indivíduos na mesma ocasião, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro.
- 2.13. Cônjuge/Companheiro(a):** é a pessoa legalmente reconhecida como tal, assim como companheiro(a) é 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.

- 2.14. Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação deste seguro, que englobam as Condições Gerais e as Condições Especiais.
- 2.15. Condições Especiais:** conjunto de disposições específicas relativas a cada modalidade de Cobertura de um mesmo seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.
- 2.16. Condições Gerais:** conjunto de cláusulas comuns a todas as coberturas de seguro.
- 2.17. Conjugação:** é a contratação de mais de uma cobertura securitária previstas no presente instrumento.
- 2.18. Corretor de Seguros:** é a pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado pela SUSEP – Superintendência de Seguros Privados e legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguro. **O Corretor de seguros responde de forma civil e regulatória pelos prejuízos que causar no exercício da profissão.** O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor no site www.susep.gov.br por meio do seu número de registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.
- 2.19. Culpa Grave:** conduta lesiva decorrente de negligência, imprudência ou imperícia do agente, cujo resultado final, embora involuntário, era previsível no momento da ação.
- 2.20. Dano Estético:** espécie de dano que se caracteriza por alteração duradoura ou permanente da aparência externa da pessoa, causando-lhe redução ou eliminação de padrão de beleza.
- 2.21. 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.
- 2.22. Doença Profissional:** Aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional inerentes à ocupação de uma pessoa.
- 2.23. 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 conhecimento do Proponente e não declaradas na Proposta de Contratação/Questionário de Avaliação de Risco. **A omissão dessas Doenças ou Lesões, por ocasião da contratação do seguro, ensejará a perda de direito às Coberturas previstas na Apólice.**
- 2.24. Endosso:** documento emitido pela Seguradora, durante a Vigência do Seguro, por meio do qual são formalizadas alterações do seguro contratado, de comum acordo entre a Seguradora e o Segurado.
- 2.25. Evento Coberto:** acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas garantias contempladas nestas Condições Gerais e ocorrido durante a Vigência do Seguro.
- 2.26. Filho ou Enteado:** aquele considerado dependente econômico do Segurado, desde que observadas as condições indicadas abaixo:
- i. Filho(a) ou Enteado(a) até completar 21 (vinte e um) anos;
 - ii. Filho(a) ou Enteado(a) em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho; e
 - iii. Filho(a) ou Enteado(a) universitário(a) ou cursando escola técnica de Ensino Médio, até completar 24 (vinte e quatro) anos.

-
- 2.27. Franquia:** período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do Evento Coberto, durante o qual o Segurado não terá direito ao recebimento da indenização.
- 2.28. Indenização:** valor a ser pago pela Seguradora quando da ocorrência de Evento Coberto, observada a dedução da Franquia e o(s) limite(s) da(s) cobertura(s) contratada(s).
- 2.29. Interrupção de prazo:** é a cessação da contagem de um prazo contratual ou legal. Quando o prazo é interrompido, ele se reinicia novamente após cessada a causa da interrupção.
- 2.30. IPCA:** Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.
- 2.31. Liquidação do sinistro:** Pagamento da indenização ao segurado ou ao(s) beneficiário(s), após a finalização da regulação do sinistro e conclusão de sinistro indenizável.
- 2.32. 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.**
- 2.33. Médico Especialista:** profissional que tenha conhecimento Médico, e que esteja legalmente autorizado e devidamente certificado pelo Conselho Regional de Medicina, referente a sua especialidade.
- 2.34. 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, nos termos da regulamentação específica.
- 2.35. Nota Técnica Atuarial:** Documento, elaborado por atuários da Seguradora, que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.
- 2.36. Parâmetros Técnicos:** Taxas estatísticas e puras utilizadas para a precificação do seguro, assim como outras premissas que podem impactar no risco, quando for o caso, como costumes e hábitos.
- 2.37. 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.
- 2.38. 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.
- 2.39. Prêmio:** importância fixada na Apólice e paga à Seguradora como contraprestação pela garantia do risco e do interesse legítimo do Segurado ou do Beneficiário.
- 2.40. Premoriência:** morte de uma pessoa ocorrida anteriormente à de uma outra pessoa, que lhe sobrevive.

-
- 2.41. Proponente:** pessoa física interessada na contratação do Seguro e que apresenta a Proposta.
- 2.42. Pro Rata Temporis:** no caso do seguro, é o método de calcular o Prêmio do seguro proporcional aos dias de vigência decorridos no seguro.
- 2.43. Proposta de Contratação:** documento preenchido pelo Proponente, seu representante legal, ou Corretor de Seguros que formaliza o interesse em contratar, alterar ou renovar o Seguro, contendo a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais. A proposta é a base do contrato de seguro e é parte integrante deste.
- 2.44. Questionário de Avaliação do Risco:** formulário preenchido para a contratação do seguro, fornecendo as informações necessárias à aceitação da Proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do Prêmio. A prestação de informações inverídicas ou incompletas no Questionário de Análise do Risco, ou, ainda, a omissão de informações que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, poderá acarretar a perda da garantia, sem prejuízo do pagamento do Prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora, ou a redução proporcional da garantia, na forma prevista nas Condições Gerais.
- 2.45. Reenquadramento Etário do Prêmio:** aplicação de percentual de reajuste do prêmio em função da nova idade e/ou faixa etária do segurado.
- 2.46. Reintegração de Capital Segurado:** é o restabelecimento do capital segurado após o pagamento de uma indenização, desde que não se trate de cobertura que preveja o cancelamento da apólice.
- 2.47. 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).
- 2.48. Regulação de Sinistro:** procedimento destinado à apuração das circunstâncias, causas e efeitos do Sinistro.
- 2.49. 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 regulação 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.**
- 2.50. Risco:** evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do Segurado, cuja ocorrência por provocar prejuízos.
- 2.51. Riscos Excluídos:** evento não coberto pelo Seguro, seja em razão de sua previsão expressa nas cláusulas de Riscos Excluídos, seja por não se enquadrar entre os riscos cobertos pela Apólice.
- 2.52. Segurado:** pessoa física exposta aos riscos previstos nas coberturas contratadas.
- 2.53. Segurado Dependente:** é o Cônjuge ou Companheiro(a), filho(s) e/ou Enteado(s), do Segurado Titular, quando incluído no contrato de seguro, desde que não seja Segurado Titular na referida

