
SEGURO DE PESSOAS COLETIVO – DOENÇAS GRAVES

Condições Contratuais

Versão 2.0

CNPJ 61.074.175/0001-38
Processo SUSEP nº 15414.900677/2015-40

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

Canal de Atendimento MAPFRE - WhatsApp: (11) 4004 0101

Central de Relacionamento aos Clientes: **0800 775 4545** - Segunda à sexta-feira das 8h às 20h e sábados das 08h às 18h, exceto feriados nacionais.

Assistência 24h: **0800 775 7196**

Sinistro: **0800 709 8432** - Segunda à sexta-feira das 08h às 18h, exceto feriados nacionais.

SAC 24 horas: **0800 775 1000**

Atendimento em Libras 24 horas: <https://mapfre.emlibras.com/>

Central de Relacionamento com Deficientes Auditivos ou de Fala 24 horas: **0800 775 5045**

Ouvicordia: **0800 775 1079** e para Deficientes Auditivos ou de Fala: **0800 775 7911**, de segunda à sexta-feira, das 08h às 18h, exceto feriados nacionais. Ouvicordia poderá ser acionada para atuar na defesa dos direitos dos consumidores, esclarecer e/ou solucionar demandas já tratadas pelos canais de atendimento habituais..

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS	3
1. OBJETIVO DO SEGURO	3
2. GLOSSÁRIO.....	3
3. COBERTURAS DO SEGURO	7
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	7
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	8
6. CARÊNCIA	8
7. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA	8
8. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ADESÃO INDIVIDUAL AO SEGURO.....	9
9. BENEFICIÁRIOS	11
13. TABELA DE REENQUADRAMENTO ETÁRIO.....	13
14. REAVALIAÇÃO DE TAXAS	13
15. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	13
16. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E ALTERAÇÃO DE VALORES.....	14
17. PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA	15
18. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	15
19. PERDA DE DIREITOS	16
20. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE	17
21. CANCELAMENTO DA APÓLICE	18
22. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	19
23. ALTERAÇÕES NA APÓLICE	22
24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE	22
25. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	24
26. PRESCRIÇÃO	24
27. FORO	24
28. DISPOSIÇÕES FINAIS	24
CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA BÁSICA DE DOENÇAS GRAVES – DG	25
1. OBJETIVO DA COBERTURA	25
2. DEFINIÇÕES	25
3. RISCOS COBERTOS	25
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	26
5. CARÊNCIA	27
6. PERÍODO DE SOBREVIVÊNCIA	27
7. CAPITAL SEGURADO	28
8. DATA DO EVENTO	28
9. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	28
10. BENEFICIÁRIO.....	28
11. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	28
12. DISPOSIÇÕES GERAIS	30
CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA BÁSICA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER – DC	31
1. OBJETIVO DA COBERTURA	31
2. DEFINIÇÕES	31
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	31
4. CARÊNCIA	31
5. CAPITAL SEGURADO	31
6. DATA DO EVENTO	32
7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	32
8. BENEFICIÁRIO.....	32
9. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	32
10. DISPOSIÇÕES GERAIS	32

CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O presente seguro tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio, o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado, no caso de eventos cobertos, **observados os riscos expressamente excluídos, as hipóteses de perda do direito ao pagamento do capital segurado, a vigência do contrato de seguro e as demais disposições contratuais.**

2. GLOSSÁRIO

- 2.1. Aceitação:** é a aprovação da Proposta de Contratação do Seguro apresentada à Seguradora pelo Estipulante e/ou Subestipulante ou por intermédio de seu representante legal, e/ou pelo Corretor de Seguros, para a contratação do seguro.
- 2.2. 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, ressonância magnética, e exame de fluido cerebrospinal.
- 2.3. Agravamento do Risco:** circunstâncias que aumentam, de forma significativa e continuada, a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora e devem ser informadas à Seguradora sob pena de perda do direito à garantia.
- 2.4. Apólice:** que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada pelo Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), nos planos coletivos, bem como estabelece os direitos e obrigações das partes.
- 2.5. Atualização Monetária:** aplicação de ajuste de valores de prêmio e capital segurado, com base em índice previamente estipulado.
- 2.6. Aviso de Sinistro:** comunicação que deve ser feita à Seguradora imediatamente após a ocorrência do evento passível de cobertura sob a Apólice, sob pena de perda do direito à indenização ou ao capital segurado.
- 2.7. Auxílio:** a ajuda através de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- 2.8. Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada para receber o valor do capital segurado, respeitada a cobertura contratada, na hipótese de ocorrência de evento coberto.
- 2.9. Boa-fé:** princípio fundamental do seguro que obriga as partes a atuar com honestidade, lealdade, integridade e fidelidade ao cumprimento das leis e ao contrato do seguro. O segurado se obriga a prestar informações e descrever com clareza e precisão a natureza do risco que deseja cobrir, assim como ser verdadeiro em todas as declarações posteriores, relativas a possíveis alterações do risco ou a ocorrência de sinistro. A seguradora, por seu lado, é obrigada a dar informações exatas sobre o contrato e a redigir seu conteúdo de forma clara para que o segurado possa compreender os compromissos assumidos por ambas as partes.
- 2.10. Capital Segurado:** valor máximo para a cobertura contratada, vigente na data do evento coberto, a ser pago pela seguradora ao beneficiário.
- 2.11. Carcinoma ou Câncer:** doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas, e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por exame histológico conclusivo. A doença também inclui as leucemias e as doenças malignas.

