

**SEGURO DE VIDA
DOTAL MISTO COM PERFORMANCE**

REGULAMENTO

Sumário

TÍTULO I - DAS CARACTERÍSTICAS.....	2
TÍTULO II - DAS DEFINIÇÕES	4
TÍTULO III - DA CONTRATAÇÃO DO PLANO.....	10
Capítulo I - Condições de Contratação.....	10
Capítulo II - Classificação do Risco.....	14
TÍTULO IV - DA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES PÓS-CONTRATAÇÃO.....	14
Capítulo I - Aos Segurados.....	14
Capítulo II - Aos Assistidos	16
Capítulo III - Das Disposições Comuns.....	17
TÍTULO V - DAS COBERTURAS	18
Capítulo I - Da Descrição Das Coberturas.....	18
Capítulo II - DAS EXCLUSÕES GERAIS	26
Capítulo III - DO PERÍODO DE DIFERIMENTO	29
Seção I - Do período de carência	29
Seção II – Do período de cobertura.....	34
Seção III - Dos Prêmios	30
Seção IV - Da Atualização	33
Seção V - Do carregamento	33
Seção VI - Da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder.....	34
Seção VII - Da aplicação dos recursos.....	34
Seção VIII - Do Resgate	35
Seção IX - Da Portabilidade	37
Seção X - Do Cancelamento.....	39
Seção XI - Da Perda de Direito	39
Seção XII - Do Resultado Financeiro	40
Capítulo IV - DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS.....	41
Seção I - Da Atualização	41
Seção II - Da Aplicabilidade da Mora.....	42
Capítulo V - DO PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO.....	42
Seção I – Da Cobertura por Sobrevivência.....	42
Seção II – Da Cobertura por Morte.....	43
Seção III – Das Coberturas Opcionais	47
TÍTULO VI – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS.....	50

**SEGURO DE VIDA
DOTAL MISTO COM PERFORMANCE**

REGULAMENTO

TÍTULO I – DAS CARACTERÍSTICAS

Art. 1º. A **MAPFRE PREVIDÊNCIA S.A.** com CNPJ de nº **04.046.576/0001-40**, institui o Plano de Seguro de Vida Dotal Misto com Performance, estruturado nos regimes financeiros previstos neste Regulamento e devidamente aprovado pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, através do Processo nº **15414.900482/2018-42**, observados os Riscos Excluídos previstos neste Regulamento e o período de sobrevivência para atendimento às condições de elegibilidade.

Art. 2º. Este plano oferece as seguintes coberturas que são estruturadas no Regime Financeiro de Capitalização e na modalidade de benefício definido:

I. Coberturas Básicas

- a) Cobertura por morte que será paga ao(s) beneficiário(s) indicado(s), no caso da morte do Segurado; e
- b) Cobertura por sobrevivência que será paga ao Segurado após cumprido do prazo de diferimento.

II. Coberturas Opcionais

- c) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) que será paga ao próprio Segurado no caso da invalidez permanente total ou parcial por acidente.
- d) Doenças Graves (DG) que será paga ao próprio Segurado no caso do diagnóstico de uma das doenças graves cobertas ou a realização de um dos procedimentos médicos cobertos, previstos neste Regulamento.

III. Cobertura Adicional

- e) Antecipação de Capital Segurado da cobertura de Morte, pago em Vida no caso de doenças terminais.

Art. 3º. As Coberturas Básicas são de contratação obrigatória e deverão ser mantidas ao longo de todo o período de diferimento.

Art. 4º. O plano tem como objetivo a concessão de Capital Segurado a pessoas físicas ou jurídicas, sob a forma de **PAGAMENTO ÚNICO**, de acordo com as regras estabelecidas neste Regulamento.

Art. 5º. Durante o período de diferimento, a Provisão Matemática de Benefícios a Conceder constituída para garantir as coberturas por morte, invalidez, doenças graves e sobrevivência terá remuneração, por taxa de juros efetiva anual e índice de atualização de valores.

Art. 6º Durante o período de diferimento haverá apuração de resultados financeiro sobre a Provisão Matemática de Benefícios a Conceder da cobertura de sobrevivência. O percentual de reversão de resultados financeiro será aplicado de acordo com a tabela a seguir:

Ano completo de Vigência da Apólice	% de Reversão
1º ano	10%
2º ano	50%
3º ano	55%
4º ano	60%
5º ano	65%
6º ano	70%
7º ano	75%
8º ano	80%
9º ano	85%
10º ano	90%
Após o 10º ano	100%

§ 1º O percentual de reversão de resultados financeiros não sofrerá redução, ficando sua elevação a critério da Seguradora.

§ 2º No caso de elevação, ela será idêntica para todos os Segurados.

Art. 7º. Poderão ser introduzidas alterações neste Regulamento sempre que houver prévia e expressa anuência de todos os Segurados, e prévia autorização das autoridades competentes, sendo as decorrentes de imposição legal ou regulamentar de aplicação automática.

Art. 8º. Os casos omissos serão resolvidos na forma da legislação vigente.

Art. 9º. A APROVAÇÃO DESTE PLANO PELA SUSEP NÃO IMPLICA, POR PARTE DA AUTARQUIA, INCENTIVO OU RECOMENDAÇÃO À SUA COMERCIALIZAÇÃO.

Art. 10. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

Art. 11. As questões judiciais, entre o Segurado ou beneficiário e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

Parágrafo Único – Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no “caput” deste Artigo.

TÍTULO II – DAS DEFINIÇÕES

Art. 12. Considerar-se-á, para fins deste Regulamento:

I. ACIDENTE PESSOAL: evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente, total ou parcial, do Segurado, ou que torne necessário o tratamento médico.

Incluem-se, ainda, nesse conceito:

- a) o suicídio, ou sua tentativa, o qual, para fins de indenização, será equiparado a acidente pessoal, observada a 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 tentativas de sequestros;
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral de origem traumática causada exclusivamente por fraturas ou luxações e radiologicamente comprovadas;

Não se incluem no conceito de “acidente pessoal”:

- a) as doenças, inclusive as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto, bem como as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes cobertos;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médica-científica, bem como 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”.

II. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC): obstrução aguda da circulação sanguínea cardiovascular causada por hemorragia subaracnóidea, hemorragia intracerebral e infarto cerebral resultando em dano neurológico permanente (distúrbio de fala, perda de atividades, paralisia). O diagnóstico de acidente vascular cerebral crítico deve ser feito por meio de tomografia computadorizada do cérebro ou ressonância magnética.

- III. ANGIOPLASTIA CORONARIANA:** procedimento cirúrgico, destinado a aliviar o estreitamento das artérias que irrigam o músculo cardíaco (coronárias). A indicação de cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia.
- IV. APÓLICE:** documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo proponente.
- V. ASSISTIDO:** o próprio Segurado pessoa física que receberá o Capital Segurado por sobrevivência em pagamento único.
- VI. BENEFICIÁRIO:** pessoa(s) física(s) indicada(s) livremente pelo Segurado para receber na hipótese de seu falecimento, os pagamentos relativos ao capital Segurado contratado para a cobertura por morte e o resgate da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder da cobertura por sobrevivência, de acordo com a estrutura da cobertura contratada e na forma da regulamentação vigente ou pessoa(s) jurídica(s) indicada(s) para receber o pagamento do Capital Segurado contratado para a cobertura por morte desde que comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nessa condição.
- VII. BENEFÍCIO DEFINIDO:** modalidade em que o Capital Segurado, pagável de uma única vez e os respectivos prêmios são estabelecidos previamente na proposta de contratação.
- VIII. CÂNCER OU CANCRO:** doença que se manifesta pela presença de um crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas, e invasão de tecidos e órgãos. O diagnóstico deve ser confirmado por exame histológico conclusivo. A doença pode afetar qualquer parte do corpo incluindo as células do sangue e o sistema linfático.
- IX. CAPITAL SEGURADO:** o pagamento que o(s) beneficiário(s) ou o próprio Segurado recebe em função da ocorrência do evento gerador, sob a forma de pagamento único.
- X. CAPITAL SEGURADO ADICIONAL:** constituído pelo valor de excedente financeiro da cobertura de sobrevivência, pago ao próprio Segurado no final do prazo de vigência da apólice, em função da ocorrência do evento gerador, sob a forma de pagamento único.
- XI. CARÊNCIA:** período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do Capital Segurado, durante o qual o Beneficiário não terá direito ao Capital Segurado contratado em eventual ocorrência de Evento Coberto. O limite máximo que um plano de seguro poderá estabelecer como prazo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não poderá exceder metade do prazo de vigência.
- XII. CARREGAMENTO:** importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização do plano.
- XIII. COBERTURA POR DOENÇAS GRAVES:** cobertura que garante o pagamento de Capital Segurado na hipótese de ocorrência de uma das doenças graves cobertas ou a realização de um dos procedimentos médicos cobertos pela cobertura de doenças graves, previstos neste Regulamento.
- XIV. COBERTURA POR INVALIDEZ:** cobertura que garante o pagamento de Capital Segurado na hipótese de ocorrência da invalidez permanente total ou parcial por acidente do Segurado.
- XV. COBERTURA POR MORTE:** cobertura que garante o pagamento de Capital Segurado na hipótese de ocorrência da morte do Segurado por qualquer causa.

- XVI. COBERTURA POR SOBREVIVÊNCIA:** cobertura que garante o pagamento do Capital Segurado na hipótese de sobrevivência do Segurado ao período de diferimento contratado.
- XVII. CONDIÇÕES CONTRATUAIS:** conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, do Regulamento e da apólice.
- XVIII. DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE:** É o documento formal e legal, integrante da proposta de contratação e do Formulário de Informações Médicas, em que o Segurado presta informações sobre suas condições de saúde e suas atividades na data de assinatura dos referidos documentos, assinando-o e responsabilizando-se pela veracidade e integralidade das informações prestadas, sob pena de perder o direito ao Capital Segurado por morte, nos termos do Artigo 766 do Código Civil Brasileiro.
- XIX. DÉFICIT:** o valor negativo do resultado financeiro.
- XX. DOENÇA CRÔNICA:** doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- XXI. DOENÇA EM ESTÁGIO TERMINAL:** aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo Médico Assistente.
- XXII. DOENÇA, LESÕES OU SEQUELAS PREEXISTENTES:** são aquelas contraídas pelo Segurado em data anterior à contratação do seguro, de seu conhecimento, mas não declarada na Solicitação de Seguro e Proposta de Contratação do seguro.
- XXIII. DOENÇA PROFISSIONAL:** é toda e qualquer deficiência e/ou enfraquecimento da saúde humana, causada por uma exposição contínua a condições inerentes à ocupação de uma pessoa, ou seja, é aquela que se mostra em consequência da atividade profissional desempenhada.
- XXIV. DOENÇAS OU PROCEDIMENTOS MÉDICOS PREVISTOS:** doenças graves ou procedimentos médicos que geram o direito ao recebimento do Capital Segurado contratado para a cobertura de doenças graves. As definições, caracterizações e exclusões de cada doença grave coberta ou procedimento médico coberto pela cobertura de doenças graves estão descritas neste Regulamento.
- XXV. DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA – DPOC:** é uma doença crônica, progressiva e parcialmente reversível que acomete os pulmões com limitação do fluxo aéreo que leva a insuficiência respiratória.
- XXVI. ESCLEROSE MÚLTIPLA:** é uma doença inflamatória crônica, provavelmente autoimune que afeta o cérebro, nervos ópticos e a medula espinhal (sistema nervoso central).
- XXVII. EVENTO COBERTO:** é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas coberturas contempladas neste Regulamento.
- XXVIII. EVENTO GERADOR:** é a ocorrência da morte, ou doenças terminais, ou invalidez permanente total ou parcial por acidente, se contratada, ou o diagnóstico de uma das doenças graves cobertas ou a realização de um dos procedimentos médicos cobertos pela cobertura de doenças graves, se contratada, do Segurado durante o período de diferimento determinado na proposta de contratação ou a sobrevivência do Segurado a esse período.

- XXIX. EXCEDENTE:** valor positivo do excedente financeiro.
- XXX. FIE:** o fundo de investimento especialmente constituído ou o fundo de investimento em quotas de fundos de investimento especialmente constituídos cujos únicos quotistas sejam, direta ou indiretamente, sociedades Seguradoras e entidades abertas de previdência complementar, ou, no caso de fundo com patrimônio segregado, Segurados e participantes de planos com cobertura por sobrevivência.
- XXXI. FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE INDENIZAÇÃO:** o documento pelo qual o Segurado ou o(s) Beneficiário(s) solicita(m) a Indenização à Seguradora.
- XXXII. INDENIZAÇÃO:** é o valor a ser pago ao Beneficiário pela Seguradora na ocorrência do Sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva Cobertura contratada vigente na data da ocorrência do Sinistro, respeitando-se os Riscos Excluídos da Apólice contratada.
- XXXIII. INFARTO:** morte de um tecido por irrigação sanguínea insuficiente.
- XXXIV. INÍCIO DE VIGÊNCIA DO SEGURO:** é a data de pagamento do primeiro prêmio, após a aceitação da proposta de contratação pela Seguradora, devidamente preenchida e assinada.
- XXXV. INSUFICIÊNCIA RENAL:** consiste em lesão renal e perda progressiva e irreversível da função dos rins (glomerular, tubular e endócrina). Em sua fase mais avançada (chamada de fase terminal de insuficiência renal crônica – IRC), os rins não conseguem mais manter a normalidade do meio interno do paciente precisando diálise e finalmente transplante renal.
- XXXVI. LAUDO MÉDICO:** documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina sobre as condições físicas e de saúde do Proponente ou Segurado, ou sobre uma doença específica.
- XXXVII. LIMITE DE ANTECIPAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO:** caso o Segurado se encontre em fase terminal o valor máximo de antecipação do Capital Segurado de Morte será de R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais), sendo este valor atualizado anualmente no mês de aniversário da apólice pelo IPCA-IBGE acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao do aniversário do plano.
- XXXVIII. LIMITE DE COMERCIALIZAÇÃO:** valor máximo de Capital Segurado estabelecido pela Seguradora para a(s) cobertura(s) de risco, inferior ao seu limite técnico.
- XXXIX. MÉDICO ASSISTENTE:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM, de escolha do Segurado, responsável pelo seu acompanhamento clínico e pelo diagnóstico e conduta realizados. Não serão aceitos 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, nenhuma Indenização por parte da Seguradora.
- XL. MÉDICO ESPECIALISTA:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM, que se dedica ao estudo e à cura de um grupo de doenças de um sistema, ou de um órgão em particular, que é chamado a dar um parecer sobre um determinado caso.