Apólice.

- 2.54. Segurado Titular:** pessoa física responsável pela formalização da contratação do seguro, bem como pela sua manutenção junto à Seguradora.
- 2.55. Seguradora:** empresa legalmente autorizada a comercializar seguro e que, mediante o recebimento de Prêmio, garante interesse legítimo do Segurado ou do Beneficiário, contra riscos predeterminados. Para o presente seguro, é a Mapfre Seguros Gerais S.A.
- 2.56. Sinistro:** ocorrência de evento coberto previsto nas Condições Contratuais, durante o período de Vigência do Seguro.
- 2.57. Vigência do Seguro:** período de tempo fixado na Apólice durante o qual está em vigor o contrato de seguro.

CLÁUSULA 3 – COBERTURAS DO SEGURO

- 3.1.** Este seguro permite a contratação das Coberturas listadas nesta Cláusula, respeitando as regras de conjugação indicadas e preestabelecidas pela Seguradora, conforme seus respectivos objetivos, Riscos Excluídos específicos, Capital Segurado e demais disposições estão determinados nas respectivas Condições Especiais de cada Cobertura.
- 3.2.** As coberturas do Seguro são aquelas escolhidas pelo Proponente e discriminadas na Proposta de Contratação e refletidas na Apólice.
- 3.3. Cobertura Básica**
a) DOENÇAS GRAVES – DG
- 3.3.1. Cláusulas Suplementares**
a) Inclusão Facultativa de Filho(s) e/ou Enteado(s).
- 3.4.** A cobertura básica é de contratação obrigatória.
- 3.5.** 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)/Enteado(s) do Segurado, observadas as condições e definições constantes nas respectivas Condições Especiais referente a Cláusula Suplementar.
- 3.6.** As Coberturas previstas nestas Condições Contratuais somente serão válidas quando contratadas e expressamente previstas 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 DECORRIDO DO TRABALHO, DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MILITARES, DE ATOS HUMANITÁRIOS, DA UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE ARRISCADO, DA PRÁTICA ESPORTIVA;
- C) DE LESÕES OU DOENÇAS PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO SEGURADO E NÃO TENHAM SIDO DECLARADAS NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO OU NO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE RISCO;
- 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, DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE, INCLUINDO A GRIPE AVIÁRIA, A FEBRE AFTOSA, A MALÁRIA, A DENGUE, A MENINGITE, DENTRE OUTRAS, MAS NÃO SE LIMITANDO A ELAS;
- J) DE PERTURBAÇÕES E/OU INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DECORRENTES DE 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 QUAISQUER PAGAMENTOS, MESMO EM CONSEQUÊNCIA DE EVENTO COBERTO, DECORRENTES DE DANOS MORAIS E DANOS ESTÉTICOS, E DE LUCROS CESSANTES RESULTANTES DA PARALISAÇÃO, TEMPORÁRIA OU DEFINITIVA, DAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS DO SEGURADO EM VIRTUDE DA OCORRÊNCIA DE QUALQUER RISCO COBERTO E INDENIZÁVEL;
- P) DE ATIVIDADES 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) PARTICIPAR ILEGALMENTE DE CORRIDAS AUTOMOBILÍSTICAS, A CAVALO OU DE BICICLETA, BEM COMO TESTES OU COMPETIÇÕES DE VELOCIDADE, SEGURANÇA OU RESISTÊNCIA;
 - 3) 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; E
 - D) QUANDO CONSTATADO QUALQUER ATO ILÍCITO PRATICADO PELO SEGURADO, ENVOLVENDO A UTILIZAÇÃO DO VEÍCULO.

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;
- B) DE DOENÇA COMUMENTE CHAMADA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC, QUAISQUER QUE SEJAM SUAS CAUSAS, AINDA QUE PROVOCADAS, DESENCADEADAS OU AGRAVADAS, DIRETA OU INDIRETAMENTE, POR ACIDENTE, EXCETO AS INFECÇÕES, ESTADOS SEPTICÊMICOS E EMBOLIAS, RESULTANTES DE FERIMENTO VISÍVEL CAUSADO EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO;
- C) 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;
- D) DE ERROS MÉDICOS;
- E) DE PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO EM COMPETIÇÕES ILEGAIS EM AERONAVES, EMBARCAÇÕES E VEÍCULOS A MOTOR, INCLUSIVE TREINOS PREPARATÓRIOS; E
- F) 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.