do sistema linfático, como a Doença de Hodgkin.

2.12. Carência: período de tempo corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado, durante o qual, no caso de ocorrência de evento coberto, o segurado ou o(s) beneficiário(s) não terá(ão) direito ao recebimento do capital segurado.

2.13. Certificado Individual: documento emitido para cada Segurado no caso de contratação por meio de apólice coletiva, quando da aceitação do proponente ou da renovação do seguro.

2.14. Cirurgia Coronariana: realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias que está ou estão estenosada(s) ou ocluída(s), com implante de ponte(s) vascular(es) na artéria coronária(s). A indicação de cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia.

2.15. Cobertura: risco assumido pela seguradora, conforme o contrato de seguro, respeitados os eventos não cobertos e riscos excluídos.

2.16. Comoriência: presunção de que o segurado e o(s) beneficiário(s) faleceram ao mesmo tempo, sempre quando não é possível identificar quem faleceu primeiro.

2.17. Cônjugue/Companheira(o): pessoa legalmente reconhecida como tal, assim como companheiro(a) é a pessoa que convive em união estável ou condição equiparada, configurada na convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família, devidamente comprovada por decisão judicial, escritura pública ou pelos meios admitidos pela legislação em vigor e pelo contrato de seguro.

2.18. Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação deste seguro, que englobam as Condições Gerais e as Condições Especiais.

2.19. Condições Especiais: conjunto de disposições específicas relativas a cada modalidade de Cobertura de um mesmo seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.

2.20. Condições Gerais: conjunto de cláusulas comuns a todas as coberturas de um mesmo Seguro.

2.21. Contrato Coletivo: instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades particularidades operacionais e as obrigações do Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) e a Seguradora, em especial no que se refere às relações com o Segurado, Beneficiário e assistido, de forma complementar às Condições Contratuais.

2.22. Corretor de Seguros: é o intermediário, seja pessoa física ou jurídica, devidamente habilitada e legalmente autorizada a angariar e promover contratos de seguro entre a seguradora e pessoas físicas e/ou jurídicas. **O corretor de seguros responde civilmente perante as partes pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência no exercício da profissão.**

2.23. Dano Estético: espécie de dano que se caracteriza por alteração duradoura ou permanente da aparência externa da pessoa, causando-lhe redução ou eliminação de padrão de beleza.

2.24. Doença Congênita: é a doença adquirida antes do nascimento ou até completar o primeiro mês de vida resultante da má formação do organismo, seja qual for a sua causa e que comprometa o desenvolvimento neuropsicomotor.

2.25. Doença ou Lesão Preexistente e suas Consequências: doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo segurado em data anterior à contratação do seguro, de seu conhecimento, e não declaradas na proposta e/ou Questionário de Avaliação de Risco. **A omissão dessas doenças ou lesões por ocasião da contratação do seguro ensejará a perda do direito à indenização.**