- XL I.** **NOTA TÉCNICA ATUARIAL:** documento, previamente aprovado pela SUSEP, que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano a que se refere este Regulamento.
- XLII.** **PERÍODO DE CARÊNCIA PARA A COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES:** período, contado a partir da data de início de vigência, em que não será devido o valor de cobertura e não serão aceitos pedidos de resgate ou portabilidade da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder.
- XLIII.** **PERÍODO DE CARÊNCIA PARA A COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE:** período, contado a partir da data de início de vigência, em que não será devido o valor de cobertura e não serão aceitos pedidos de resgate ou portabilidade da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder.
- XLIV.** **PERÍODO DE CARÊNCIA PARA A COBERTURA POR MORTE E DOENÇAS TERMINAIS:** período, contado a partir da data de início de vigência, ou da majoração do Capital Segurado, durante o qual, na ocorrência do evento gerador, o Segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção da cobertura por morte e por doenças terminais ou da parcela correspondente à majoração do Capital Segurado, e não serão aceitos pedidos de resgate ou portabilidade da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder.
- XLV.** **PERÍODO DE CARÊNCIA PARA A COBERTURA POR SOBREVIVÊNCIA:** período, contado a partir da data de início de vigência, em que não serão aceitos pedidos de resgate ou portabilidade da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder.
- XLVI.** **PERÍODO DE COBERTURA:** para todas as coberturas contratadas corresponde ao período de diferimento, durante o qual o Segurado ou seu(s) beneficiário(s) fará(ão) jus ao Capital Segurado contratado.
- XLVII.** **PERÍODO DE DIFERIMENTO:** período compreendido entre a data de início de vigência da Apólice e a data contratada para concessão do Capital Segurado referente à cobertura por sobrevivência, quando termina a vigência do Plano estabelecido na Apólice.
- XLVIII.** **PONTE SAFENA DE ARTÉRIA CORONARIANA:** é um procedimento que usa uma técnica de revascularização do miocárdio causada por uma doença das artérias coronárias. Usa uma parte da veia safena da perna para desviar sangue da aorta (principal artéria do corpo, que sai do coração) para as artérias coronárias (que irrigam o coração). São também utilizadas as artérias radial (braço) e mamária (tórax).
- XLIX.** **PORTABILIDADE:** direito garantido aos Segurados de, durante o período de diferimento e na forma regulamentada, movimentar o total dos recursos da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder para outro(s) plano(s) de seguro de pessoas com cobertura por sobrevivência.
- L.** **PRAZO DE TOLERÂNCIA:** período no qual, mesmo que o Segurado esteja inadimplente, haverá a cobertura dos sinistros ocorridos, com a consequente cobrança do prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga ao(s) beneficiário(s).
- LI.** **PRÊMIO:** valor correspondente a cada um dos aportes destinados ao custeio das coberturas contratadas.
- LII.** **PROPONENTE:** pessoa física interessada em contratar o plano.

- LIII. PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO:** documento, com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente expressa a intenção de contratar o plano, manifestando pleno conhecimento e aceitação das condições estabelecidas no Regulamento.
- LIV. PROTEÇÃO CONTINUADA:** é a interrupção definitiva do pagamento dos prêmios ao plano, mantendo-se o direito à percepção do benefício, de forma temporária, calculado o novo prazo de vigência da apólice, no momento do pedido do Segurado, ou da interrupção definitiva do pagamento dos prêmios, em função da inadimplência após 60 (sessenta) dias, com o mesmo valor do benefício vigente à época para as coberturas de risco.
- LV. PROVISÃO DE EXCEDENTE FINANCEIRO:** o saldo de excedente provisionado, a ser utilizado de acordo com este Regulamento.
- LVI. PROVISÃO DE RESGATES E OUTROS VALORES A REGULARIZAR:** o saldo dos valores referentes aos resgates a regularizar e às portabilidades solicitadas e, por qualquer motivo, ainda não transferidas para a entidade aberta de previdência complementar ou sociedade seguradora receptora e aos prêmios recebidos e não cotizados. Consideram-se resgates a regularizar aqueles solicitados e por qualquer motivo ainda não pagos, bem como os valores correspondentes a resgate cujo direito não tenha sido exercido nos casos de cancelamento do contrato do segurado.
- LVII. PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER DA COBERTURA POR MORTE, INVALIDEZ E DOENÇAS GRAVES:** provisão constituída atuarialmente durante o período de cobertura, calculado em conformidade com os critérios estabelecidos na Nota Técnica Atuarial, em função da estruturação da cobertura por morte, invalidez e doenças graves no Regime Financeiro de Capitalização.
- LVIII. PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER DA COBERTURA POR SOBREVIVÊNCIA:** provisão constituída durante o período de diferimento cujo valor corresponderá ao montante de recursos aportados pelo Segurado para fazer face à cobertura por sobrevivência do plano, líquidos de carregamento, quando for o caso.
- LIX. REGULAÇÃO DE SINISTRO:** é o exame, das causas e circunstâncias do evento reclamado a fim de se caracterizar o risco ocorrido e avaliar sobre a sua Cobertura, bem como se o Segurado cumpriu todas as suas obrigações legais e contratuais.
- LX. REGULAMENTO:** instrumento jurídico que representa as condições gerais do plano de seguro, disciplinando os direitos e obrigações das partes contratantes, sendo obrigatoriamente entregue ao Segurado no ato da adesão como parte integrante da proposta de contratação.
- LXI. RELATÓRIO MÉDICO/DECLARAÇÃO MÉDICA:** é o documento redigido pelo Médico Assistente e/ou pelo Médico Especialista atestando o estado de saúde do Segurado, ou a invalidez permanente total ou parcial por acidente, ou o diagnóstico de uma das doenças graves cobertas ou a realização de um dos procedimentos médicos cobertos pela cobertura de doenças graves.
- LXII. RESGATE:** direito garantido aos Segurados de, durante o período de diferimento, cancelar o plano e retirar os recursos da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder das coberturas contratadas.
- LXIII. RESSEGURADOR:** a pessoa jurídica que compartilha com a Seguradora as responsabilidades deste seguro.

- LXIV. RESSEGURO:** operação, pela qual, a Seguradora cede ao Ressegurador, uma parte da responsabilidade referente ao prêmio recebido.
- LXV. RESULTADO FINANCEIRO:** valor correspondente, ao final do último dia útil do mês, à diferença entre o valor da parcela do patrimônio líquido do FIE, correspondente à Provisão Matemática de Benefícios a Conceder da cobertura de Sobrevivência, onde estejam aplicados diretamente os respectivos recursos, e o saldo da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder da cobertura de Sobrevivência.
- LXVI. RISCOS EXCLUÍDOS:** os riscos previstos nas condições contratuais que não serão cobertos pelo seguro.
- LXVII. SEGURADO:** pessoa física sobre a qual se procederá à avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- LXVIII. SEGURADORA:** é a MAPFRE PREVIDÊNCIA S.A., Seguradora autorizada pela SUSEP a operar com seguro de pessoas.
- LXIX. SEQUELA:** qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- LXX. SINISTRO:** a ocorrência do Evento Coberto durante o período de vigência do plano de seguro.
- LXXI. TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS:** necessidade médica do Segurado de recepção de transplante de órgão em função de perda irreversível da função.
- LXXII. VIGÊNCIA DA APÓLICE:** é o período no qual a Apólice de seguro está em vigor.

TÍTULO III – DA CONTRATAÇÃO DO PLANO

Capítulo I – Condições de Contratação

Art. 13. Poderão propor participar do plano as pessoas físicas com idade na contratação mínima de **18 (dezoito)** anos e máxima de **70 (setenta)** anos, em boas condições de saúde, que atenderem aos requisitos previstos neste Regulamento e dispostas a aderir aos termos nela previstos, na data da assinatura da proposta de contratação.

§ 1º Para o cálculo da idade do Segurado, na data da contratação, caso tenha transcorrido 6 (seis) meses ou mais da data do último aniversário do Segurado, será considerado um ano a mais de vida.

§ 2º Para segurados com idade maior ou igual a **60 (sessenta)** anos na contratação, o período máximo de diferimento será a diferença entre a idade de **80 (oitenta)** anos e a idade do segurado na data de contratação.

§ 3º A idade máxima de contratação das coberturas opcionais é de 60 (sessenta) anos. A cobertura de invalidez permanente total ou parcial por acidente será automaticamente excluída do Plano quando o Segurado completar **65 (sessenta e cinco)** anos e a cobertura de doenças graves será automaticamente excluída quando o Segurado completar **75 (setenta e cinco)** anos.

§ 4º A aceitação do seguro estará sujeita à análise de risco.

Art. 14. A PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO É INDIVIDUAL, DEVENDO O PROPONENTE, ALÉM DE ASSINAR E DATAR, PREENCHER TODAS AS INFORMAÇÕES SOLICITADAS, INCLUSIVE, SEUS BENEFICIÁRIOS E O PERCENTUAL DE PARTICIPAÇÃO DE CADA UM PARA CADA COBERTURA CONTRATADA.

§ 1º NÃO HAVENDO EXPRESSA INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS, OU SE POR QUALQUER MOTIVO NÃO PREVALECER A QUE FOR FEITA, O CAPITAL SEGURADO SERÁ PAGO POR METADE AO CÔNJUGE NÃO SEPARADO JUDICIALMENTE, E O RESTANTE AOS HERDEIROS DO SEGURADO, OBEDECIDA A ORDEM DA VOCAÇÃO HEREDITÁRIA PREVISTA NA LEI Nº 10.406, DE 10.01.2002 (CÓDIGO CIVIL). NA AUSÊNCIA DO CÔNJUGE E DOS HERDEIROS LEGAIS, SERÃO BENEFICIÁRIAS AS PESSOAS QUE PROVAREM QUE A MORTE DO SEGURADO AS PRIVOU DOS MEIOS NECESSÁRIOS À SUBSISTÊNCIA.

§ 2º O SEGURADO PODE ALTERAR O(S) BENEFICIÁRIO(S), MEDIANTE COMUNICAÇÃO À SEGURADORA, DURANTE O PERÍODO DE DIFERIMENTO, OBSERVADA A LEGISLAÇÃO VIGENTE.

Art. 15. A proposta de contratação será protocolizada na Seguradora que terá a comprovação, para cada proponente, da data do respectivo protocolo.

Art. 16. A partir da data de protocolo da proposta de contratação, sua aceitação será automática, caso, no prazo máximo de 15 (quinze) dias, não haja manifestação em contrário por parte da Seguradora.

§ 1º A solicitação de documentos ou dados complementares pela Seguradora poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo previsto no "caput" deste Artigo, hipótese em que tal prazo ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

§ 2º Nos casos em que a aceitação da proposta de contratação dependa da aprovação do Ressegurador, o prazo de 15 (quinze) dias será suspenso e voltará a contar a partir da data em que o Ressegurador se manifestar formalmente.

§ 3º A suspensão a que se referem os § 1º e 2º cessará com a protocolização dos documentos ou dos dados complementares solicitados para análise do risco, ou a partir da manifestação formal do Ressegurador.

§ 4º É NULA DE PLENO DIREITO A CONTRATAÇÃO DO PROPONENTE OU REPRESENTANTE LEGAL QUE PRESTAR DECLARAÇÕES FALSAS, ERRÔNEAS OU INCOMPLETAS NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO, ADULTERANDO OU OMITINDO CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUENCIAR A AVALIAÇÃO DO RISCO E A SUA ACEITAÇÃO PELA SEGURADORA.

§ 5º A NULIDADE DA CONTRATAÇÃO, EM RAZÃO DAS CAUSAS MENCIONADAS NO PARÁGRAFO ANTERIOR, ACARRETARÁ A PERDA DE TODOS OS DIREITOS E BENEFÍCIOS, BEM COMO DOS VALORES PAGOS PARA CUSTEAR A COBERTURA POR MORTE E INVALIDEZ, SE CONTRATADA, NOS TERMOS DA REGULAMENTAÇÃO VIGENTE, SENDO ASSEGURADO AMPLO DIREITO DE DEFESA.

§ 6º Não haverá cobrança antecipada de prêmio antes da aceitação da proposta, mas na falta de pagamento do primeiro Prêmio na data indicada, as coberturas relativas a este seguro não entrarão em vigor.

§ 7º A não aceitação será comunicada, por escrito, fundamentada na legislação vigente ou no caso previsto no parágrafo § 4º.

Art. 17. Para aceitação da proposta de contratação, a Seguradora poderá exigir comprovação de renda e/ou provas de saúde, tais como declaração complementar de saúde e/ou de atividade laborativa, relatório médico, exames específicos e perícia médica.

Art. 18. A contratação do plano será formalizada com a assinatura, protocolização e aceitação da proposta de contratação e emissão da respectiva apólice pela Seguradora.

Art. 19. As obrigações da Seguradora decorrentes do plano contratado somente serão exigíveis a partir do início de vigência, observados os períodos de carência previstos neste Regulamento.

Art. 20. O início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de pagamento do primeiro Prêmio após a aceitação da Proposta de Contratação e findará às 24 (vinte e quatro) horas do dia anterior da data prevista para a concessão do Capital Segurado por sobrevivência.

Art. 21. O valor do Capital Segurado por cobertura contratada, estabelecido na Apólice, deverá respeitar os limites mínimos e máximos de comercialização estabelecido pela Seguradora.

§ 1º O Segurado poderá solicitar a redução do Capital Segurado da cobertura de Morte a qualquer momento, respeitando o valor mínimo de Capital Segurado estabelecido pela Seguradora, e desde que não haja parcela de prêmio em trânsito ou prêmios devidos e não pagos.

§ 2º Optando o Segurado pela redução do Capital Segurado da cobertura de Morte, o Capital Segurado da cobertura de Sobrevivência e das coberturas opcionais, se contratadas, serão reduzidos, respeitando as regras estabelecidas pela Seguradora.

§ 3º A redução do Capital Segurado será realizada em até 30 (trinta) dias após a solicitação do Segurado registrada na Seguradora.

Art. 22. No caso da proposta de contratação ser aceita, a Seguradora, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data de protocolo da proposta, emitirá e enviará apólice constando, no mínimo, os seguintes elementos:

- I - Nome completo da sociedade seguradora, seu CNPJ e código de registro junto à SUSEP;
- II - indicação do número da apólice às quais o certificado individual está vinculado;
- III - número de controle do certificado individual;
- IV - Número do(s) processo(s) administrativo(s) de registro junto à SUSEP do(s) produtos(s) de seguro vinculado(s) ao certificado individual;
- V - nome do segurado, seu endereço completo e respectivo CPF. Caso o segurado seja estrangeiro, poderá ser utilizado o número do passaporte, com a identificação do País de expedição;
- VI - identificação do(s) beneficiário(s);
- VII - cobertura(s) contratada(s);
- VIII - valor monetário do limite máximo de garantia ou do capital segurado de cada cobertura contratada;
- IX - carência(s) aplicável(is) a cada cobertura;
- X - o período de vigência, incluindo as datas de início e término da(s) cobertura(s) contratada(s);
- XI - valor total do prêmio de seguro, discriminando:
 - a) valor do prêmio de seguro por cobertura contratada;

- b) valor do IOF.
- XII - prazo e forma de pagamento do prêmio e, se for o caso, sua periodicidade;
- XIII - data da emissão do certificado individual;
- XIV - chancela ou assinatura do representante da sociedade seguradora;
- XV - nome e número do registro Susep do corretor de seguros;
- XVI - número de telefone da central de atendimento ao segurado/beneficiário disponibilizado pela sociedade seguradora responsável pela emissão do certificado individual;
- XVII - número de telefone da ouvidoria da seguradora;
- XVIII - número de telefone gratuito de atendimento ao público da SUSEP;
- XIX - informação do "link" no portal da Susep onde podem ser conferidas todas as informações sobre o(s) produtos (s) de seguro vinculado(s) ao certificado, e
- XX - texto informativo, com a seguinte redação: "SUSEP – Superintendência de Seguros Privados – Autarquia Federal responsável pela fiscalização, normatização e controle dos mercados de seguro, previdência complementar aberta, capitalização, resseguro e corretagem de seguros."

Art. 23. Não será cobrada taxa de adesão nem quaisquer outras taxas, a qualquer título.

Art. 24. A proposta de contratação e a apólice indicarão os valores iniciais dos prêmios e dos capitais Segurados das coberturas por morte e sobrevivência, e eventualmente da(s) cobertura(s) opcional(is) se contratada(s), o período de cobertura, bem como o(s) beneficiário(s), de acordo com as condições constantes deste Regulamento.