7.2.1 O PRAZO DE CARÊNCIA PARA O AUMENTO DO CAPITAL SEGURADO OU DA COBERTURA INCLUÍDA, EM CASO DE ALTERAÇÃO DA VIGÊNCIA NO CONTRATO, INCIDIRÁ SOMENTE NA PARTE EM QUE SE REFERE ESTE AUMENTO DE CAPITAL SEGURADO E/OU COBERTURA ACRESCIDA, SEM INTERFERÊNCIA NO PRAZO DE CARÊNCIA RELATIVO AO CAPITAL CONTRATADO DE FORMA PRÉVIA A ESTE AUMENTO OU INCLUSÃO DE COBERTURA.

7.3. NÃO HÁ PRAZO DE CARÊNCIA QUANDO OCORRER A RENOVAÇÃO DO SEGURO E PARA SINISTROS DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL, RESSALVADA A HIPÓTESE PREVISTA NA CLÁUSULA 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, NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO E NA APÓLICE DE SEGURO.

CLÁUSULA 8 – FORMA DE CONTRATAÇÃO E ACEITAÇÃO DO SEGURO

8.1. O Seguro é de contratação individual mediante apresentação da Proposta de Contratação à Seguradora, devidamente preenchida e assinada pelo Segurado, Proponente ou por intermédio de seu representante legal e/ou pelo Corretor de Seguros, com o conhecimento prévio da íntegra das respectivas Condições Contratuais.

8.1.1. O simples pedido de cotação à Seguradora não equivale à Proposta.

8.2. A ACEITAÇÃO DA PROPOSTA ESTARÁ SUJEITA À ANÁLISE DO RISCO.

8.3. Poderá ser aceito como Segurado, o Proponente que, na data da apresentação da Proposta esteja em plenas condições de saúde e de exercer atividade profissional, ou se for aposentado por idade ou tempo

de serviço, se encontre em perfeitas condições de saúde. Em qualquer hipótese, o Proponente deverá ter idade compreendida entre 18 (dezoito) anos e 70 (setenta) anos completos, na data da adesão ao seguro.

8.3.1. 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.

8.4. Na Proposta, deverão ser prestadas pelo potencial Segurado todas as informações necessárias à aceitação do risco e à fixação da taxa para cálculo do valor do Prêmio, de acordo com o Questionário de Análise de Risco que lhe submeta a Seguradora, sob pena de perda do direito a qualquer indenização, na forma prevista pela CLÁUSULA “18 - PERDA DE DIREITOS”.

8.4.1. Poderá ser parte integrante da Proposta de Contratação, o Questionário de Avaliação de Risco.

8.4.2. O Proponente é obrigado a declarar, sob pena de nulidade do contrato, seu interesse sobre a vida e a incolumidade do Segurado.

8.4.3. Presume-se o interesse quando o Segurado for cônjuge, companheiro, ascendente ou descendente do terceiro cuja vida ou integridade física seja objeto do Seguro celebrado.

8.4.4. O Proponente e os terceiros intervenientes no contrato, ao responderem ao Questionário de Avaliação de Risco, devem informar tudo de relevante que souberem ou que deveriam saber a respeito do interesse e do risco a serem garantidos, de acordo com as regras ordinárias de conhecimento.

8.5. Este plano permite apenas contratação individual.

8.6. Adicionalmente, na Proposta, deverão ser fornecidas à Seguradora as seguintes informações cadastrais:

- 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) Patrimônio estimado ou 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.

8.7. A Seguradora terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos, contados a partir da data do recebimento da Proposta de Contratação, de Proposta de Alteração ou de Proposta de Renovação, para aceitá-la ou recusá-la.

8.7.1. A Seguradora, dentro do prazo estabelecido na Cláusula 8.5, poderá solicitar esclarecimentos, exames complementares e documentos complementares para análise e aceitação da Proposta. Neste caso, o prazo de 25 (vinte e cinco) dias será interrompido, reiniciando-se a partir do primeiro dia útil subsequente à data em que se der a entrega de toda documentação e/ou informação solicitada.

8.7.2. A recusa da Proposta será comunicada pela Seguradora ao Proponente ou Corretor de Seguros, por escrito, devidamente justificada.

8.7.3. A ausência de manifestação por escrito da Seguradora no prazo previsto na Cláusula 8.5 caracterizará aceitação tácita da Proposta.

8.7.4. Se o Segurado desejar alterar as condições contratadas, deverá solicitá-lo à Seguradora. A Seguradora terá o prazo estabelecido na Cláusula 8.7 para manifestar-se sobre a alteração solicitada pelo Segurado, seu representante legal ou pelo Corretor de Seguros.

8.8. Na hipótese de apresentação de Proposta com pagamento antecipado de Prêmio, total ou parcial, o período de vigência da Apólice será considerado iniciado a partir da data de recepção da Proposta pela Seguradora, em cobertura provisória, até que a Seguradora aceite, ou não, o risco.

8.8.1. Fica estabelecido que a garantia provisória oferecida a partir do recebimento da Proposta com o adiantamento do Prêmio não obriga a Seguradora a aceitar definitivamente a referida Proposta.

8.8.2. Em caso de recusa da Proposta, a cobertura securitária permanecerá por mais 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data em que o Proponente, seu representante legal, ou o Corretor de Seguros tiver conhecimento formal da recusa.

8.8.3. Formalizada a recusa, o valor do adiantamento a que se refere a Cláusula 8.8 deverá ser restituído ao Proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura e do valor das despesas de contratação.

8.9. A emissão/disponibilização da Apólice, do Endosso ou de qualquer outro documento comprobatório do contrato será realizada em até 30 (trinta) dias, contados a partir da data de aceitação da Proposta.