-
- 2.26. Endosso:** documento emitido pela Seguradora, durante a Vigência do Seguro, por meio intermédio do qual são formalizadas alterações dos do seguro contratados e condições de uma Apólice, de comum acordo entre a Seguradora e com o Estipulante e/ou Subestipulante ou Segurado.
- 2.27. Estipulante e/ou Subestipulante:** pessoa física ou jurídica que contrata a apólice coletiva, ficando investida de poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora.
- 2.28. Evento Coberto:** acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas garantias contempladas nestas Condições Gerais.
- 2.29. Excedente Técnico:** saldo positivo obtido pela seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva em determinado período.
- 2.30. Grupo Segurado:** totalidade do grupo segurável efetivamente aceito e incluído na apólice coletiva.
- 2.31. Grupo Segurável:** totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante e/ou subestipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.
- 2.32. Médico/Médico Assistente:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, de escolha do segurado, responsável pelo seu acompanhamento clínico e pelo diagnóstico. **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.**
- 2.33. Prazo de Tolerância:** intervalo de tempo estabelecido nos documentos contratuais durante o qual, na ocorrência de Evento Coberto, o segurado terá direito à Cobertura, mediante a regularização do Prêmio em atraso.
- 2.34. Prêmio:** importância fixada na Apólice/Certificado Individual e paga à Seguradora como contraprestação pela garantia do risco e do interesse legítimo do Segurado ou do Beneficiário.
- 2.35. Premoriência:** morte do beneficiário antes do falecimento do segurado que o indicou na proposta de adesão.
- 2.36. Proponente:** pessoa física ou jurídica interessada em contratar o Seguro Coletivo ou a pessoa física interessada em aderir a este Seguro e que apresenta a Proposta de Contratação ou a Proposta de Adesão, conforme o caso.
- 2.37. Proposta de Adesão:** documento preenchido pelo Proponente, seu representante legal, ou Corretor de Seguros, contendo a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais. A proposta é a base do contrato de seguro e é parte integrante deste.
- 2.38. Proposta de Contratação:** documento preenchido pelo Proponente Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), seu representante legal, ou Corretor de Seguros, contendo a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente expressa a intenção de contratar uma Cobertura (ou Coberturas) do seguro e manifesta pleno conhecimento das Condições Contratuais. A proposta é a base do contrato de seguro e é parte integrante deste.
- 2.39. Pro Rata Temporis:** no caso do seguro, é o método de calcular o prêmio de forma proporcional aos dias de vigência decorridos do contrato de seguro.

-
- 2.40. Questionário de Avaliação do Risco:** formulário preenchido para a contratação do seguro, fornecendo as informações necessárias à aceitação da Proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do Prêmio. A prestação de informações inverídicas ou incompletas no Questionário de Análise do Risco, ou, ainda, a omissão de informações que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, poderá acarretar a perda da garantia, sem prejuízo do pagamento do Prêmio e da obrigação de resarcir as despesas efetuadas pela Seguradora, ou a redução proporcional da garantia, na forma prevista nas Condições Gerais.
- 2.41. Recidiva:** reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 2.42. Regime Financeiro de Repartição Simples:** estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos cobertos, ocorridos neste período, não havendo, portanto, devolução ou resgate de prêmios ao segurado ou ao(s) beneficiário(s).
- 2.43. Regulação de Sinistro:** procedimento destinado à apuração das circunstâncias, causas e efeitos do Sinistro.
- 2.44. Reintegração do Capital Segurado:** recomposição do capital segurado relativo a uma ou mais das coberturas contratadas, após o pagamento de uma Indenização, desde que não se trate de cobertura que preveja o cancelamento da cobertura/apólice.
- 2.45. Relatório Médico:** documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina sobre as condições físicas e de saúde do segurado.
- 2.46. Risco:** evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do Segurado, cuja ocorrência pode provocar prejuízos.
- 2.47. Risco Excluído:** evento potencialmente danoso não coberto pela Apólice, seja em razão de sua previsão expressa nas cláusulas de Riscos Excluídos, seja por não se enquadrar entre os riscos cobertos pela Apólice.
- 2.48. Segurado:** pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro. No caso de contratação por pessoa jurídica, o(s) Segurado(s) será(ão) o(s) sócio(s), titular(es), instituidor(es), administrador(es) ou empresário(s) integrante(s) do quadro social da empresa na data de contratação do seguro.
- 2.49. Seguradora:** empresa legalmente autorizada a comercializar seguro e que, mediante o recebimento de Prêmio, garante interesse legítimo do legítimo do Segurado ou do Beneficiário contra riscos predeterminados. Para o presente seguro, é a Mapfre Vida S.A.
- 2.50. Sequela:** qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 2.51. Sinistro:** ocorrência do evento coberto previsto nas Condições Contratuais, durante o período de Vigência do Seguro.
- 2.52. Vigência do Seguro:** período fixado para validade do contrato de seguro.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. É facultada ao estipulante a escolha de apenas uma das coberturas abaixo descritas, aplicáveis a todo o grupo segurado, respeitando as regras preestabelecidas pela seguradora. A cobertura contratada deverá ser identificada na proposta de contratação.