Art. 25. Exceto as atualizações automáticas, a alteração do valor do Capital Segurado das coberturas contratadas, deverá ser feita por intermédio de solicitação de endosso à apólice.

§ 1º Deverão constar no documento de endosso, no mínimo, os seguintes elementos:

- I - nome completo da sociedade seguradora e seu CNPJ;
- II - indicação do número da apólice;
- III - número do(s) processo(s) administrativo(s) de registro junto à SUSEP do(s) produtos(s) de seguro vinculado(s) ao número da apólice;
- IV - nome do segurado, respectivo CPF, telefone para contato e e-mail. Caso o segurado seja estrangeiro, poderá ser utilizado o número do passaporte, com a identificação do País de expedição;
- V - novo valor de capital segurado de cada cobertura contratada;
- VI - valor total do prêmio de seguro, discriminando:
 - a) valor do prêmio de seguro por cobertura contratada;
 - b) valor do IOF.
- VII - prazo e forma de pagamento do prêmio e, se for o caso, sua periodicidade;
- VIII - número de telefone da central de atendimento ao segurado/beneficiário disponibilizado pela sociedade seguradora responsável pela emissão do endosso;
- IX - número de telefone da ouvidoria da seguradora;

§ 2º Poderão ser exigidos o preenchimento de novo questionário de saúde e atividades, a apresentação de relatórios médicos ou a realização de novos exames médicos e laboratoriais, para efetivação do endosso para majoração do Capital Segurado, observando-se as mesmas regras de aceitação de proposta descritas no **Art. 16**.

Capítulo II – Classificação do Risco

Art. 26. Após a análise da proposta de contratação, dos resultados de exames médicos e laboratoriais e considerando o perfil do proponente, a Seguradora avaliará e definirá a classe de risco, conforme descrito a seguir. As classificações abaixo não são aplicadas para a cobertura opcional de Doenças Graves (DG).

I. Super Preferencial Não Fumante

O proponente não poderá ter utilizado tabaco ou nicotina nos 36 (trinta e seis) meses anteriores à data de assinatura da proposta de contratação, deverá ter excelente histórico de saúde e não poderá desempenhar atividades e/ou profissões de risco.

II. Preferencial Não Fumante

O proponente não poderá ter utilizado tabaco ou nicotina nos 12 (doze) meses anteriores à data de assinatura da proposta de contratação, deverá ter bom histórico de saúde e não poderá desempenhar atividades e/ou profissões de risco.

III. Standard Não Fumante

O proponente não poderá ter utilizado tabaco ou nicotina nos 12 (doze) meses anteriores à data de assinatura da proposta de contratação, deverá ter histórico de saúde satisfatório e não poderá desempenhar atividades e/ou profissões de risco.

IV. Preferencial Fumante

O proponente poderá utilizar tabaco ou nicotina, deverá ter bom histórico de saúde e não poderá desempenhar atividades e/ou profissões de risco.

V. Standard Fumante

O proponente poderá utilizar tabaco ou nicotina, deverá ter histórico de saúde satisfatório e não poderá desempenhar atividades e/ou profissões de risco.

VI. Standard Agravado

O proponente poderá utilizar tabaco ou nicotina, deverá ter histórico de saúde satisfatório, e poderá declarar doenças pré-existentes ou desempenhar atividades e/ou profissões de risco, que sejam aceitas como riscos agravados.

TÍTULO IV – DA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES PÓS-CONTRATAÇÃO

Capítulo I – Aos Segurados

Art. 27. A Seguradora disponibilizará aos Segurados, diariamente, no mínimo, as seguintes informações:

- I – caracterização (tipo e denominação) do plano;
- II – denominação e CNPJ do FIE vinculado ao plano para fim de apuração de Resultado Financeiro;
- III – valor da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder das coberturas contratadas a que tem direito o Segurado;
- IV – rentabilidade acumulada no mês, no ano civil e nos últimos 12 (doze) meses;

V – informação de que sobre o valor do resgate total incidirá imposto de renda na fonte, nos termos da legislação fiscal vigente.

Art. 28. A Seguradora, durante o período de diferimento, fornecerá **anualmente** aos Segurados, entre outras, extrato com as seguintes informações relativas à data do encerramento do período imediatamente anterior, até o 10º (décimo) dia útil de cada ano:

I – denominação e tipo do plano;

II – número do processo administrativo no qual o plano foi aprovado pela SUSEP;

III – denominação e CNPJ do FIE vinculado ao plano para apuração do Resultado Financeiro;

IV – denominação das coberturas contratadas;

V – valor dos prêmios pagos no período de competência referenciado no extrato;

VI – valor pago a título de carregamento no período de competência referenciado no extrato;

VII – valor atualizado de capital segurado referente a cada cobertura contratada;

VIII – saldo da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder das coberturas contratadas a que faz jus o Segurado, consideradas, assinaladas e especificadas as respectivas movimentações ocorridas no período de competência referenciado no extrato (prêmios, rendimentos, etc.);

IX – valor dos rendimentos auferidos no ano civil;

X – taxa de rentabilidade anual da provisão matemática de benefícios a conceder do ano civil e nos últimos doze meses, obtida a partir dos percentuais de aplicação definidos pelo segurado, quando for o caso;

XI – taxa de rentabilidade anual do FIE vinculado ao plano para apuração do Resultado Financeiro, no ano civil e nos últimos 12 (doze) meses;

XII – taxa de rentabilidade anual do FIE vinculado ao plano para apuração do Resultado Financeiro nos 3 (três) últimos anos civis, tomados como base, sempre, exercícios completos;

XIII – valor portado de outro plano de seguro de pessoas com cobertura por sobrevivência no período de competência referenciado no extrato;

XIV – demonstrativo, mês a mês, do cálculo do Resultado Financeiro – excedentes ou déficits – no período de competência, contendo do mínimo:

a) valor da parcela do patrimônio líquido do FIE relativa à provisão matemática de benefícios a conceder do segurado, devendo ser considerado, nos planos que prevejam remuneração atuarial e tenham Resultado Financeiro apurado de forma global, o valor total da provisão matemática de benefícios a conceder;

b) resultado da diferença entre o valor da parcela do patrimônio líquido do FIE, correspondente à provisão matemática de benefícios a conceder, e a respectiva provisão da cobertura de sobrevivência, consignado, como “excedente”, se positivo, e como “déficit”, se negativo; e

c) caso o plano preveja remuneração atuarial e tenha Resultado Financeiro apurado de forma global, resultado do “pró-rateamento” do excedente ou déficit, em função do valor de sua provisão matemática de benefícios a conceder.

XV – saldo da provisão de excedente financeiro, considerada, assinalada e especificada as respectivas movimentações ocorridas no período de competência referenciado no extrato (provisionamentos, rendimentos, reversões à provisão matemática de benefícios a conceder, valores que acompanharam resgate total e portabilidade total para outros planos de seguros de pessoas com cobertura por sobrevivência e valores utilizados para compensação de déficits).

Parágrafo Único. Nas informações de que tratam os incisos V e VI deste Artigo serão discriminados os valores destinados ao custeio de cada cobertura contratada.

Art. 29. No mínimo 90 (noventa) dias antes da data prevista para concessão do Capital Segurado da cobertura por sobrevivência, a Seguradora comunicará por escrito ao Segurado, pelo menos, as seguintes informações:

I – nome da Seguradora;

II – denominação do plano, precedida da respectiva sigla;

III – número do processo administrativo no qual o plano foi aprovado pela SUSEP;

IV – o saldo acumulado na Provisão Matemática de Benefícios a Conceder e na Provisão de Excedente Financeiro, na data do informe;

V – o valor do Capital Segurado de Sobrevivência atualizado e do Capital Segurado adicional atualizado gerado pelo excedente financeiro, com base na informação do inciso anterior;

VI – a data contratada para pagamento do Capital Segurado à vista;

VII – o seu direito de, até a data prevista para concessão do Capital Segurado por sobrevivência, e a seu único e exclusivo critério, resgatar e/ou portar a totalidade dos recursos para outro plano de seguro de pessoas com cobertura por sobrevivência, inclusive de outra Seguradora, na busca das condições financeiras e de segurança que julgar de sua melhor conveniência.

Capítulo II – Aos Assistidos

Art. 30. A Seguradora, no pagamento do Capital Segurado à vista, fornecerá ao assistido, entre outras, as seguintes informações:

I - denominação do plano;

II - denominação da cobertura concedida;

III - número do processo administrativo no qual o plano foi aprovado pela SUSEP;

IV - valor recebido a título de pagamento único;

- V - valor do imposto de renda retido na fonte sobre os valores recebidos a título de pagamento único;

Capítulo III – Das Disposições Comuns

Art. 31. A Seguradora comunicará a cada um dos Segurados, em até 30 (trinta) dias a contar do respectivo evento:

- I - qualquer mudança no sistema e critérios de prestação e/ou de divulgação de informações; e
- II - qualquer ato ou fato relevante relativo ao plano e respectivo FIE utilizado para apuração do Resultado Financeiro, inclusive quaisquer alterações no Regulamento do fundo.

Art. 32. A Seguradora fornecerá ou colcará à disposição dos Segurados e assistidos, sempre que solicitados:

- I - informações relativas ao plano, inclusive com relação aos respectivos valores envolvidos;
- II - dados institucionais e de desempenho do FIE utilizado para apuração do Resultado Financeiro, nos quais estão aplicados os recursos pela Seguradora no período de diferimento;
- III - exemplares, atualizados, do Regulamento do Plano; e
- IV - exemplar do regulamento atualizado do respectivo FIE, devidamente registrado em cartório de títulos e documentos.

Art. 33. Anualmente, com base nos dados do encerramento do mês de dezembro, e relativamente a todo o ano civil, além das informações de que tratam, conforme o caso, os Artigos 28 e 30, serão fornecidas aquelas necessárias ao preenchimento da declaração anual de imposto de renda.

Art. 34. As informações de que trata o presente Título poderão ser disponibilizadas por meio eletrônico, desde que conste da proposta de contratação a anuência expressa do Segurado.

Parágrafo Único. O disposto no “caput” não se aplica às informações de que trata o Artigo 29, que deverão ser comunicadas por escrito.

Art. 35. Os valores de que tratam este Regulamento serão informados em moeda corrente nacional.

Parágrafo Único. Quando for o caso, na prestação de informações aos Segurados, a Seguradora poderá, adicionalmente ao disposto no “caput”, referenciar os respectivos valores em quotas do FIE.

TÍTULO V – DAS COBERTURAS

Capítulo I – Da Descrição Das Coberturas

Art. 36. Coberturas Básicas:

As coberturas básicas não poderão ser contratadas isoladamente.

I – **Morte do Segurado**: Se o Segurado falecer durante a vigência do seguro, por quaisquer causas, naturais ou acidentais, observando os Riscos Excluídos constantes do **Art. 39**, a Seguradora garantirá ao(s) seu(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado, conforme definido no **Art. 95**, respeitando o disposto neste Regulamento e as disposições legais previstas no Artigo 766 do Código Civil Brasileiro.

II – **Sobrevivência do Segurado**: se o Segurado sobreviver até o término do período de diferimento, a Seguradora garantirá ao próprio Segurado o pagamento único do capital de sobrevivência, conforme definido no **Art. 91**, respeitando o disposto neste Regulamento.

Art. 37. Coberturas Opcionais:

As Coberturas Opcionais deverão ser contratadas em conjunto com as coberturas básicas: Morte e Sobrevivência.

I – **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)**: Garante o pagamento de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, ao próprio Segurado, **conforme especificado na proposta de contratação**, relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão **em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, ocorrido durante a vigência da apólice**:

Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado, a “data do evento coberto” será considerada a data do acidente, constatada por meio da análise da documentação apresentada.

- a) O Capital Segurado será apurado conforme Tabela para Cálculo de Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, constante no item e.
- b) Reintegração – A Seguradora procederá a reintegração automática da Cobertura de Invalidez Permanente Parcial por Acidente, após a ocorrência de cada acidente.

Entende-se por reintegração de Capital Segurado a recondução do seu valor máximo estipulado, sempre que for reduzido em razão da dedução de indenização por invalidez parcial, decorrente de um determinado sinistro.

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

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

Não haverá reintegração do Capital Segurado em caso de sinistro de invalidez permanente total, hipótese em que a cobertura de que trata esta cláusula será extinta.

- c) O plano será cancelado quando houver o pagamento da Indenização de Invalidez Permanente Total por Acidente, observado o direito ao resgate ou portabilidade, conforme disposto nos Artigos 63 e 69.
- d) Sendo reconhecida a invalidez total e permanente pela Seguradora, o Capital Segurado será pago de uma só vez ao Segurado.
- e) **Tabela para Cálculo de Indenização para a Garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente**
 Após a conclusão do tratamento (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação), necessário para restabelecimento do Segurado em consequência de acidente coberto, e verificada a existência de invalidez permanente avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará ao próprio Segurado uma indenização, de acordo com a tabela a seguir:

TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE		
Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre o Capital Segurado
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15

TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE		
Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre o Capital Segurado
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: Indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, Indenização equivalente a 1/2 e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores: - de 5 (cinco) centímetros ou mais - de 4 (quatro) centímetros - de 3 (três) centímetros - menos de 3 (três) centímetros	15 10 6 sem indenização

- f) Não ficando inutilizadas por completo as funções do membro ou órgão lesado, o Capital Segurado por perda parcial será calculado pela aplicação, no percentual previsto na tabela, para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação do percentual de redução e, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), o Capital Segurado será calculado, respectivamente, nos percentuais de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).
- g) Nos casos não especificados na tabela, o Capital Segurado será estabelecido tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.
- h) No caso de perda ou maior redução de um membro ou órgão já afetado antes do acidente, o Capital Segurado será calculado, deduzindo-se do percentual devido, o grau de invalidez já existente.
- i) A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito ao Capital Segurado por invalidez permanente.

- j) Se, depois de pago um Capital Segurado por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga para a cobertura de Invalidez Permanente será deduzida do Capital Segurado a ser pago pela cobertura de morte, desde que o participante continue ativo no plano, ou seja, com pagamento dos prêmios referente à morte e sobrevivência.
- k) A aposentadoria por invalidez reconhecida ou concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

II – Doenças Graves (DG): Garante ao Segurado, desde que contratada esta cobertura e pago o prêmio correspondente, o pagamento de 100% (cem por cento) do Capital Segurado, quando do diagnóstico de uma das doenças graves cobertas ou da realização de um dos procedimentos médicos cobertos, previstos neste Regulamento, desde que este diagnóstico ocorra durante a vigência do seguro, e somente se, o Segurado sobreviver 30 (trinta) dias após o recebimento do diagnóstico, observados os riscos expressamente excluídos.

O diagnóstico deverá ter sido emitido e constatado pela primeira vez após a data de início de vigência desta cobertura, observados os Riscos Excluídos, o Período de Carência e os demais termos deste Regulamento e da Apólice.