8.9.1. A data de aceitação da Proposta será:

I. A data de emissão/disponibilização da Apólice; ou

II. A data de término do prazo previsto na Cláusula 8.5, quando caracterizada a aceitação tácita da Proposta pela Seguradora.

8.10. Não se presume que a Seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem da Proposta, do Questionário de Avaliação do Risco, nem daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente, na forma estipulada na CLÁUSULA 15 – OBRIGAÇÕES DO SEGURADO.

8.11. É admitida a contratação do Seguro por meios remotos.

8.12. É VEDADA A CONTRATATAÇÃO DO SEGURO POR MEIO DE PROCURAÇÃO

CLÁUSULA 9 –VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

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 em até 30 (trinta) dias, antes do término da vigência da Apólice, comunicar por escrito o desinteresse na renovação.

9.3.1. O Segurado poderá recusar o novo contrato a qualquer tempo antes do início de sua vigência, comunicando-o à Seguradora ou simplesmente deixando de efetuar o pagamento da única ou da primeira parcela do prêmio.

9.4. As renovações posteriores à primeira deverão ser formalizadas de forma expressa, por meio do preenchimento e apresentação da Proposta pelo Segurado, seu representante legal e/ou Corretor de Seguros nos termos da **CLÁUSULA 8 – FORMA DE CONTRATAÇÃO E ACEITAÇÃO DO SEGURO** das Condições Gerais, com no mínimo 25 (vinte e cinco) dias antes do término da Vigência da Apólice.

9.4.1. Caso a Proposta seja enviada à Seguradora em desacordo com o prazo estabelecido acima, a Seguradora poderá, em caso de aceitação da Proposta, fixar a data de início da Vigência do novo contrato diferentemente da data do término da Vigência do presente Seguro, hipótese em que não haverá cobertura no período compreendido entre o término da Vigência do presente Seguro e o início da Vigência do novo contrato.

9.5. Este seguro é firmado por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, observando-se o seguinte:

9.5.1. Para as Apólices vigentes há menos de 10 anos, o desinteresse na renovação será comunicado mediante aviso prévio em até 30 (trinta) dias antes do término da Vigência da Apólice; e

9.5.2. Para as Apólices renovadas sucessiva e automaticamente por mais de 10 (dez) anos, o desinteresse na renovação será comunicado mediante aviso prévio de no mínimo 90 (noventa) dias antes do término da Vigência da Apólice.

9.5.3. Em nenhuma das hipóteses acima será devida a devolução dos Prêmios pagos durante a vigência da Apólice.

CLÁUSULA 10 – PAGAMENTO DE PRÊMIO

10.1. O Prêmio do Seguro é periódico e deverá ser pago, pelo Segurado ou seu representante financeiro, de acordo com a modalidade escolhida dentre aquelas disponibilizadas pela Seguradora (Anual ou Mensal), conforme opção indicada na Proposta de Contratação, até a data do vencimento do

respectivo documento de cobrança.

10.1.1. O pagamento do Prêmio do Seguro poderá ser realizado de acordo com a forma de cobrança prevista na Proposta de Contratação. Cada pagamento corresponderá ao respectivo período de cobertura.

10.1.2. Se aplicável, a Seguradora encaminhará o documento de cobrança diretamente ao Segurado ou seu representante legal e/ou financeiro, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao Corretor de Seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.

10.1.3. Se o Segurado, seu representante, ou o Corretor que intermediar a contratação, não receberem o documento de cobrança, seja da parcela única à vista ou de qualquer uma das parcelas (Anual ou Mensal, conforme modalidade escolhida) no prazo estabelecido na Cláusula 10.2, deverão solicitar à Seguradora, de forma registrada, instruções para efetuar o pagamento antes da data do seu vencimento.

10.2. A data do vencimento para o pagamento da parcela única ou da primeira parcela do Prêmio, será de, no máximo, 30 (trinta) dias, contados da Aceitação da Proposta e/ou de eventuais Endossos.

10.3. Quando a data de vencimento para o pagamento do Prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil seguinte.

10.4. Na hipótese de pagamento do Prêmio por meio de débito em conta corrente, a quitação está vinculada à confirmação do débito do valor pela rede bancária, sendo do Segurado ou do responsável pelo pagamento a responsabilidade de autorização do débito junto ao banco escolhido.

10.5. 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.**

10.6. 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. **A FALTA DE O PAGAMENTO DA PARCELA ÚNICA OU DA PRIMEIRA PARCELA DO PRÊMIO, ATÉ A DATA DE SEU VENCIMENTO, RESOLVE AUTOMATICAMENTE E DE PLENO DIREITO O CONTRATO DE SEGURO, INDEPENDENTEMENTE DE QUALQUER INTERPELAÇÃO JUDICIAL OU EXTRAJUDICIAL.**

10.8. **A FALTA DE PAGAMENTO DE QUALQUER UMA DAS PARCELAS SUBSEQUENTES À PRIMEIRA NO PRAZO DEVIDO ACARRETARÁ A COBRANÇA DO PRÊMIO VENCIDO ACRESCIDO DE MULTA DE 2% E JUROS DE MORA CONFORME PREVISTO NA CLÁUSULA 13 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS, SENDO APLICADO AINDA O DISPOSTO NA CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DA APÓLICE E NA CLÁUSULA 18 – PERDA DE DIREITOS.**