A Cobertura de Doenças Graves abrange as doenças graves e os procedimentos médicos relacionados abaixo:

- 1) Câncer;
 - 2) Angioplastia Coronariana;
 - 3) Ponte de Safena de Artéria Coronariana;
 - 4) Ataque Cardíaco (Infarto do Miocárdio);
 - 5) Acidente Vascular Cerebral – AVC;
 - 6) Insuficiência Renal;
 - 7) Transplantes de Órgãos;
 - 8) Esclerose Múltipla;
 - 9) Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – DPOC.
- a) Será considerada como “data do evento gerador” a data do diagnóstico médico.
- b) A elegibilidade a Indenização se dará após o 30º (trigésimo) dia da data do diagnóstico de uma das Doenças Graves cobertas ou da realização de um dos procedimentos médicos cobertos, desde que o Segurado esteja vivo.
- c) O diagnóstico deverá ser comprovado por laudo emitido por médico especialista e emitido pela primeira vez após a data de início de vigência do seguro.
- d) Não será aceito, para fins de comprovação do diagnóstico, laudo emitido por médico que seja o próprio Segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.
- e) A Cobertura de Doenças Graves será cancelada após o pagamento de uma das garantias desta cobertura.
- f) DEFINIÇÕES DAS DOENÇAS GRAVES COBERTAS E DO PROCEDIMENTO MÉDICO COBERTO PELA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES:**

- A. **CÂNCER:** Doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno, caracterizada pelo crescimento e multiplicação descontrolada de células malignas e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por exame histológico conclusivo. Também incluem na definição de “câncer” as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a enfermidade de Hodgkin.

Leucemia e linfoma são doenças malignas do sangue e tecidos hematopoiéticos e células do sistema imune.

O carcinoma é um cancro de células epiteliais, que cobrem a superfície do corpo, ou tecidos que revestem órgãos do corpo da tampa.

Exemplos de carcinomas: o cancro da pele, do pulmão, do cólon, do estômago, da mama, da próstata, e da glândula tireoide.

Sarcoma é um cancro de células mesoderme, que são as células que formam os músculos e tecido conjuntivo.

Exemplos de sarcomas: leiomyosarcoma (cancro do músculo liso que se encontra na parede do aparelho digestivo) e de osteossarcoma (cancro de osso).

DEFINIÇÃO DE SINISTRO:

O diagnóstico deverá ser efetuado por um médico oncologista, baseado na história clínica do segurado e confirmado por um diagnóstico histopatológico de biópsia e marcadores tumorais no caso específico, que confirme a presença de câncer.

O relatório médico deve incluir os dados de diagnóstico e começo de tratamento incluindo os marcadores tumorais, se realizados.

- B. **ANGIOPLASTIA CORONARIANA:** os procedimentos podem ser Intervenção Coronária Percutânea – PCI ou Angioplastia Coronária Transluminal Percutânea – PTCA e refere-se ao uso de um cateter para desobstruir uma artéria estreita ou bloqueada.

A Intervenção Coronária Percutânea – PCI é o tratamento cirúrgico das obstruções das artérias coronárias por meio de cateter balão, com o objetivo de aumentar o fluxo de sangue para o coração.

Na angioplastia com balão, também conhecida por angioplastia coronária transluminal percutânea – PTCA utiliza-se um tubo pequeno e fino (denominado cateter) com um balão minúsculo na sua ponta que é inserido na circulação através de um grande vaso no braço ou na perna.

A angioplastia também pode utilizar um laser alimentado para dentro da artéria para queimar o bloqueio ou utilizar Rotablator em que um dispositivo de rotação é passado através da artéria bloqueada, de forma eficaz a raspar a parede da artéria para remover qualquer bloqueio.

PCI é preferido para ignorar enxerto porque é um procedimento menos invasivo. No entanto, a área atingida da artéria coronária pode não ser adequada para PCI devido à sua localização, a sua extensão, a quantidade de cálcio que se acumula, ou outras condições.

DEFINIÇÃO DE SINISTRO:

Correção cirúrgica de um estreitamento de pelo menos 70% (setenta por cento) e/ou correção cirúrgica de bloqueio de duas ou mais artérias coronárias em um único procedimento.

O diagnóstico deve ser confirmado por um médico cardiologista que faz o acompanhamento e validado por uma prova de imagem como a ressonância magnética ou a tomografia computadorizada.

- C. **PONTE SAFENA DE ARTÉRIA CORONARIANA:** É um procedimento que usa uma técnica de revascularização do miocárdio causada por uma doença das artérias coronárias, é um tipo de cirurgia cardíaca na qual se faz uma ponte por cima do local com estreitamento ou obstruído. Utiliza-se uma parte da veia safena, que fica na perna, para fazer essa conexão. A cirurgia de revascularização miocárdica também poderá ser feita com outras artérias, como a artéria torácica interna (mamária) ou a artéria radial.

A técnica cirúrgica requer a abertura do tórax ao nível do osso externo.

DEFINIÇÃO DE SINISTRO:

Correção cirúrgica de um estreitamento de pelo menos 70% (setenta por cento) e/ou correção cirúrgica de bloqueio de duas ou mais artérias coronárias em um único procedimento.

O diagnóstico deve ser confirmado por um médico cardiologista que faz o acompanhamento e validado por uma prova de imagem como a ressonância magnética ou a tomografia computadorizada.

- D. **ATAQUE CARDÍACO (INFARTO DO MIOCÁRDIO):** É a doença que consiste na oclusão, permanente ou transitória, de uma porção do tronco principal ou de uma ramificação importante das artérias coronárias que transportam sangue ao músculo cardíaco, onde, devido à falta da nutrição na zona, produz uma necrose, originando incapacidade funcional irreversível.

DEFINIÇÃO DO SINISTRO:

O diagnóstico deve ser confirmado por um médico cardiologista e deve cumprir os seguintes critérios:

- Hospitalização do Segurado, cujo registo indique um enfarte de miocárdio ocorrido no prazo de 24 (vinte e quatro) horas antes da referida hospitalização;

- Uma história típica de precordialgia, indicativa de uma doença cardíaca isquêmica ou outros sintomas clínicos;

- Alterações novas e relevantes no eletrocardiograma ECG e aumento das enzimas cardíacas, CPK/PCK MB e Mioglobina, acima dos normais valores de laboratório ou níveis de Troponina T > 1,0 ng/ml e Troponina I > 0,5 ng/ml ou limites equivalentes para outros métodos de avaliação de Troponina I.

- E. **ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC:** Consiste na suspensão brusca e violenta das funções cerebrais fundamentais, que provoque sequelas neurológicas permanentes. Inclui o enfarte de tecido cerebral, a hemorragia intracraniana ou subaracnóidea e a embolia de uma fonte extracraniana.

DEFINIÇÃO DO SINISTRO:

A evidência do dano neurológico permanente deverá ser confirmada por um neurologista no mínimo 3 (três) meses após o diagnóstico e baseado em eletroencefalografia, angiografia cerebral ou por outros estudos da imagem tais como a tomografia axial computadorizada ou ressonância magnética do cérebro, assim como em outros achados clínicos permanentes.

- F. **INSUFICIÊNCIA RENAL:** É a doença que se apresenta como um estado crônico e irreversível de funcionamento de ambos os rins e que, como consequência da mesma, se torna necessária à diálise renal sistemática ou o transplante renal.

DEFINIÇÃO DO SINISTRO:

O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista com evidência da necessidade de tratamento com diálise permanente.

- G. **TRANSPLANTE DE ÓRGÃO:** O transplante é um procedimento cirúrgico que consiste na reposição de um órgão (coração, pulmão, rim, pâncreas, fígado, intestino grosso ou cólon) ou tecido (medula óssea, ossos, córneas) de uma pessoa doente (receptor), por outro órgão ou tecido normal de um doador vivo ou morto.

Considera-se coberto o transplante dos seguintes órgãos:

- 1) Pâncreas;
- 2) Coração;
- 3) Pulmão;
- 4) Fígado;
- 5) Rim;
- 6) Intestino grosso ou cólon;
- 7) Combinados dos anteriores.

DEFINIÇÃO DO SINISTRO:

O diagnóstico da perda irreversível da função dos órgãos deve ser confirmado por um médico especialista incluindo os exames laboratoriais ou outros exames realizados, assim como a sua inscrição na Lista Nacional de Espera para o transplante.

- H. **ESCLEROSE MÚLTIPLA:** é uma doença inflamatória crônica, provavelmente autoimune que afeta o cérebro, nervos ópticos e a medula espinhal (sistema nervoso central). O sistema imune do paciente corrói a bainha protetora que cobre os nervos, conhecida como mielina.

Esta condição pode resultar na deterioração dos próprios nervos, em um processo irreversível. Ao longo do tempo, a degeneração da mielina provocada pela doença vai causando lesões no cérebro, que podem levar à atrofia ou perda de massa cerebral.

Os sintomas variam amplamente, dependendo da quantidade de danos e os nervos que são afetados. É normal a combinação de afetação dos nervos óticos, tronco-encefálico, medula espinhal e das funções coordenadoras e sensitivas.

A esclerose múltipla pode ser difícil de diagnosticar precocemente, uma vez que os sintomas aparecem com intervalos e o paciente fica meses sem qualquer sinal da doença.

DEFINIÇÃO DO SINISTRO:

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

O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e o segurado deve:

- Apresentar anomalias neurológicas por um período contínuo de, pelo menos, 6 (seis) meses, ou
- Deve ter tido, no mínimo, 2 (dois) episódios clinicamente bem documentados, com um intervalo mínimo de 1 (um) mês entre eles, ou

- Um episódio, clinicamente documentado, com manifestações características no fluido cérebro-espinhal, assim como lesões cerebrais específicas detectadas na ressonância nuclear magnética.

I. **DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA – DPOC:** é uma doença respiratória progressiva e debilitante que acomete os pulmões e interfere na respiração normal. É caracterizada pela obstrução do fluxo aéreo e inflamação dos pulmões que causa diminuição do calibre das vias aéreas respiratórias e destruição do tecido pulmonar.

A DPOC tem dois componentes: o enfisema pulmonar que é a destruição dos alvéolos, e a bronquite crônica ou a inflamação dos brônquios.

A DPOC prejudica a qualidade de vida dos pacientes, já que as simples atividades de rotina se tornam difíceis.

O diagnóstico definitivo depende dos resultados das provas de função pulmonar, FEV1 e Capacidade Vital (FEV abaixo dos valores normais e FEV1/CV menor de 60%) e exclusão de outras doenças específicas tais como silicose, tuberculose ou tumores, que causam a obstrução das vias respiratórias.

DEFINIÇÃO DO SINISTRO:

A evidência da diminuição da função respiratória deve ser confirmada por um médico especialista ou pneumologista com as provas respiratórias correspondentes.

As manifestações ligeiras ou moderadas não são consideradas, sendo consideradas as manifestações severas da doença, definida por:

- FEV < 40%;
- Sintomatologia continua de sibilantizas, cianose ou hospitalização;
- Dificuldade respiratória ao mínimo exercício;
- Impossibilidade de trabalhar com requerimento continuado de oxigênio.

Art. 38. Cobertura Adicional:

I – Antecipação do Capital Segurado Pago em Vida, no caso em que o segurado se encontre em fase terminal ocasionada por doença.

Essa cobertura adicional consiste na antecipação do pagamento de 50% (cinquenta por cento) do Capital Segurado da cobertura por morte, quando comprovadamente o Segurado se encontrar em fase terminal ocasionada por doenças, e está descrita nos **Artigos 104 a 109, no Capítulo V – DO PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO.**

O valor da cobertura adicional não poderá ultrapassar o Limite de Antecipação do Capital Segurado vigente a época, conforme definido no inciso XXXVII do Artigo 12 deste Regulamento.

Essa cobertura adicional não terá cobrança de prêmios.

Capítulo II – DAS EXCLUSÕES GERAIS

Art. 39. Riscos Excluídos:

- I- Estarão excluídos da(s) cobertura(s) do seguro os eventos ocorridos em consequência de:
- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear, provocada ou não, bem como contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes, exceto exposição terapêutica;
 - b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, terrorismo, guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, rebelião, insurreição militar, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, salvo se for comprovado que o sinistro tenha ocorrido da prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio a outrem;
 - c) doenças preexistentes não declaradas na proposta de contratação e de conhecimento do Segurado na época da contratação do seguro, ressalvado o disposto no Artigo 101;
 - d) danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, conforme previsto no Artigo 762 do Código Civil vigente;
 - e) 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;
 - f) nos seguros contratados por pessoas jurídicas, danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários e pelos respectivos representantes;
 - g) suicídio ou tentativa de suicídio, quando o evento ocorrer nos primeiros 02 (dois) anos de vigência individual;
 - h) tufões, inundação, furacão, ciclone, maremoto, erupção vulcânica, tempestade, terremoto, movimento sísmico ou movimentos de terra em geral e qualquer outro fenômeno atmosférico, meteorológico, sísmico ou geológico de caráter extraordinário;
 - i) epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;
 - j) participação do Segurado em desafios e brigas, exceto nos casos de prática de esporte, legítima defesa ou estado de necessidade ou atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - k) imprudência ou negligência grave do Segurado, assim declarado judicialmente, bem como atos contrários à lei;
 - l) competições ILEGAIS em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado estiver no exercício legal da prática de esportes;

- m) o Segurado dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeiram aptidão, sem que possua habilitação apropriada;
- n) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto decorrentes de Acidente Pessoal;
- o) parto ou aborto e suas consequências, exceto decorrentes de Acidente Pessoal; e
- p) choque anafilático e suas consequências, exceto decorrentes de Acidente Pessoal.

II- Além dos riscos mencionados no inciso I desse Artigo, estarão também excluídos da(s) cobertura(s) do seguro, decorrentes de Acidente Pessoal, os eventos ocorridos em consequência de:

- a) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto.

III- EXCLUSÃO PARA ATOS TERRORISTAS

Não estarão cobertos os danos e as perdas causados 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 atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

IV- ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA A COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES:

Além das exclusões descritas em cada cobertura deste Regulamento, estão excluídas da cobertura opcional de DOENÇAS GRAVES:

- a. Diagnósticos concedidos pelo próprio Segurado, seus dependentes, parentes ou pessoas com laços de dependência econômica ou que residam com ele, ainda que estes sejam médicos profissionais habilitados;
- b. Diagnósticos concedidos por pessoa que não seja médico profissional habilitado;
- c. Doenças profissionais;
- d. Doença causada por tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia;
- e. As doenças graves ou a realização de um dos procedimentos médicos causados ou relacionados à Síndrome da Imunodeficiência Humana ou a presença do teste de anticorpos contra o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), confirmada por um vírus ou SIDA positivo;
- f. Qualquer doença ou cirurgia não incluída nas definições;
- g. Obesidade Mórbida.

CÂNCER:

Não se consideram garantidos os seguintes tipos de cancro:

- a) Tumores que se apresentem com as alterações características de um carcinoma in situ (incluindo a displasia do colo NIC-1, NIC-2 e NIC-3 ou aqueles considerados pela histologia como pré-malignos);
- b) Melanomas com espessura de Breslow menor que 1,5 mm, determinado pelo exame histológico ou quando a invasão seja menor que o grau 3 de Clark;
- c) Todas as hiperqueratoses ou os carcinomas baso celulares da pele;

- d) Todos os carcinomas de pele, pavimento-celulares, exceto quando se trate de disseminação de outros órgãos;
- e) Sarcoma de Kaposi e outros tumores relacionados com Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) ou Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV);
- f) Câncer da próstata que pela histologia pertençam ao estágio I ou menor de Gleason 6;
- g) Leucemia linfocítica crônica estágio 0-2 de Rai ou estágio A e B de Binet;
- h) Estágio 1 da doença de Hodgkin;
- i) Estágio A de Dukes de câncer do cólon;
- j) Carcinoma Papilífero da tireoide menor que 1cm de diâmetro e histologicamente classificado como T1, N0, M0.

ANGIOPLASTIA CORONARIANA: não haverá cobertura para qualquer situação que seja diferente de: obstrução arterial e/ou estreitamento superior a 70% (setenta por cento) e/ou bloqueio de duas ou mais artérias coronárias em um único procedimento.

PONTE DE SAFENA DE ARTÉRIA CORONARIANA: não haverá cobertura para qualquer situação que seja diferente de: obstrução arterial e/ou estreitamento superior a 70% (setenta por cento) e/ou bloqueio de duas ou mais artérias coronárias em um único procedimento.

ATAQUE CARDÍACO (INFARTO DO MIOCÁRDIO) ficam excluídos:

- Infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST, apenas com elevação da Troponina I ou T;
- Outras síndromes coronárias agudas, tais como angina de peito estável ou instável;
- Infarto do miocárdio silencioso;
- Cicatriz de enfarte, evidenciada através de eletrocardiograma;
- Doença cardíaca congênita ou outras doenças cardíacas tais como miocardite, pericardite ou lesões traumáticas miocárdicas;
- Infarto acontecido dentro dos 15 (quinze) dias depois de qualquer procedimento cirúrgico cardíaco intra-arterial, só terá cobertura se o infarto acontecer 30 (trinta) dias após o procedimento coronário com acompanhamento de novas ondas Q no eletrocardiograma;
- Infarto acontecido depois de tratamentos com laser, cirurgia de reparação ou substituição de válvulas cardíacas.

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC ficam excluídos:

- Os sintomas cerebrais de enxaqueca;
- Os AVC silenciosos diagnosticados por exames de imagem;
- Lesão cerebral causada por um traumatismo, hipóxia ou médios externos;
- Doença vascular que afete o olho ou o nervo ótico e as alterações isquêmicas do sistema vestibular;
- Ataques isquêmicos transitórios (AIT). O déficit neurológico no AIT, necessariamente, será reversível em até 24 horas normalmente, é estabilizado em um tempo bem mais curto;
- Infarto lacunar que não cumpra com os requisitos da definição;
- Eventos devidos do fibrilação atrial.

INSUFICIÊNCIA RENAL fica excluída:

- As doenças que produzam um fracasso renal com necessidade temporal de diálise.

TRANSPLANTE DE ÓRGÃO, não estão cobertos os seguintes casos:

- Autotransplantes;
- Transplantes não especificados na definição da cobertura;

- Transplantes decorrentes de doenças diagnosticadas anteriormente ao cumprimento do prazo de carência;
- Transplante decorrente de doenças ou lesões preexistentes de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão;
- Transplante seletivo de Células de Langerhan do pâncreas;
- A colocação de coração artificial, ainda que colocado temporariamente;
- Transplante de órgãos de animais e de quaisquer órgãos não humanos;
- Autotransplante de medula;
- Transplante de células-tronco (“células-mãe”).

ESCLEROSE MÚLTIPLA fica excluído:

O diagnóstico da doença prévio a contratação do seguro.

DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA – DPOC, não está coberto:

- As doenças respiratórias preexistentes tais como asma crônica complicada;
- As doenças ou infecções sistêmicas ou respiratórias previa na contratação do seguro;
- O diagnóstico da doença prévio a contratação do seguro.

Capítulo III – DO PERÍODO DE DIFERIMENTO

Seção I – Do período de carência

Art. 40. Para as coberturas por morte, invalidez permanente total ou parcial por acidente e doenças terminais, não será adotado período de carência.

PARÁGRAFO ÚNICO. Não haverá período de carência em caso de evento gerador decorrente de acidente pessoal, **ressalvado o disposto no Artigo 39.**

Art. 41. O período de Carência para a cobertura de Doenças Graves será de 90 (noventa) dias, com exceção das doenças de Esclerose Múltipla e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – DPOC, e o procedimento de Angioplastia Coronariana, descritos no item II do **Art. 37**, que a carência será de 12 (doze) meses, sendo definido na Proposta de Contratação e contado a partir do início de Vigência da Cobertura Individual ou do aumento do Capital Segurado.

Seção II – Do período de cobertura

Art. 42. O período de cobertura corresponde ao período de diferimento, durante o qual o Segurado ou seu(s) beneficiário(s) fará(ão) jus ao Capital Segurado contratado.

§ 1º O período de cobertura para a cobertura por Morte, corresponde ao período de diferimento contratado para a cobertura por sobrevivência, que é o intervalo de tempo entre a data de início de vigência da apólice e a data prevista para a concessão do Capital Segurado por sobrevivência.

§ 2º O período de cobertura para a cobertura por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, corresponde ao período de diferimento contratado para a cobertura por sobrevivência, que é o intervalo de tempo entre a data de início de vigência da apólice e a data prevista para a

concessão do Capital Segurado por sobrevivência, sendo que haverá a exclusão automática da cobertura aos 65 (sessenta e cinco) anos do Segurado.

§ 3º O período de cobertura para a cobertura de Doenças Graves será de acordo com o descrito no **Art. 43** desse Regulamento.

§ 4º O prazo de cobertura de cada Cobertura Opcional poderá não coincidir com o prazo de cobertura das Coberturas Básicas.

Art. 43. O período de cobertura de Doenças Graves será de 60 (sessenta) meses, conforme estabelecido na Apólice, não sendo superior ao período de diferimento contratado para a cobertura por sobrevivência, e respeitando a idade limite de 75 (setenta e cinco) anos do Segurado, quando ocorrerá o cancelamento automático da cobertura.

§ 1º O período de cobertura de Doenças Graves poderá ser estendido por mais 60 (sessenta) meses, se a Seguradora, mediante o aviso prévio de 60 (sessenta) dias antes de completar o final do período de cobertura, comunicar o interesse em estender o prazo de cobertura.

§ 2º Para extensão da cobertura deverá haver o consentimento do Segurado.

§ 3º O direito de extensão do período de cobertura é assegurado desde que todos os prêmios tenham sido pagos até a data do término de vigência da cobertura de Doenças Graves.

§ 4º Será disponibilizado endosso de apólice ao Segurado em cada uma das extensões do período de cobertura de Doenças Graves.

§ 5º A cada extensão, poderão ser exigidos o preenchimento de novo questionário de saúde e atividades, a apresentação de relatórios médicos ou a realização de novos exames médicos e laboratoriais, para efetivação da extensão do período de cobertura.

§ 6º A cada extensão do prazo de cobertura de Doenças Graves, o valor do prêmio será reajustado de acordo com a nova idade do Segurado, com a finalidade de manter o equilíbrio atuarial, financeiro e econômico do seguro, na forma da lei.

§ 7º Não haverá extensão da cobertura de Doenças Graves, quando a idade do Segurado for maior que 75 (setenta e cinco) anos, idade máxima de permanência na cobertura.

Seção III – Dos Prêmios

Art. 44. O valor e a periodicidade dos prêmios serão estipulados na Proposta de Contratação, podendo a periodicidade ser mensal, anual, única ou temporária.

§ 1º Quando o Segurado optar pela periodicidade temporária, o prazo máximo de pagamento deve encerrar 5 (cinco) anos antes do término de vigência da Apólice, dentre as opções de prazo de pagamento 5, 10, 15, 20, 25 e 30 anos, podendo ser na forma temporária mensal ou temporária anual.

§ 2º Não haverá a opção de alterar a periodicidade de pagamento, durante a vigência da apólice, quando o Segurado optar pela periodicidade única no início de vigência da Apólice.

§ 3º Não haverá a opção de alterar a periodicidade de pagamento, durante a vigência da apólice, quando o Segurado optar pela periodicidade temporária e o prazo de pagamento dos prêmios já tenham sido encerrados.

Art. 45. Os prêmios serão pagos pelo Segurado, antecipadamente em relação ao período de vigência, em dinheiro, cheque, ordem de pagamento, documento de ordem de crédito, débito em conta corrente, desconto em folha de pagamento ou por meio de cartão de crédito, ou em ficha de compensação, conforme opção estabelecida na proposta de contratação.

§ 1º Será facultado ao Segurado o pagamento por mais de uma das formas previstas no "caput".

§ 2º O pagamento poderá ser feito no primeiro dia útil após o feriado bancário ou fim de semana se a data de vencimento ocorrer nestes dias.

§ 3º Excetuados os carregamentos convencionados neste Regulamento, é vedada a dedução de quaisquer valores que venham a ser apropriados como receita da Seguradora.

Art. 46. Quando o pagamento for feito mediante ficha de compensação ou equivalente, esta será enviada ao Segurado, diretamente ou pelo correio, com antecedência de, pelo menos, 10 (dez) dias da data de seu vencimento.

Parágrafo Único. O Segurado que não receber a ficha de compensação ou outro documento correspondente deverá fazer o recolhimento de seu pagamento por via postal ou por ordem de pagamento na rede bancária credenciada em favor da Seguradora, até a data do vencimento, indicando seu nome, número da apólice e endereço atualizado.

Art. 47 Servirá de comprovante de pagamento de prêmios o recibo de pagamento em dinheiro ou cheque, o débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado, a fatura de cartão de crédito.

Art. 48. A INTERRUPÇÃO DO PAGAMENTO DOS PRÊMIOS POR 60 (SESSENTA) DIAS CONSECUTIVOS TRANSFORMARÁ A APÓLICE EM PROTEÇÃO CONTINUADA, AUTOMATICAMENTE, OBSERVADO O DISPOSTO NOS ARTIGOS 51 E 52 E RESSALVADO O DIREITO AO RESGATE OU PORTABILIDADE PREVISTO NOS ARTIGOS 63 E 69.

Art. 49. Os prêmios destinados ao custeio das coberturas por morte, sobrevivência e das coberturas opcionais de invalidez permanente total ou parcial por acidente e doenças graves, se contratadas, serão calculados atuarialmente conforme definido na Nota Técnica Atuarial.

§ 1º No caso de não pagamento do primeiro Prêmio, as coberturas relativas a este seguro não entrarão em vigor.

§ 2º O(s) prêmio(s) vencido(s) e não pago(s) será(ão) acrescido(s) de juros de 1% (um por cento) ao mês e atualizado(s) monetariamente pelo índice previsto neste Regulamento, observado o disposto no **§ 1º do Art. 88.**

§ 3º Para o cálculo do Prêmio, será considerado a idade completa em anos do Segurado, na data da contratação, e caso tenha transcorrido 6 (seis) meses ou mais da data do último aniversário do Segurado, será considerado um ano a mais de vida.

§ 4º Não haverá cobrança de prêmios para cobertura adicional de antecipação de capital segurado pago em vida no caso de doenças terminais.

Art. 50. A critério da Seguradora, após a análise da Proposta de Contratação, poderão ser concedidos descontos ou agravos, sobre o valor do prêmio constante na Proposta, de acordo com a classificação do risco individual. No caso de desconto, o Segurado poderá optar na proposta de contratação na manutenção do prêmio e majoração do Capital Segurado.

Parágrafo Único – No caso de majoração do Capital Segurado poderão ser exigidos a apresentação de relatórios médicos ou a realização de novos exames médicos e laboratoriais.

Art. 51. NO CASO DA OCORRÊNCIA DO EVENTO GERADOR, DURANTE PERÍODO EM QUE HAJA PRÊMIOS EM ATRASO, O CAPITAL SEGURADO DAS COBERTURAS CONTRATADAS SERÁ PAGO DEDUZIDO OS PRÊMIOS DEVIDOS, ACRESCIDOS DE JUROS MORATÓRIO IGUAL A 1% (UM POR CENTO) AO MÊS E ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DE ACORDO COM O ÍNDICE ADOTADO NO PLANO, CONFORME CRITÉRIO ESTABELECIDO NO § 1º DO ART. 88 DESTE REGULAMENTO.

Parágrafo Único – PARA FINS DESTE REGULAMENTO ENTENDE-SE O PRAZO ESPECIFICADO NO *CAPUT* DESTE ARTIGO COMO O PRAZO DE TOLERÂNCIA CONCEDIDO PARA A COBERTURA.

Art. 52. TRANSCORRIDOS 60 (SESSENTA) DIAS DO VENCIMENTO DO PRÊMIO DEVIDO E NÃO PAGO, RESSALVADO O DISPOSTO NO ARTIGO ANTERIOR, A PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER, SE HOUVER, DA COBERTURA DE MORTE E DAS COBERTURAS DE RISCO OPCIONAIS, SE CONTRATADAS, SERÃO TRANSFORMADAS EM PROTEÇÃO CONTINUADA, MANTENDO O MESMO CAPITAL VIGENTE À ÉPOCA E REDUZINDO O PRAZO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE.

§ 1º O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA DE SOBREVIVÊNCIA SERÁ RECALCULADO, SENDO O NOVO VALOR EQUIVALENTE A SOMA DA PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER DA COBERTURA DE SOBREVIVÊNCIA CONSTITUÍDA, NO MOMENTO DA APÓLICE SER TRANSFORMADA EM PROTEÇÃO CONTINUADA, E A PROVISÃO DE EXCEDENTE FINANCEIRO DA COBERTURA DE SOBREVIVÊNCIA, SE HOUVER, E SERÁ CONSIDERADO COMO PRÊMIO ÚNICO PURO, CALCULADO CONFORME DETERMINADO NA NOTA TÉCNICA ATUARIAL.

§ 2º A SEGURADORA ENVIARÁ AO SEGURADO O ENDOSSO COM OS VALORES E PRAZOS RECALCULADOS, QUANDO DA ALTERAÇÃO DA APÓLICE EM PROTEÇÃO CONTINUADA.

§ 3º A QUALQUER MOMENTO, ANTES DO TÉRMINO DO PRAZO DE 60 (SESSENTA) DIAS PREVISTO NO *CAPUT* DESTE ARTIGO, O SEGURADO PODERÁ REABILITAR A COBERTURA EFETUANDO O PAGAMENTO DOS PRÊMIOS EM ATRASO ACRESCIDOS DE JUROS MORATÓRIOS IGUAL A 1% (UM POR CENTO) AO MÊS E ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DE ACORDO COM O ÍNDICE ADOTADO NO PLANO, CONFORME CRITÉRIO ESTABELECIDO NO § 1º DO **ART. 88** DESTE REGULAMENTO.

§ 4º A SEGURADORA NOTIFICARÁ O SEGURADO COM ANTECEDÊNCIA DE PELO MENOS 10 (DEZ) DIAS ANTES DO TÉRMINO DO PRAZO DE 60 (SESSENTA) DIAS PREVISTO NO *CAPUT* DESTE ARTIGO, ATRAVÉS DE CORRESPONDÊNCIA AO MESMO, ADVERTINDO-O QUANTO À NECESSIDADE DE QUITAÇÃO DOS PRÊMIOS EM ATRASO.

§ 5º APÓS O TÉRMINO DO NOVO PRAZO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE, A COBERTURA DE MORTE E AS COBERTURAS OPCIONAIS, SE CONTRATADAS, ESTARÃO ENCERRADAS E A APÓLICE SERÁ CANCELADA COM O PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO RECALCULADO DA COBERTURA DE SOBREVIVÊNCIA.

§ 6º SERÁ MANTIDO AS CARACTERÍSTICAS DE ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA DE MORTE, SOBREVIVÊNCIA E DAS COBERTURAS DE RISCO OPCIONAIS, SE CONTRATADAS, CONFORME **ART. 53**, ATÉ O TÉRMINO DO NOVO PRAZO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE.

§ 7º DURANTE O PERÍODO DE PROTEÇÃO CONTINUADA, É PERMITIDO AO SEGURADO SOLICITAR O RESGATE TOTAL OU A PORTABILIDADE TOTAL, CONFORME **SEÇÃO VIII – DO RESGATE** OU **SEÇÃO IX – DA PORTABILIDADE**, DESSE REGULAMENTO.