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

- 11.1. Quando o prêmio de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira não for pago até a data do seu vencimento, as Coberturas do Seguro permanecerão vigentes pelo prazo de tolerância de 60 (sessenta) dias.**
- 11.1.1. Durante o prazo de tolerância estarão cobertos os sinistros ocorridos, mas o pagamento da indenização ficará condicionado ao recebimento do(s) prêmio(s) devido(s), podendo a Seguradora abater o(s) respectivos(s) valor(es) devido(s) da indenização. Serão aplicados no(s) prêmio(s) devido(s) os encargos previstos na CLÁUSULA 13 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS.**
- 11.1.2. DURANTE O PRAZO DE TOLERÂNCIA O SEGURADO SERÁ NOTIFICADO PARA PAGAR A(S) PARCELAS EM ATRASO COM OS ENCARGOS DEVIDOS, SENDO ADVERTIDO QUE O NÃO PAGAMENTO ATÉ O PRAZO INDICADO ACARRETERÁ O CANCELAMENTO DO SEGURO.**
- 11.2. APÓS A NOTIFICAÇÃO E ENCERRADO O PRAZO DE TOLERÂNCIA, SEM QUE TENHA HAVIDO O PAGAMENTO DO(S) PRÊMIO(S) EM ATRASO, O SEGURO SERÁ AUTOMATICAMENTE CANCELADO.**
- 11.3. A APÓLICE DE SEGURO PODERÁ SER RESCINDIDA A QUALQUER TEMPO, DESDE QUE COM A CONCORDÂNCIA RECÍPROCA DAS PARTES CONTRATANTES. A SEGURADORA RETERÁ, ALÉM DOS EMOLUMENTOS, O PRÊMIO RECEBIDO DE FORMA PROPORCIONAL AO TEMPO DECORRIDO DA VIGÊNCIA.**
- 11.4. O SEGURO SERÁ AUTOMATICAMENTE CANCELADO, SEM QUALQUER RESTITUIÇÃO DE PRÊMIO E EMOLUMENTOS:**
- 11.4.1. QUANDO HOUVER FRAUDE OU TENTATIVA DE FRAUDE COMPROVADAMENTE PRATICADA PELO SEGURADO, SEU REPRESENTANTE LEGAL OU BENEFICIÁRIO NA CONTRATAÇÃO DO SEGURO OU DURANTE A SUA VIGÊNCIA, OU AINDA, PARA OBTENÇÃO OU PARA MAJORAÇÃO DA INDENIZAÇÃO;**
- 11.4.2. NA OCORRÊNCIA DE QUAISQUER DAS SITUAÇÕES PREVISTAS NA CLÁUSULA 18 – PERDA DE DIREITOS, SALVO NOS CASOS EM QUE NÃO HAJA MÁ-FÉ E QUE A SEGURADORA OPTE PELA CONTINUIDADE DO SEGURO;**
- 11.4.3. PELA INOBSERVÂNCIA DAS OBRIGAÇÕES CONVENCIONADAS NA CLÁUSULA 15 – OBRIGAÇÕES DO SEGURADO, INCLUSIVE QUANTO AO PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO;**
- 11.4.4. NO FINAL DO PRAZO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE, SE ESTA NÃO FOR RENOVADA;**
- 11.4.5. COM O PAGAMENTO TOTAL DO CAPITAL SEGURADO CONTRATADO, QUANDO A COBERTURA INDENIZADA PREVER, EM SUAS CONDIÇÕES ESPECIAIS, A EXTINÇÃO DA APÓLICE CONTRATADA; e**
- 11.4.6. COM O FALECIMENTO DO SEGURADO TITULAR.**

CLÁUSULA 12 – CAPITAL SEGURADO

- 12.1.** O Capital Segurado contratado para cada uma das Coberturas corresponderá ao valor máximo de Indenização estabelecido na Apólice devida na ocorrência do Evento Coberto, **respeitadas as Condições Contratuais e os limites estabelecidos para cada Cobertura contratada.**
- 12.2.** O Segurado, a qualquer tempo, poderá solicitar à Seguradora a emissão de Endosso para alteração dos valores dos Capitais Segurados 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 – FORMA DE CONTRATAÇÃO E 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 serão atualizados monetariamente anualmente, na data de aniversário da contratação da Apólice, 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. Além do previsto na Cláusula 13.3, aplicar-se-ão nas situações previstas nos subitens 13.3.2 e 13.3.3, juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados “Pro Rata Temporis”, a partir do primeiro dia útil posterior a data definida para cada previsão até a data do seu efetivo pagamento.

13.5. Além do previsto na Cláusula 13.2 e 13.3, aplicar-se-á na situação prevista na Cláusula 13.3.4 multa de 2% (dois por cento) sobre o montante devido, corrigido monetariamente.

13.6. 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 na data de Início de Vigência do Seguro será aquele estabelecido na Proposta de Contratação, sujeito as alterações decorrentes da mudança de idade de cada Segurado durante a vigência do seguro.

14.1.1. Anualmente, a contar da data de início da vigência da Apólice ou da sua renovação, o valor do Prêmio das seguintes Coberturas será reajustado em função da mudança de idade do Segurado e consequente aumento do Risco, com a finalidade de manter o equilíbrio atuarial, financeiro e econômico do seguro:

a) Doenças Graves – DG.