Seção IV – Da Atualização

Art. 53. – Até a ocorrência do evento gerador, os valores dos capitais Segurados e dos prêmios destinados ao custeio das coberturas contratadas, serão atualizados anualmente no mês do aniversário da adesão ao plano, pelo **IPCA-IBGE** acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o **mês anterior ao do aniversário do plano**.

Parágrafo Único – No caso de extinção ou vedação do índice de atualização de valores estabelecido no caput desse Artigo, a Seguradora adotará o **INPC/IBGE** como índice substituto.

Seção V – Do carregamento

A – Sobre a parcela do prêmio destinada à cobertura por sobrevivência

Art. 54. PARA FAZER FACE ÀS DESPESAS DO PLANO RELATIVAS À COLOCAÇÃO, ADMINISTRAÇÃO E CORRETAGEM, A SEGURADORA COBRARÁ CARREGAMENTO DE **10% (dez por cento)**, SOBRE A PARCELA DO PRÊMIO DESTINADO A COBERTURA POR SOBREVIVÊNCIA, QUANDO DE SEU RECEBIMENTO, E **CONFORME TABELA A SEGUIR**, QUANDO DA EFETIVAÇÃO DE PEDIDO DE RESGATE OU PORTABILIDADE, SOBRE O SALDO DO VALOR NOMINAL DAS PARCELAS DO PRÊMIO DESTINADOS À COBERTURA POR SOBREVIVÊNCIA, PAGAS NA FORMA DO **ART. 44**, CONTIDO NO MONTANTE DOS RECURSOS RESGATADOS OU PORTADOS, FICANDO A SEGURADORA RESPONSÁVEL POR INFORMAR AO SEGURADO, POR ESCRITO, À ÉPOCA, QUANTO DO VALOR MOVIMENTADO REFERE-SE ÀQUELE SALDO E O RESPECTIVO VALOR DE CARREGAMENTO.

Ano(s) completo(s) de Vigência	% Carregamento
1 ano	10%
2 anos	9%
3 anos	8%
4 anos	7%
5 anos	6%
6 anos	5%
7 anos	4%
8 anos	3%
9 anos	2%
10 anos	1%
11 anos ou mais	0%

Art. 55. O CARREGAMENTO, O CRITÉRIO E A FORMA DE COBRANÇA CONSTARÃO NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO. O VALOR OU O PERCENTUAL DE CARREGAMENTO REFERENTE À COBERTURA POR SOBREVIVÊNCIA NÃO SOFRERÁ AUMENTO, FICANDO SUA REDUÇÃO A CRITÉRIO DA SEGURADORA.

PARÁGRAFO ÚNICO. NO CASO DE REDUÇÃO DO CARREGAMENTO, ELA SERÁ IDÊNTICA PARA TODOS OS SEGURADOS DO PLANO.

B - Sobre as parcelas do prêmio destinadas à cobertura básica por morte e cobertura opcional por invalidez permanente total ou parcial por acidente e doenças graves

Art. 56. O carregamento para fazer face às despesas do plano relativas à colocação, administração e corretagem será de **30% (trinta por cento)** sobre as parcelas do prêmio destinadas à cobertura básica por morte e coberturas opcionais por invalidez permanente total ou parcial por acidente e doenças graves.

Art. 57. O CARREGAMENTO, O CRITÉRIO E A FORMA DE COBRANÇA CONSTARÃO NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO. O VALOR OU PERCENTUAL DE CARREGAMENTO NÃO SOFRERÁ AUMENTO, FICANDO SUA REDUÇÃO A CRITÉRIO DA SEGURADORA.

PARÁGRAFO ÚNICO. NO CASO DE REDUÇÃO DO CARREGAMENTO, ELA SERÁ IDÊNTICA PARA TODOS OS SEGURADOS DO PLANO.

Seção VI – Da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder

Art. 58. A Provisão Matemática de Benefícios a Conceder da cobertura por morte, invalidez e doenças graves, será calculada atuarialmente conforme Nota Técnica Atuarial, com base nos valores das parcelas do prêmio pago destinado ao custeio de cada cobertura.

Art. 59. A Provisão Matemática de Benefícios a Conceder da cobertura por sobrevivência será constituída com base no valor da parcela do prêmio pago destinado ao custeio da cobertura por sobrevivência, deduzido, quando for o caso, o carregamento.

Art.60. O saldo das Provisões Matemáticas de Benefícios a Conceder, calculadas conforme descrito nos **Artigos 58 e 59**, será remunerado, mensalmente, no último dia útil de cada mês, até o final do período de cobertura da Apólice, com base nos seguintes parâmetros técnicos:

- I - taxa de juros efetiva anual: **0,00 % a.a.** (zero por cento ao ano);
- II - índice de atualização de valores: **IPCA-IBGE.**

Parágrafo Único. No final do prazo de cobertura da apólice, caso o Segurado não disponibilize à Seguradora as documentações para o recebimento do Capital Segurado da cobertura de sobrevivência, conforme **Art. 94**, os saldos das Provisões Matemáticas de Benefícios a Conceder serão remunerados, mensalmente, no último dia útil de cada mês, a partir do mês subsequente ao mês do término do período de diferimento, com base nos seguintes parâmetros técnicos:

- I - taxa de juros efetiva anual: **0,0 % a.a.** (zero por cento ao ano);
- II - índice de atualização de valores: **IPCA-IBGE.**

Seção VII – Da aplicação dos recursos

Art. 61. Os recursos vertidos para a cobertura por sobrevivência, depois de descontado o carregamento e apropriados à Provisão Matemática de Benefícios a Conceder para a cobertura por sobrevivência, serão aplicados, pela Seguradora, em quotas do respectivo FIE utilizado para apuração do Resultado Financeiro, até o segundo dia útil subsequente ao da efetiva disponibilidade dos recursos, em sua sede ou dependências, tendo como base o valor da quota em vigor no respectivo dia da aplicação.

Art. 62. A carteira de investimentos do FIE, denominado **MAPFRE HEDGE FUNDO DE INVESTIMENTO RENDA FIXA PREV**, e registrado no CNPJ sob n.º **12.124.044/0001-02**, será composta:

Por títulos de emissão do Tesouro Nacional e/ou do Banco Central do Brasil, por créditos securitizados do Tesouro Nacional e por investimentos de renda fixa, nas modalidades e dentro dos critérios, diversificação e diversidade admitidos pela regulamentação vigente.

Seção VIII – Do Resgate

Art. 63. INDEPENDENTE DO NÚMERO DE PRÊMIOS PAGOS É PERMITIDO AO SEGURADO SOLICITAR O RESGATE TOTAL, DE RECURSOS DO SALDO DA PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER CONSTITUÍDA PARA AS COBERTURAS POR MORTE, INVALIDEZ, DOENÇAS GRAVES E SOBREVIVÊNCIA, APÓS O CUMPRIMENTO, A CONTAR DA DATA DE PROTOCOLO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO, DE PERÍODO DE CARÊNCIA DE **24 (vinte e quatro) MESES**.

Art. 64. Os períodos de que trata o Artigo anterior serão idênticos para todos os Segurados, podendo ser automaticamente modificados quando contrariarem as normas baixadas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP ou pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

Parágrafo Único. Ocorrendo alteração, a Seguradora, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, comunicará por escrito a cada um dos Segurados os novos períodos que atendam à regulamentação.

Art. 65. O saldo da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder, se houver, será posto à disposição do Segurado ou de seu(s) beneficiário(s), conforme a ocorrência do evento coberto, observado o **Art. 2º** desse Regulamento.

§ 1º Na ocorrência da Morte do Segurado, o saldo da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder, se houver, das coberturas por Morte, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Doenças Graves, se contratadas e sobrevivência, mediante solicitação devidamente instruída e registrada na Seguradora, será posto à disposição integralmente do(s) Beneficiário(s), conforme determina o **Art. 99** para recebimento, sem qualquer prazo de carência, à vista.

§ 2º Na ocorrência de invalidez permanente total do Segurado, quando houver contratação da cobertura opcional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, comprovada mediante declaração médica, o saldo da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder, se houver, das coberturas por Morte, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Doenças Graves, se contratadas e sobrevivência, mediante solicitação devidamente instruída e registrada na Seguradora, será posto à disposição integralmente do Segurado, conforme determina o **Art. 66** para recebimento, sem qualquer prazo de carência, à vista.

§ 3º Quando do diagnóstico de uma das doenças graves cobertas ou a realização de um dos procedimentos médicos cobertos pela cobertura de Doenças Graves, se contratada, comprovada mediante declaração médica e conforme determina o **Art. 37, item II**, o saldo da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder, se houver, da cobertura de doenças graves, mediante solicitação devidamente instruída e registrada na Seguradora, será posto à disposição do Segurado, conforme determina o **Art. 66** para recebimento, sem qualquer prazo de carência, à vista.

§ 4º O pagamento somente será efetuado após pleno reconhecimento do evento gerador pela Seguradora.

Art. 66. O pedido de resgate total deve ser efetuado com base no saldo da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder das coberturas contratadas, mediante registro de solicitação na Seguradora, devidamente instruída, especificando:

I - denominação do plano;

II – cópia do documento de identidade (RG) e cadastro de pessoas físicas – CPF;

III – cópia do comprovante de residência do Segurado, não podendo ser anterior a 3 (três) meses.

IV - dados bancários para a efetivação do pagamento, quando couber;

V - no caso de invalidez do Segurado, declaração médica, atestando ser total e permanente e data de sua caracterização;

VI – no caso de doenças graves, declaração médica/relatório médico atestando o diagnóstico da doença grave coberta ou a realização do procedimento médico coberto pela cobertura de doenças graves, assinado pelo médico especialista ou médico assistente do Segurado, conforme o diagnóstico e o determinado no Art. 37, item II. O documento deverá conter carimbo com o CRM do médico e reconhecimento de firma da assinatura do médico.

Art. 67. O pagamento do resgate total será efetivado com base em **100% (cem por cento)** da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder da cobertura por sobrevivência, deduzido o carregamento de saída estabelecido no **Art. 54**, e com base em percentual da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder das coberturas por morte, invalidez e doenças graves, conforme tabela abaixo:

Ano Completo de Vigência	% de Resgate da PMBAC das coberturas de Morte, Invalidez e Doenças Graves
1º ano	0%
2º ano	0%
3º ano	30%
4º ano	40%
5º ano	50%
6º ano	60%
7º ano	70%
8º ano	80%
9º ano	90%
10º ano ou mais	100%

§ 1º O RESGATE TOTAL IMPLICARÁ NO AUTOMÁTICO DESLIGAMENTO DO PLANO.

§ 2º O PAGAMENTO DEVE SER EFETUADO EM CHEQUE CRUZADO, INTRANSFERÍVEL, CRÉDITO EM CONTA CORRENTE, DOCUMENTO DE ORDEM DE CRÉDITO – DOC OU TRANSFERÊNCIA ELETRÔNICA DISPONÍVEL – TED, ATÉ O QUINTO DIA ÚTIL SUBSEQUENTE ÀS RESPECTIVAS DATAS DETERMINADAS PELO SEGURADO OU À DO RECONHECIMENTO DO EVENTO GERADOR DE QUE TRATA O ART. 65 DESTES REGULAMENTO.

§ 3º PARA DEFINIÇÃO DO PERCENTUAL DE RESGATE DA PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER DA COBERTURA DE MORTE, E DAS COBERTURAS OPCIONAIS, QUANDO

CONTRATADAS, SERÁ CONSIDERADO O ANO COMPLETO DE VIGÊNCIA NA DATA DE PEDIDO DE RESGATE TOTAL, CONFORME REGISTRO DE SOLICITAÇÃO NA SEGURADORA.

Art. 68. SOBRE O VALOR RESGATADO, ALÉM DA COBRANÇA DE CARREGAMENTO POSTECIPADO, NA FORMA DESCRITA NESTE REGULAMENTO, HAVERÁ INCIDÊNCIA DE TRIBUTOS, DE ACORDO E POR CONTA DE QUEM A LEGISLAÇÃO FISCAL VIGENTE DETERMINAR.

Seção IX – Da Portabilidade

Art. 69. INDEPENDENTE DA QUANTIDADE E DO VALOR DOS PRÊMIOS PAGOS, O SEGURADO PODERÁ SOLICITAR PORTABILIDADE, PARA OUTRO PLANO DE SEGURO DE PESSOAS COM COBERTURA POR SOBREVIVÊNCIA, DESTA OU DE OUTRA SEGURADORA, DOS RECURSOS DO SALDO DA PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER DAS COBERTURAS POR SOBREVIVÊNCIA, MORTE, INVALIDEZ E DOENÇAS GRAVES, APÓS O CUMPRIMENTO DE PRAZO DE CARÊNCIA DE **6 (SEIS) MESES**, A CONTAR DA DATA DE PROTOCOLO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO NA SEGURADORA.

PARÁGRAFO ÚNICO. OS RECURSOS REFERENTES A COBERTURA POR SOBREVIVÊNCIA SOMENTE PODERÃO SER PORTADOS PARA A PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER REFERENTES A COBERTURA POR SOBREVIVÊNCIA.

Art. 70. Os prazos de que trata o Artigo anterior serão idênticos para todos os Segurados, podendo ser automaticamente modificados quando contrariarem alterações específicas nas normas baixadas pelo CNSP ou pela SUSEP.

Parágrafo Único. Ocorrendo alteração, a Seguradora, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, comunicará por escrito a cada um dos Segurados os novos períodos que atendam à regulamentação.

Art. 71. A portabilidade será efetuada mediante solicitação do Segurado, devidamente registrada na Seguradora, informando:

- I- o plano (ou planos) de seguro de pessoas com coberturas por sobrevivência, morte, invalidez e doenças graves, quando da mesma Seguradora; ou
- II- o plano (ou planos) de seguro de pessoas com coberturas por sobrevivência, morte, invalidez e doenças graves e respectiva Seguradora (ou Seguradoras), quando para outra sociedade (ou sociedades); e
- III- respectivas datas.

§ 1º Deverá ser anexada, pelo Segurado, à solicitação de que trata o “caput”, documento expedido pela SEGURADORA cessionária, contendo a data em que o plano receptor foi contratado e declaração de que não se opõe à portabilidade total.

§ 2º Nos casos de portabilidade para plano de seguro de pessoas com coberturas por sobrevivência, morte, invalidez e doenças graves onde o Segurado não esteja inscrito, deverá ser previamente formalizado o preenchimento de Proposta de Contratação e adotadas todas as demais providências previstas nas condições gerais em vigor.

Art. 72. O pagamento da portabilidade será efetivado com base em **100% (cem por cento)** da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder da cobertura por sobrevivência, deduzido

o carregamento de saída estabelecido no **Art. 54**, e com base em percentual da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder das coberturas por morte, invalidez e doenças graves, conforme tabela a seguir:

Ano Completo de Vigência	% de Portabilidade da PMBAC das coberturas de Morte, Invalidez e Doenças Graves
1º ano	0%
2º ano	0%
3º ano	30%
4º ano	40%
5º ano	50%
6º ano	60%
7º ano	70%
8º ano	80%
9º ano	90%
10º ano ou mais	100%

§ 1º A PORTABILIDADE IMPLICARÁ NO AUTOMÁTICO DESLIGAMENTO DO PLANO.

§ 2º PARA DEFINIÇÃO DO PERCENTUAL DE PORTABILIDADE DA PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER DAS COBERTURAS DE MORTE, INVALIDEZ E DOENÇAS GRAVES, SERÁ CONSIDERADO O ANO COMPLETO DE VIGÊNCIA NA DATA DE PEDIDO DE PORTABILIDADE, CONFORME REGISTRO DE SOLICITAÇÃO NA SEGURADORA.