14.2. Além do reajuste a que se refere o item acima, anualmente, na mesma data, o prêmio será atualizado monetariamente, conforme previsto na **CLÁUSULA 13 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS.**

CLÁUSULA 15 – OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

15.1. Sob pena de perder o direito a qualquer indenização, nos termos da CLÁUSULA 18 – PERDA DE DIREITOS, o Segurado, por si ou por seu representante legal, obriga-se a:

15.1.1 Prestar à Seguradora todas as informações necessárias à Aceitação do Risco e à fixação da taxa para cálculo do valor do Prêmio, de acordo com o questionário que lhe submeta a seguradora;

15.1.2 Comunicar à Seguradora todo fato ou incidente suscetível de gerar relevante agravamento do risco coberto tão logo dele tome conhecimento;

15.1.3 Dar imediato aviso à Seguradora, por escrito, de todo e qualquer Sinistro, bem como de qualquer evento que possa vir a se caracterizar como tal, indenizável ou não, nos termos deste contrato, tão logo dele tome conhecimento, através dos canais disponibilizados pela Seguradora e indicados na apólice de seguro.

CLÁUSULA 16 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

16.1. REGULAÇÃO DE SINISTROS

16.1.1. Ocorrendo um Sinistro, o Segurado, o Beneficiário ou seu representante legal de um ou de outro deverá comunicar imediatamente à Seguradora, fornecendo juntamente com o Aviso de Sinistro, todas as informações disponíveis sobre sua causa e consequências e documentação básica prevista na Cláusula 16.2. e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s).

16.1.2. Caso a documentação apresentada no Aviso de Sinistro seja insuficiente ou incompleta, ou, ainda, que faça referência a outros documentos e fatos não disponibilizados, a Seguradora informará ao Segurado, Beneficiário ou representante legal de um ou de outro a lista de documentos faltantes e necessários à Regulação do Sinistro.

16.1.3. Uma vez cumprida pelo Segurado, Beneficiário ou representante legal de um ou de outro a obrigação de fornecer todos os documentos e informações previstas na Cláusula 16.2 e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s), a Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) a 120 (cento e vinte) dias, conforme previsto nas Condições Especiais da Apólice, para concluir a Regulação do Sinistro e se manifestar sobre a existência de cobertura securitária, contado da data em que lhe tiver sido entregue o último documento pendente.

16.1.4. No caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora ou o regulador de Sinistro poderão solicitar outras informações e/ou documentos complementares, além daqueles elencados como documentação básica prevista na Cláusula 16.2 e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s).

16.1.5. Neste caso, a contagem do prazo para a manifestação sobre a cobertura será suspensa e será reiniciada a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

16.1.6. Nos sinistros em que a importância segurada não exceda o correspondente a 500 (quinhentas) vezes o salário-mínimo vigente, a contagem do prazo poderá ser suspensa por apenas 1 (uma) única vez. Para os demais casos, a suspensão poderá ocorrer por no máximo 2 (duas) vezes.

16.1.7. A não entrega dos documentos básicos previstos na Cláusula 16.2 e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s) e/ou complementares solicitados, em até 90 (noventa) dias, sem qualquer justificativa, ensejará o encerramento da Regulação do Sinistro sem pagamento de Indenização. Nessa hipótese, a Regulação do Sinistro poderá ser retomada a qualquer tempo, desde que apresentados os documentos necessários, observado o prazo prescricional previsto em lei.

- 16.1.8. A Seguradora poderá exigir atestados, certidões de autoridades competentes ou cópia da certidão de abertura de inquérito, que porventura tiver sido instaurado.
- 16.1.9. Correrão por conta da Seguradora as despesas com a Regulação do Sinistro, salvo as realizadas para a apresentação dos documentos básicos previstos na Cláusula 16.2 e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s) e dos documentos complementares porventura solicitados.
- 16.1.10. Os atos e providências praticados pela Seguradora na execução dos procedimentos de Regulação e liquidação do Sinistro não importam, por si só, no reconhecimento de cobertura securitária.
- 16.1.11. Encerrada a Regulação do Sinistro, caso a Seguradora conclua que não há cobertura securitária para o Sinistro, o Segurado ou Beneficiário será comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento, dentro do prazo de 30 (trinta) a 120 (cento e vinte) dias.
- 16.1.12. A Seguradora poderá apresentar fundamentos adicionais para a negativa da cobertura, caso venha a tomar conhecimento de fatos que anteriormente desconhecia ou caso a negativa seja baseada na ausência ou insuficiência de documentos.
- 16.1.13. A Regulação e a Liquidação do Sinistro poderão ser realizadas simultaneamente quando possível.

16.2. DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS PARA A REGULAÇÃO DE SINISTROS.

- 16.2.1. Para a análise e regulação do Sinistro deverão ser apresentados os documentos básicos relacionados abaixo:
- 16.2.1.1. 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.
- 16.2.1.2. Além dos documentos descritos nos subitens 16.2.1.1., 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.

16.2.1.3. 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:

16.2.1.3.1. 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.).

16.2.2. Adicionalmente aos documentos previstos nesta Cláusula, para análise e regulação do Sinistro é imprescindível a apresentação dos documentos relacionados na cláusula de REGULAÇÃO DE SINISTRO das Condições Especiais de cada uma das Coberturas contratadas.

16.2.3. 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.

16.2.4. O SEGURADO ACIDENTADO DEVERÁ RECORRER IMEDIATAMENTE, A SUA CUSTA, AOS SERVIÇOS DE MÉDICOS LEGALMENTE HABILITADOS, SUBMETENDO-SE AO TRATAMENTO EXIGIDO PARA UMA CURA COMPLETA.

16.2.5. 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.

16.2.6. 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.

16.2.6.1 Havendo divergência sobre a escolha do Médico desempatador, a designação será solicitada à entidade médica representativa da especialidade.

16.2.7. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da

data da indicação do membro pelo Segurado.

16.2.8. 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.

16.2.9. 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.

16.2.10. A perícia será efetuada por Médico designado pela Seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o Segurado.

16.2.11. 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.

16.2.12. 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.

16.2.13. Os eventuais encargos de tradução necessários à regulação de Sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

16.3. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

16.3.1. Confirmada a existência de cobertura securitária para o Sinistro, a Seguradora pagará o Capital Segurado para a cobertura contratada, deduzida a Franquia estipulada na Apólice, se existente.

16.3.2. Em caso de Sinistro amparado por mais de uma cobertura, será deduzida a Franquia correspondente a cada cobertura individualmente, quando houver.

16.3.3. O Segurado ou Beneficiário deverá apresentar à Seguradora, na forma do disposto na Cláusula 15 – OBRIGAÇÕES DO SEGURADO, todos os documentos previstos na Cláusula 16.2 e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s).

16.3.4. Caso a documentação apresentada seja insuficiente ou incompleta, ou, ainda, faça referência a outros fatos ou documentos não disponibilizados, a Seguradora enviará ao Segurado ou Beneficiário a lista de documentos faltantes e necessários à regulação do Sinistro.

16.3.5. Uma vez cumprida a obrigação de fornecer todos os documentos e informações solicitadas, realizada a regulação e reconhecida a cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento do capital segurado da(s) cobertura(s) acionada(s) no prazo máximo de 30 (trinta) a 120 (cento e vinte) dias, contado da data em que lhe tiver sido entregue o último documento pendente.

16.3.5.1. No caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora ou o liquidante do Sinistro poderão solicitar outros documentos e/ou informações complementares. Neste caso, a contagem do prazo aplicável será suspensa por 1 (uma) única vez, e será reiniciada a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

16.3.2. Se, após o pagamento do capital segurado, a Seguradora tomar conhecimento de qualquer fato que descaracterize o direito do Segurado ou do Beneficiário ao seu recebimento, esta poderá requerer a devolução dos valores pagos indevidamente e dos demais gastos incorridos em decorrência do Sinistro.

CLÁUSULA 17 – BENEFICIÁRIOS

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

17.2.Na falta de indicação de Beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que foi feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge, se houver, e o restante aos demais herdeiros do segurado.

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.

17.3. Considera-se ineficaz a indicação quando o Beneficiário falecer antes da ocorrência do sinistro ou se ocorrer comoriência. Em caso de falecimento do único Beneficiário(a) indicado 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.

17.4. 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.

17.5. 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.

17.6. Se não houver beneficiários indicados ou legais, o valor será pago àqueles que provarem que a morte do segurado os privou de meios de subsistência.

17.7. 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.

17.8. É LIVRE A INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S) DO SEGURO.

17.9. 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.

17.9.1 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.

17.9.2A SEGURADORA NÃO CIENTIFICADA DA SUBSTITUIÇÃO ESTARÁ DESOBRIGADA PAGANDO AO ANTIGO BENEFICIÁRIO.

17.9.3EM 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 SINISTRO.

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

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

17.12. CASO NÃO SEJA IDENTIFICADO BENEFICIÁRIO OU DEPENDENTE DO SEGURADO PARA SUBSISTÊNCIA NO PRAZO PRESCRICIONAL DA RESPECTIVA PRETENSÃO, O CAPITAL SEGURADO SERÁ TIDO POR ABANDONADO, NOS TERMOS DO INCISO III DO CAPUT DO ART. 1.275 DA LEI Nº 10.406, DE 10 DE JANEIRO DE 2002 (CÓDIGO CIVIL), E SERÁ APORTADO NO FUNDO NACIONAL PARA CALAMIDADES PÚBLICAS, PROTEÇÃO E DEFESA CIVIL (FUNCAP).

CLÁUSULA 18 – PERDA DE DIREITOS

18.1. Além dos casos previstos em lei, na Apólice e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) contratada(s), o Segurado ou Beneficiário perderá o direito a qualquer indenização, bem como terá o seguro cancelado, obrigando-se ao pagamento do Prêmio vencido e das despesas efetuadas pela Seguradora, se:

18.1.1. O Segurado, por si ou seu representante, agravar(em) intencionalmente e de forma relevante o risco objeto do contrato de seguro.

18.1.1.1. Será relevante o agravamento que resulte no aumento significativo e continuado da probabilidade de realização do risco coberto ou da severidade dos efeitos de realização deste risco.

18.1.2. O Segurado, por si ou seu representante, que, dolosamente ou culposamente, deixar de comunicar o relevante agravamento de risco à Seguradora tão logo dele tome conhecimento, fica obrigado a pagar a diferença de prêmio apurada.

18.1.2.1. Ciente do agravamento, a Seguradora poderá, no prazo de 20 (vinte) dias, manifestar-se nos termos da regulamentação em vigor.

18.1.3. O Segurado, por si ou seu representante, deixar de fornecer as informações necessárias à aceitação da proposta e à fixação do prêmio, conforme questionário que lhe submeta a Seguradora.

18.1.3.1. Se o descumprimento for doloso, perderá a garantia, além de estar obrigado ao pagamento do prêmio e das despesas efetuadas pela Seguradora.