Art. 73. A PORTABILIDADE DEVERÁ SER EFETIVADA PELA SEGURADORA CEDENTE DOS RECURSOS ATÉ O QUINTO DIA ÚTIL SUBSEQUENTE ÀS RESPECTIVAS DATAS DETERMINADAS PELO SEGURADO.

Parágrafo Único. Os recursos financeiros serão portados diretamente entre as Seguradoras, ficando vedado que transitem, sob qualquer forma, pelo Segurado.

Art. 74. O Segurado deverá receber documento fornecido pela Seguradora:

I – cedente dos recursos, no prazo máximo de 7 (sete) dias úteis, a contar das respectivas datas determinadas pelo Segurado para as portabilidades, atestando a data de sua efetivação e o respectivo valor (ou vabres) e Seguradora (ou Seguradoras) cessionária(s); e

II – cessionária dos recursos, no prazo máximo de 7 (sete) dias úteis, a contar das respectivas datas de recepção dos recursos, atestando a data de recebimento e respectivo valor (ou vabres) e plano (ou planos).

Art. 75. É vedada a portabilidade de recursos entre Segurados.

Art. 76. SOBRE O VALOR DA PORTABILIDADE, ALÉM DA COBRANÇA DE CARREGAMENTO POSTECIPADO, NA FORMA PREVISTA NESTE REGULAMENTO, HAVERÁ INCIDÊNCIA DE DESPESAS RELATIVAS ÀS TARIFAS BANCÁRIAS NECESSÁRIAS À PORTABILIDADE.

Seção X – Do Cancelamento

Art. 77. O Segurado poderá solicitar o cancelamento de seu plano a qualquer momento.

§ 1º Os valores da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder da respectiva cobertura contratada estarão disponíveis para resgate total, conforme previsto no **Art. 67**.

§ 2º Os valores da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder da respectiva cobertura contratada estarão disponíveis para portabilidade total, conforme previsto no **Art. 72**.

§ 3º Deverão ser respeitadas as carências previstas no **Art. 63** para pagamento do resgate total e no **Art. 69** para efetivação de portabilidade total.

§ 4º O SEGURADO PODERÁ A PARTIR DO 2º (SEGUNDO) ANO COMPLETO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE, DURANTE O PERÍODO DE PAGAMENTO DOS PRÊMIOS, DESDE QUE O SEGURO ESTEJA COM OS PRÊMIOS PAGOS EM DIA, OPTAR EM UTILIZAR A PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER DA COBERTURA DE MORTE E COBERTURAS DE RISCO OPCIONAIS, SE CONTRATADAS, PARA PROTEÇÃO CONTINUADA, MANTENDO O MESMO VALOR DE CAPITAL VIGENTE À ÉPOCA E REDUZINDO O PRAZO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE. O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA DE SOBREVIVÊNCIA SERÁ RECALCULADO, SENDO O NOVO VALOR EQUIVALENTE A SOMA DA PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER DA COBERTURA DE SOBREVIVÊNCIA CONSTITUÍDA, NO MOMENTO DA APÓLICE SER TRANSFORMADA EM PROTEÇÃO CONTINUADA, E A PROVISÃO DE EXCEDENTE FINANCEIRO DA COBERTURA DE SOBREVIVÊNCIA, SE HOVER, E SERÁ CONSIDERADO COMO PRÊMIO ÚNICO PURO, CALCULADO CONFORME DETERMINADO NA NOTA TÉCNICA ATUARIAL.

§ 5º OPTANDO O SEGURADO PELA UTILIZAÇÃO DA PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER PARA PROTEÇÃO CONTINUADA, CONFORME PARÁGRAFO ANTERIOR, SERÁ CONSIDERADO OS CRITÉRIOS ESTABELECIDOS NO **ART. 52**.

§ 6º A opção mencionada no § 4º deste Artigo não poderá ser realizada quando já ocorreu o término do pagamento dos prêmios.

§ 7º DURANTE O PERÍODO DE PROTEÇÃO CONTINUADA, É PERMITIDO AO SEGURADO SOLICITAR O RESGATE TOTAL OU A PORTABILIDADE TOTAL, CONFORME **SEÇÃO VIII – DO RESGATE** OU **SEÇÃO IX – DA PORTABILIDADE**, DESSE REGULAMENTO.

Art. 78. O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a solicitação do segurado registrada na Seguradora.

Parágrafo Único. Se durante a vigência da apólice o Segurado optar em cancelar as coberturas opcionais contratadas, a PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER, se houver, dessas coberturas, serão postas à disposição do Segurado, de acordo com a Seção VIII – Do Resgate.

Seção XI – Da Perda de Direito

Art. 79. O segurado perderá o direito à indenização caso seja constatado que tenha agravado intencionalmente o risco.

Art. 80. Se o segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta de contratação ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

Art. 81. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a seguradora poderá:

I – na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

II – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

- a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao(s) beneficiário(s) ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

III – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

Art. 82. O segurado está obrigado a comunicar à seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

Art. 83. A seguradora, desde que o faça em 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

PARÁGRAFO ÚNICO. Nos casos em que o aviso de agravação do risco for gerado por doença, ressalvado o disposto no **Artigo 80**, a Seguradora não utilizará essa informação durante a vigência do seguro para alterar direitos e deveres previstos neste Regulamento, incluindo a decisão de cancelar o seguro, restringir a cobertura ou cobrar a diferença de prêmio.

Seção XII – Do Resultado Financeiro

Art. 84. O Resultado Financeiro será apurado ao final do último dia útil de cada mês, durante o período de diferimento, considerando o patrimônio líquido do FIE onde estejam aplicados os recursos das Provisões Matemáticas de Benefícios a Conceder da cobertura por sobrevivência.

Art. 85. Apurado excedente ao final do último dia útil de cada mês, o valor correspondente ao percentual de reversão, definido conforme tabela de que trata o **Art. 6º**, será incorporado à pertinente Provisão de Excedentes Financeiro da cobertura por sobrevivência, deduzindo-se eventuais déficits calculados de acordo com o percentual contratado, relativo a períodos anteriores e cobertos pela Seguradora.

Art. 86. Apurado déficit ao final do último dia útil de cada mês, deverá ser ele totalmente coberto pela Seguradora, na mesma data, mediante aporte de recursos à parcela do patrimônio líquido do FIE, onde estejam aplicados diretamente os respectivos recursos, correspondente à Provisão Matemática de Benefícios a Conceder.

§ 1º Para cobertura do déficit a Seguradora utilizará:

I - recurso da Provisão de Excedente Financeiro da cobertura por Sobrevivência, que não poderá exceder o valor da parcela do déficit calculado com base no percentual estabelecido para reversão de resultado financeiro ao segurado, e/ou

II - recursos próprios livres da Seguradora.

§ 2º Não tendo a Provisão de Excedente Financeiro da cobertura por Sobrevivência, saldo suficiente para atender ao disposto no inciso I do parágrafo anterior, a Seguradora deverá suprir a insuficiência.

§ 3º A insuficiência de que trata o parágrafo anterior, remunerada pela taxa de rentabilidade do respectivo FIE, deverá ser ressarcida através da redução de excedentes futuros a que faça jus o Segurado, como estabelecido neste Regulamento.

§ 4º Os recursos utilizados na cobertura de déficits deverão ser sempre representados por quotas do respectivo FIE onde estejam aplicados diretamente os recursos da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder.

Art. 87. O saldo da Provisão de Excedente Financeiro gerado para a cobertura por sobrevivência será calculado diariamente e revertido à Provisão Matemática de Benefícios a Conceder dessa cobertura **anualmente** no último dia do mês seguinte ao mês de aniversário do plano.

Parágrafo Único. A Reversão do Excedente Financeiro para a Provisão Matemática de Benefícios a Conceder, será considerado como Prêmio Único Puro para a cobertura por sobrevivência, gerando um Capital Segurado Adicional, na data final de diferimento do plano, calculado conforme determinado na Nota Técnica Atuarial.

Capítulo IV – DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS

Seção I – Da Atualização

Art. 88. Os valores devidos a título de Capital Segurado, portabilidade total e de resgate total para as coberturas de sobrevivência, morte e coberturas opcionais, se contratadas, sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice de atualização de valores estabelecido no plano, a partir da data em que se tornarem exigíveis.

§ 1º A atualização de que trata este Artigo será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data em que os valores devidos se tornaram exigíveis

e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, estando ainda sujeita à aplicação de mora e/ou multa, conforme **Seção II deste Capítulo**.

§ 2º A Provisão de Resgates e Outros Valores a Regularizar será atualizada pró-rata dia, com base na variação positiva do índice de atualização de valores estabelecido no plano, apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade do pagamento e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

Art. 89. Os valores devidos a título de Capital Segurado, portabilidade total e de resgate total para as coberturas de sobrevivência, morte e coberturas opcionais, se contratadas, desde a data da ocorrência do evento gerador até a data do efetivo pagamento, não serão atualizados na hipótese da Seguradora cumprir o prazo contratualmente estabelecido.

§ 1º Caso o Segurado tenha optado pela periodicidade anual, única ou temporária para pagamento dos prêmios, o Capital Segurado será atualizado até a data de ocorrência do evento gerador, observando o **IPCA-IBGE** acumulado, proporcional ao número de meses decorridos desde a última atualização.

§ 2º É IMPORTANTE QUE O ASSISTIDO OU O(S) BENEFICIÁRIO(S) AGILIZE(M) SUA HABILITAÇÃO PARA O RECEBIMENTO DO CAPITAL SEGURADO JUNTO À SEGURADORA, APRESENTANDO OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS, IMEDIATAMENTE APÓS A OCORRÊNCIA DO EVENTO GERADOR.

§ 3º No caso de extinção ou vedação do índice de atualização de valores estabelecido no plano, a Seguradora adotará o **INPC/IBGE** como índice substituto.

Seção II – Da Aplicabilidade da Mora

Art. 90. Os valores relativos às obrigações pecuniárias serão acrescidos de multa, quando prevista, e de juros moratórios, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo previsto contratualmente, sendo o referido acréscimo efetuado a partir do primeiro dia posterior ao término do referido prazo.

§ 1º Os juros moratórios serão equivalentes à taxa de 1% (um por cento) ao mês.

§ 2º Para este plano não será adotada multa.

Capítulo V – DO PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

Seção I – Da Cobertura por Sobrevivência

Art. 91. No primeiro dia útil seguinte à data prevista para o término do período de diferimento, será concedido ao Segurado o Capital Segurado sob a forma de pagamento único.

Art. 92. O Capital Segurado será pago à vista mediante cheque nominativo, ordem de pagamento, documento de ordem de crédito ou crédito em conta corrente bancária.

Art. 93. SOBRE O VALOR DO CAPITAL SEGURADO HAVERÁ INCIDÊNCIA DE TRIBUTOS, DE ACORDO E POR CONTA DE QUEM A LEGISLAÇÃO FISCAL VIGENTE DETERMINAR.

Art. 94. Para habilitação ao recebimento do Capital Segurado da cobertura de Sobrevivência, o Segurado deverá apresentar a seguinte documentação completa:

- a) Cópia autenticada do documento de identidade (RG) e do cadastro de pessoa física (CPF) do Segurado;
- b) Cópia autenticada do comprovante de residência do Segurado, não podendo ser anterior a 3 (três) meses;
- c) Informação dos dados bancários do Segurado;
- d) FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIO, fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido.

Seção II – Da Cobertura por Morte

A – Do Pagamento Único Por Morte

Art. 95. O objetivo desta cobertura é a concessão de um Capital Segurado na forma de pagamento único, ao(s) beneficiário(s) indicado(s), em decorrência da morte do Segurado ocorrida durante o período de cobertura, observadas as demais condições deste Regulamento.

§ 1º. O âmbito geográfico das coberturas de risco será o globo terrestre.

§ 2º. O PERÍODO DE COBERTURA CORRESPONDERÁ AO PERÍODO DE DIFERIMENTO, OBSERVADAS AS DEMAIS CONDIÇÕES PREVISTAS NESTE REGULAMENTO.

Art. 96. O Segurado poderá, a qualquer tempo, substituir os beneficiários indicados, bem como o percentual de participação de cada um, mediante comunicação à Seguradora por escrito ou por outro meio possível de se comprovar e produzirá efeitos a partir da data de protocolo.

Art. 97. Caso um ou mais beneficiários venham falecer antes do Segurado, o valor da cobertura será redistribuído entre os remanescentes em partes proporcionais, observado o percentual indicado de participação de cada um.

Art. 98. Não havendo expressa indicação de beneficiário(s), ou na falta dele(s), será observado o definido no § 1º do Artigo 14 deste Regulamento.

Art. 99. Para habilitação ao recebimento do Capital Segurado e das Provisões Matemáticas de Benefício a Conceder das coberturas contratadas, se houver, os beneficiários deverão apresentar a seguinte documentação completa:

- a) Cópia autenticada do documento de identidade (RG) e cadastro de pessoa física – CPF do Segurado;
- b) Cópia autenticada da certidão de óbito do Segurado;
- c) Cópia autenticada do comprovante de residência do Segurado, não podendo ser anterior a 3 (três) meses;

- d) documento de identidade, certidão de casamento ou certidão de nascimento, comprovante de residência, não podendo ser anterior a 3 (três) meses, e CPF ou CNPJ dos beneficiários, e do(s) representante(s) legal(is), se for o caso;
- e) Informação de dados bancários do(s) Beneficiário(s) e do(s) representante(s) legal(is), se for o caso;
- f) Boletim de ocorrência policial e laudo de necropsia do Instituto Médico Legal, se for o caso;
- g) Laudo do médico assistente do Segurado;
- h) FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIO, fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido.

PARÁGRAFO ÚNICO. NO CASO DE DÚVIDA FUNDADA E JUSTIFICADA PARA A COMPROVAÇÃO DA OCORRÊNCIA DO EVENTO GERADOR OU HABILITAÇÃO DO(S) BENEFICIÁRIO(S), PODERÃO SER EXIGIDOS OUTROS DOCUMENTOS, ALÉM DOS CITADOS NO *CAPUT* DO ARTIGO.

Art. 100. O Capital Segurado será devido após a data do falecimento do Segurado, devidamente comprovado, e será pago em até 30 (trinta) dias após o recebimento da documentação.

§ 1º Para efeito de determinação do capital segurado vigente será considerada a data da ocorrência da morte do Segurado.

§ 2º Será suspensa a contagem do prazo de que trata o "caput" no caso de solicitação de nova documentação, respeitado o disposto no parágrafo único do Artigo anterior.

§ 3º A suspensão a que se refere o § 2º cessará a partir do dia útil subsequente àquele da protocolização da documentação solicitada.

§ 4º 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.

Art. 101. A Seguradora não poderá contestar o pagamento do Capital Segurado no caso de morte por alegação de preexistência de doença ou lesão, se, na data do evento, os seguintes prazos, aplicáveis conforme a hipótese, já tiverem decorrido:

- a) 24 (vinte e quatro) meses da data de emissão da Apólice, caso o Segurado tenha sido submetido a exames médicos ou paramédicos e/ou laboratoriais solicitados e/ou oferecidos, opcionalmente, pela Seguradora, por ocasião da análise da Proposta de Contratação; ou
- b) 60 (sessenta) meses da data de emissão da Apólice, caso o Segurado não tenha se submetido a exames médicos ou paramédicos e/ou laboratoriais solicitados e/ou oferecidos, opcionalmente, pela Seguradora, por ocasião da análise da Proposta de Contratação.