18.1.3.2. Se o descumprimento for culposos, a Seguradora, esta poderá, diante dos fatos não revelados:

A) Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- i) caso a garantia seja tecnicamente impossível ou se o risco decorrente da omissão não for originalmente subscrito pela Seguradora, cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou**
- ii) permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.**

B) Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

- i) caso a garantia seja tecnicamente impossível ou se o risco decorrente da omissão não for originalmente subscrito pela Seguradora, cancelar o seguro após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado acrescido da diferença cabível; ou**
- ii) permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível, deduzi-la do valor a ser indenizado e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.**

C) Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado: após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo deduzir do valor a ser indenizado a diferença de prêmio cabível.

18.1.4. O Segurado, por si ou seu representante legal, e/ou Beneficiário, deixar de comunicar à Seguradora a ocorrência de qualquer sinistro ou da iminência de seu acontecimento, tão logo tome conhecimento, ou de prestar todas as informações de que disponha sobre o Sinistro, suas causas e consequências, sempre que questionado a respeito pela Seguradora.

18.2. Além das hipóteses de perda de direitos acima mencionadas nesta Cláusula, o Segurado e/ou Beneficiário também perderá(ão) o direito a qualquer indenização se:

-
- a) Deixar de cumprir qualquer obrigação convencionada na Apólice, nas Condições Gerais e/ou Especiais deste seguro;
 - b) O sinistro decorrer de atos ilícitos dolosos ou de culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante de um ou de outro.
 - c) Por qualquer meio, procurar obter, mediante tentativa de fraude ou fraude consumada, benefícios indevidos, tanto na contratação do seguro, quanto durante a sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização.

CLÁUSULA 19 – REGIME FINANCEIRO

- 19.1. Este Seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples e, portanto, não permite devolução ou resgate de quaisquer Prêmios pagos, uma vez que cada Prêmio é destinado a custear o Risco de pagamento das indenizações no período de Cobertura.
- 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, não existindo 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 – PROPAGANDA E PUBLICIDADE

- 20.1. A propaganda 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 Gerais, Condições Especiais e a Nota Técnica Atuarial submetidos à SUSEP.

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 DESTES SEGUROS 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 DA SOCIEDADE SEGURADORA NO SÍTIO ELETRÔNICO 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 DESTES PRODUTOS PROTOCOLADAS PELA SEGURADORA JUNTO À SUSEP PODERÃO SER CONSULTADAS NO ENDEREÇO ELETRÔNICO WWW.SUSEP.GOV.BR, DE ACORDO COM O NÚMERO DE PROCESSO CONSTANTE DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO.

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 – GLOSSÁRIO 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 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 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 (fluído 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 (PaO₂) 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 (aloxertos 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 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 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 esterotáxica
- 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 sequela 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 cirurgião cardíaco e demonstrado por exames complementares apropriados (ecocardiograma, angiorressonância 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		
Doenças / Procedimentos	Plano Titular Básico	Plano Titular Intermediário	Plano Titular Completo
Planos			
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 Vascular (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 cranioencefálico			X
Doença do Neurônio Motor			X
Total	11	19	25

3.1.2. Filhos(as) / Enteados(as)

Seguradora	MAPFRE
Doenças / Procedimentos	Plano Infantil
Planos	
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
Total	12

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 CONGÊNTAS, 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 linfóide) 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) estágios 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 ateromatose 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 vasoespasma coronariano, 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: desordens isquêmicas 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 transcatéter

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) estágios 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 5 – CARÊNCIA E FRANQUIA

5.1. 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.

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

CLÁUSULA 6 – CAPITAL SEGURADO

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

6.2. 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 DESTES SEGUROS E DE SUAS RENOVAÇÕES, SE OCORREREM, A POSSIBILIDADE DE ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES PELO DIAGNÓSTICO DE MAIS DE UMA DOENÇA.

CLÁUSULA 7 – DATA DO EVENTO

7.1. 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 8 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO

8.1. 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 9 – TÉRMINO DA COBERTURA

9.1. 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:

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

CLÁUSULA 10 – REGULAÇÃO DE SINISTROS

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

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

- 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;
- Cópia do Exame Anatomopatológico que comprove o Diagnóstico de Câncer;
- Laudo de exames citológicos e histológicos conclusivos (apropriados para cada caso); e

d) Laudo do perito Médico, **quando solicitado pela Seguradora.**

10.1.2. 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.

10.1.3. 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).

10.1.4. 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).

10.1.5. 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).

10.1.6. 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).

10.1.7. 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.

10.1.8. 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.

10.1.9. 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.

10.1.10. 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.

10.1.11. 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).

10.1.12. 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.

10.1.13. 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.

10.1.14. 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.

10.1.15. 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.

10.1.16. 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).

10.1.17. 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.

10.1.18. 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).

10.1.19. 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.

10.1.20. 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.

10.1.21. 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).

10.1.22. 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).

10.1.23. 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 11 – BENEFICIÁRIOS

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

11.1.1. 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 12 – DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. 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.

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE DEPENDENTES FILHO(S) E/OU ENTEADO(S)

CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA CLÁUSULA

- 1.1. Esta Cobertura 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, participando das Coberturas indicadas na CLÁUSULA 2 – RISCOS COBERTOS desta Cobertura Adicional, 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 – GLOSSÁRIO 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.**
- 1.4. **Não haverá cobertura, se o evento resultar de risco excluído e/ou em caso de Perda de Direitos previsto nas Condições Gerais.**

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 INCLUI-LÓ 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 – REGULAÇÃO DE SINISTROS

8.1. Além dos documentos indicados no item 16.2 da CLÁUSULA 16 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais e os documentos solicitados na cláusula de REGULAÇÃO 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 – REGULAÇÃO E 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.