PARÁGRAFO ÚNICO. Findos os prazos anteriormente citados, a Seguradora pagará o Capital Segurado Líquido em caso de sinistro, observado o que dispõe este Regulamento.

Art. 102. NÃO É DEVIDA ESTA COBERTURA QUANDO A MORTE DECORRER:

- a) DE DOENÇA, LESÃO OU SEQUELAS PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO, NÃO DECLARADAS NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO E

COMPROVADAMENTE DE CONHECIMENTO DO SEGURADO NA DATA DA CONTRATAÇÃO, RESSALVADO O DISPOSTO NO ARTIGO 101;

- b) DO USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, INCLUINDO A EXPLOSÃO NUCLEAR PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO A CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA OU EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES, EXCETO EXPOSIÇÃO TERAPÊUTICA;
- c) DE ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, DE GUERRA QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, DE GUERRA CIVIL, DE GUERRILHA, DE REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DE ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES; E
- d) DE SUICÍDIO NOS PRIMEIROS 24 (VINTE E QUATRO) MESES DE VIGÊNCIA DO CONTRATO.

PARÁGRAFO ÚNICO. NÃO SE CONSIDERARÁ COMO RISCO EXCLUÍDO A MORTE DO SEGURADO PROVENIENTE DA UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADO, DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR, DA PRÁTICA DE ESPORTE, OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM.

Art. 103. SOBRE O VALOR DO CAPITAL SEGURADO PODERÁ HAVER INCIDÊNCIA DE TRIBUTOS, DE ACORDO E POR CONTA DE QUEM A LEGISLAÇÃO FISCAL VIGENTE DETERMINAR.

B – Da antecipação do capital segurado da cobertura de morte

Art. 104. Serão adiantados 50% (cinquenta por cento) do Capital Segurado contratado para a cobertura de morte, **ressalvado o disposto no Artigo 41**, respeitando o Limite de Antecipação do Capital Segurado estipulado no **inciso XXXVII do Art. 12**, mediante solicitação do Segurado ou de seu representante legal, nos casos em que o Segurado se encontrar em fase terminal ocasionada por doenças, cuja data de início da moléstia e de seu diagnóstico seja posterior à contratação do seguro.

PARÁGRAFO ÚNICO - O âmbito geográfico dessa cobertura será o globo terrestre.

Art. 105. Considera-se “paciente em fase terminal” o portador de doença para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresente estado clínico grave, sem perspectiva de recuperação e para o qual haja expectativa de morte num prazo máximo de 6 (seis) meses da data do diagnóstico.

Art. 106. Para a solicitação do recebimento do Capital Segurado desta cobertura, o segurado deverá apresentar a seguinte documentação completa:

- a. FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIO fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido pelo Segurado, ou no caso de sua incapacidade, por seu representante legal;
- b. Cópia autenticada do documento de identidade (RG) e do CPF do Segurado;
- c. Cópia autenticada do Comprovante de Residência do Segurado, não podendo ser anterior a 3 (três) meses;

- d. Informação de dados bancários do Segurado;
- e. Atestado emitido por médico assistente devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo estimado de sobrevivência do Segurado, atestado este que deverá vir acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes, ressalvados **o direito da Seguradora disposto no Artigo 109.**

§ 1º O Médico Assistente é o profissional devidamente habilitado para a prática da medicina, de escolha do Segurado, responsável pelo seu acompanhamento clínico e pelo diagnóstico e conduta realizados. Não serão aceitos como médico assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

§ 2º NO CASO DE DÚVIDA FUNDADA E JUSTIFICADA PARA A COMPROVAÇÃO DA OCORRÊNCIA DO EVENTO GERADOR, PODERÃO SER EXIGIDOS OUTROS DOCUMENTOS, ALÉM DOS CITADOS NO *CAPUT* DO ARTIGO.

Art. 107. A antecipação da indenização será paga ao Segurado ou representante legal.

§ 1º O Capital Segurado será devido após a caracterização da fase terminal do Segurado, devidamente comprovado, e será pago em até 30 (trinta) dias após o recebimento da documentação.

§ 2º Para efeito de determinação do capital segurado vigente será considerada a data do respectivo atestado emitido pelo médico assistente.

§ 3º Será suspensa a contagem do prazo de que trata o § 1º deste Artigo, no caso de solicitação de nova documentação, respeitado o disposto no § 2º do Artigo anterior.

§ 4º A suspensão a que se refere o § 3º cessará a partir do dia útil subsequente àquele da protocolização da documentação solicitada.

§ 5º 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.

Art. 108. Se o Segurado vier a falecer durante a vigência do seguro, será pago ao(s) beneficiário(s) indicado(s) na proposta de contratação o Capital Segurado contratado para a cobertura de morte, deduzindo-se o adiantamento aqui referido, se houver, visto que esta cobertura e a de morte não se acumulam, além do direito ao resgate da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder das coberturas por morte, sobrevivência e coberturas opcionais, se contratadas.

Art. 109. A Seguradora no caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado poderá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica.

§ 1º A junta médica de que trata o *caput* deste Artigo será constituída por 03 (três) membros indicados, respectivamente, pelo Segurado, pela Seguradora e um terceiro, de comum acordo por ambas as partes.

§ 2º 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.

§ 3º O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data de indicação do membro nomeado pelo Segurado.

§ 4º A recusa do Segurado para a realização da junta médica e/ou da perícia médica ensejará no encerramento do processo de sinistro sem indenização por impossibilidade da caracterização da cobertura.

Seção III – Das Coberturas Opcionais

A – Do Pagamento Único Por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

Art. 110. O objetivo desta cobertura é a concessão de um Capital Segurado na forma de pagamento único, ao próprio Segurado, na ocorrência dos eventos cobertos descritos no **Art. 37, item I**.

§ 1º. O âmbito geográfico dessa cobertura de risco será o globo terrestre.

§ 2º. O PERÍODO DE COBERTURA CORRESPONDERÁ AO PERÍODO DE DIFERIMENTO, OBSERVADAS AS DEMAIS CONDIÇÕES PREVISTAS NESTE REGULAMENTO, ATÉ O SEGURADO COMPLETAR 65 (SESSENTA E CINCO) ANOS.

Art. 111. Para habilitação ao recebimento do capital segurado dessa cobertura, o segurado deverá apresentar a seguinte documentação:

§ 1º. Documentação Básica:

- a) FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIO fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido pelo Segurado, ou no caso de sua incapacidade, por seu representante legal;
- b) DECLARAÇÃO MÉDICA/RELATÓRIO MÉDICO comprovando a invalidez, contendo as sequelas definitivas, discriminando em grau (mínimo, médio e máximo) ou em %.
- c) Documento de identidade (RG) e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- d) Exames médicos (original);
- e) Boletim de Ocorrência Policial e Laudo de exame de corpo de delito, se for o caso (cópia autenticada);
- f) Comprovante de Residência do Segurado, não podendo ser anterior a 3 (três) meses (cópia autenticada);
- g) Informação de dados bancários do Segurado.

§ 2º. Documentação Complementar:

- a) Comunicação de Acidente de Trabalho (cópia autenticada) se for o caso;
- b) Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica/Toxicológico (cópia autenticada);
- c) Carteira Nacional de Habilitação (cópia autenticada) em caso de acidente de trânsito em que o segurado for o condutor do veículo;

§ 3º NO CASO DE DÚVIDA FUNDADA E JUSTIFICADA PARA A COMPROVAÇÃO DA OCORRÊNCIA DO EVENTO GERADOR, PODERÃO SER EXIGIDOS OUTROS DOCUMENTOS, ALÉM DOS CITADOS NO *CAPUT* DO ARTIGO.

§ 4º CASO A SEGURADORA DISCORDE DA DECLARAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELO SEGURADO, A SEGURADORA IRÁ PROPOR AO SEGURADO, POR MEIO DE CORRESPONDÊNCIA

ESCRITA, DENTRO DO PRAZO DE 15(QUINZE) DIAS, A CONTAR DA DATA DA CONTESTAÇÃO, A CONSTITUIÇÃO DE UMA JUNTA MÉDICA. A JUNTA MÉDICA SERÁ COMPOSTA POR 3 (TRÊS) MEMBROS, SENDO UM NOMEADO PELA SEGURADORA, OUTRO PELO SEGURADO E UM TERCEIRO, DESEMPATADOR, ESCOLHIDO PELOS DOIS NOMEADOS, CABENDO A CADA UMA DAS PARTES PAGAR OS HONORÁRIOS DO MÉDICO QUE TIVER DESIGNADO, SENDO O CUSTO DO MÉDICO DESEMPATADOR PAGOS, EM PARTES IGUAIS, PELO SEGURADO E PELA SEGURADORA.

§ 5º O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

Art. 112. O Capital Segurado será devido a contar da data de caracterização da invalidez permanente total ou parcial por acidente do segurado, devidamente comprovada, e será pago em até 30 (trinta) dias após o recebimento da documentação.

§ 1º Para efeito de determinação do capital segurado vigente será considerada a data do respectivo acidente.

§ 2º Será suspensa a contagem do prazo de que trata o “caput” no caso de solicitação de nova documentação, respeitado o disposto no § 1º do Artigo anterior.

§ 3º A suspensão a que se refere o § 2º cessará a partir do dia útil subsequente àquele da protocolização da documentação solicitada.

§ 4º 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.

Art. 113. A Seguradora não poderá contestar o pagamento do Capital Segurado no caso de Invalidez Permanente e Total por Acidente do Segurado por alegação de preexistência de doença ou lesão, se, na data do evento, os seguintes prazos, aplicáveis conforme a hipótese, já tiverem decorrido:

- a) 24 (vinte e quatro) meses da data de emissão da Apólice, caso o Segurado tenha sido submetido a exames médicos ou paramédicos e/ou laboratoriais solicitados e/ou oferecidos, opcionalmente, pela Seguradora, por ocasião da análise da Proposta de Contratação; ou
- b) 60 (sessenta) meses da data de emissão da Apólice, caso o Segurado não tenha se submetido a exames médicos ou paramédicos e/ou laboratoriais solicitados e/ou oferecidos, opcionalmente, pela Seguradora, por ocasião da análise da Proposta de Contratação.

PARÁGRAFO ÚNICO. Findos os prazos anteriormente citados, a Seguradora pagará o Capital Segurado Líquido em caso de sinistro, observado o que dispõe este Regulamento.

B – Do Pagamento Único Das Doenças Graves

Art. 114. O objetivo desta cobertura é a concessão de um Capital Segurado na forma de pagamento único, ao próprio Segurado, na ocorrência dos eventos cobertos descritos no **Art. 37, item II**.

PARÁGRAFO ÚNICO. O âmbito geográfico dessa cobertura de risco será o globo terrestre.

Art. 115. Para habilitação ao recebimento do capital segurado dessa cobertura, o segurado deverá apresentar a seguinte documentação:

§ 1º. Documentação Básica:

- a) FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIO fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido pelo Segurado, ou no caso de sua incapacidade, por seu representante legal;
- b) DECLARAÇÃO MÉDICA/RELATÓRIO MÉDICO declarando o diagnóstico da doença grave coberta ou a realização do procedimento médico coberto pela cobertura de doenças graves, assinado pelo médico especialista ou médico assistente do Segurado, conforme o diagnóstico e o determinado no **Art. 37, item II**. O documento deverá conter carimbo com o CRM do médico e reconhecimento de firma da assinatura do médico;
- c) Cópias dos exames comprobatórios exigido pela doença grave coberta ou a realização do procedimento médico coberto neste Regulamento;
- d) Cópia do prontuário médico de internação hospitalar do Segurado, em caso de ter havido internação;
- e) Cópia autenticada do Documento de identidade (RG) e CPF do Segurado;
- f) Exames médicos (original);
- g) Cópia autenticada do comprovante de Residência do Segurado, não podendo ser anterior a 3 (três) meses;
- h) Informação de dados bancários do Segurado.

§ 2º NO CASO DE DÚVIDA FUNDADA E JUSTIFICADA PARA A COMPROVAÇÃO DA OCORRÊNCIA DO EVENTO GERADOR, PODERÃO SER EXIGIDOS OUTROS DOCUMENTOS, ALÉM DOS CITADOS NO *CAPUT* DO ARTIGO.

§ 3º CASO A SEGURADORA DISCORDE DA DECLARAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELO SEGURADO, A SEGURADORA IRÁ PROPOR AO SEGURADO, POR MEIO DE CORRESPONDÊNCIA ESCRITA, DENTRO DO PRAZO DE 15 (QUINZE) DIAS, A CONTAR DA DATA DA CONTESTAÇÃO, A CONSTITUIÇÃO DE UMA JUNTA MÉDICA. A JUNTA MÉDICA SERÁ COMPOSTA POR 3 (TRÊS) MEMBROS, SENDO UM NOMEADO PELA SEGURADORA, OUTRO PELO SEGURADO E UM TERCEIRO, DESEMPATADOR, ESCOLHIDO PELOS DOIS NOMEADOS, CABENDO A CADA UMA DAS PARTES PAGAR OS HONORÁRIOS DO MÉDICO QUE TIVER DESIGNADO, SENDO O CUSTO DO MÉDICO DESEMPATADOR PAGOS, EM PARTES IGUAIS, PELO SEGURADO E PELA SEGURADORA.

§ 4º O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

Art. 116. O Capital Segurado será devido a contar da data do diagnóstico de uma das doenças graves cobertas ou da realização de um dos procedimentos médicos cobertos, previstos neste Regulamento, desde que este diagnóstico ocorra durante a vigência do seguro se, e somente se, o Segurado sobreviver 30 (trinta) dias após o recebimento do diagnóstico, observados os riscos expressamente excluídos.

§ 1º Para efeito de determinação do capital segurado vigente será considerada o 30º (trigésimo) dia após a data do diagnóstico de uma das doenças graves cobertas ou da realização de um dos procedimentos médicos cobertos pela cobertura de Doenças Graves.

§ 2º O Capital Segurado será pago em até 30 (trinta) dias do recebimento de toda a documentação prevista neste Regulamento, sendo suspenso a contagem do prazo, no caso de solicitação de nova documentação, respeitado o disposto no § 1º do Artigo anterior.

§ 3º A suspensão a que se refere o § 2º cessará a partir do dia útil subsequente àquele da protocolização' da documentação solicitada.

§ 4º 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.

Art. 117. A Seguradora não poderá contestar o pagamento do Capital Segurado no caso de diagnóstico de uma das doenças graves cobertas ou a realização de um dos procedimentos médicos cobertos na cobertura de Doenças Graves do Segurado por alegação de preexistência de doença ou lesão, se, na data do evento, os seguintes prazos, aplicáveis conforme a hipótese, já tiverem decorrido:

- a) 24 (vinte e quatro) meses da data de emissão da Apólice, caso o Segurado tenha sido submetido a exames médicos ou paramédicos e/ou laboratoriais solicitados e/ou oferecidos, opcionalmente, pela Seguradora, por ocasião da análise da Proposta de Contratação; ou
- b) 60 (sessenta) meses da data de emissão da Apólice, caso o Segurado não tenha se submetido a exames médicos ou paramédicos e/ou laboratoriais solicitados e/ou oferecidos, opcionalmente, pela Seguradora, por ocasião da análise da Proposta de Contratação.

PARÁGRAFO ÚNICO. Findos os prazos anteriormente citados, a Seguradora pagará o Capital Segurado Líquido em caso de sinistro, observado o que dispõe este Regulamento.

TÍTULO VI – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 118. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

Art. 119. Eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistro ficarão a cargo da Seguradora.