3.2. Coberturas:

- a) Doenças Graves – DG
- b) Diagnóstico de Câncer – DC

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- A) DO USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, AINDA QUE OCORRIDOS EM TESTES, EXPERIÊNCIAS OU NO TRANSPORTE DE ARMAS E/OU PROJÉTEIS NUCLEARES, INCLUINDO A EXPLOSÃO NUCLEAR PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO A CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA, OU A EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;
- B) DE ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, DE GUERRA QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, INVASÕES, ATOS MILITARES, HOSTILIDADES, DE GUERRA CIVIL OU GUERRILHA, DE REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES, EXCETO SE FOR COMPROVADO QUE O EVENTO TENHA DECORRIDO DO TRABALHO, DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MILITARES, DE ATOS HUMANITÁRIOS, DA UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE ARRISCADO OU DA PRÁTICA DESPORTIVA;
- C) DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO SEGURADO E NÃO TENHAM SIDO DECLARADAS NA PROPOSTA DE ADESÃO E/OU QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE RISCO;
- D) DO SUICÍDIO OU SEQUELAS DECORRENTES DA SUA TENTATIVA, CASO OCORRAM NOS 2 (DOIS) PRIMEIROS ANOS ININTERRUPTOS DE VIGÊNCIA DO SEGURO, CONTADOS DO INÍCIO DA RESPECTIVA COBERTURA INDIVIDUAL OU DO AUMENTO DO CAPITAL SEGURADO, CUJA EXCLUSÃO SERÁ APlicADA SOMENTE EM RELAÇÃO AO CAPITAL SEGURADO AUMENTADO;
- E) PERDAS E DANOS CAUSADOS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATO TERRORISTA;
- F) DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO(S) BENEFICIÁRIO(S) OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO;
- G) NOS SEGUROS CONTRATADOS POR PESSOAS JURÍDICAS, DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS POR SÓCIOS CONTROLADORES, DIRIGENTES E ADMINISTRADORES, PELOS BENEFICIÁRIOS E/OU SEUS RESPECTIVOS REPRESENTANTES;
- H) EPIDEMIAS E PANDEMIAS DECLARADAS POR ÓRGÃO OFICIAL COMPETENTE, INCLUINDO A GRIPE AVIÁRIA, FEBRE AFTOSA, MALÁRIA, DENGUE, MENINGITE, ZIKA VÍRUS, FEBRE CHIKUNGUNYA DENTRE OUTRAS, MAS NÃO SE LIMITANDO A ELAS;
- I) DE INUNDAÇÃO, TUFÃO, FURACÃO, ERUPÇÃO VULCÂNICA, TEMPESTADE, TERREMOTO, MOVIMENTO SÍSMICO OU MOVIMENTOS DA TERRA EM GERAL;
- J) ANOMALIAS DE NASCIMENTO INDEPENDENTEMENTE DE QUANDO SE MANIFESTEM;
- K) PREJUÍZOS DECORRENTES DE INVALIDEZ PROFISSIONAL SEJA ELA PERMANENTE OU TEMPORÁRIA;
- L) PRÁTICAS MÉDICAS ILEGAIS OU NÃO RECONHECIDAS COMO MEDICINA TRADICIONAL NO LOCAL DO EVENTO;
- M) ESTAS DOENÇAS OU CONDIÇÕES FÍSICAS PODERÃO SER IDENTIFICADAS PELA SEGURADORA POR TODOS OS MEIOS DE VERIFICAÇÃO QUE SEJAM ACEITOS COMO PROVA, INCLUSIVE OS PRONTUÁRIOS MÉDICO-HOSPITALARES EM CONSULTÓRIOS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS E

- HOSPITAIS;**
- N) DE ATOS DOLOSOS, PRATICADOS PELO SEGURADO OU SEU REPRESENTANTE, DECORRENTES DE VIOLAÇÃO DE LEIS OU NORMAS DE EMBARGOS OU SANÇÕES ECONÔMICAS OU COMERCIAIS, QUE REPRESENTEM NEXO CAUSAL COM O EVENTO GERADOR DO SINISTRO;
- O) DE QUAISQUER PAGAMENTOS, MESMO EM CONSEQUÊNCIA DE EVENTO COBERTO, DECORRENTES DE DANOS MORAIS E DANOS ESTÉTICOS, E DE LUCROS CESSANTES RESULTANTES DA PARALISAÇÃO, TEMPORÁRIA OU DEFINITIVA, DAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS DO SEGURADO EM VIRTUDE DA OCORRÊNCIA DE QUALQUER RISCO COBERTO E INDENIZÁVEL.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1. O âmbito geográfico do seguro é o globo terrestre.

6. CARÊNCIA

- 6.1.** Poderão ser aplicadas carências nas coberturas contratadas, cujos prazos estarão previstos nas condições especiais de cada cobertura e no contrato de seguro.
- 6.2.** **Haverá carência nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do seguro, para a tentativa ou consumação de suicídio e suas consequências.**
- 6.3.** O prazo carência será contado a partir da data de início de vigência do certificado individual ou em relação ao valor do aumento do capital segurado. Nestas hipóteses, a carência somente se aplica à diferença do capital segurado aumentado.
- 6.4.** No caso de transferência do grupo segurado de outra seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para o(s) segurado(s) já incluído(s) no seguro pela apólice anterior.
- 6.5.** O período de carência para as coberturas contratadas deverá ser de, no máximo, 2 (dois) anos, entretanto, o prazo de carência não poderá exceder metade do prazo de vigência do certificado individual do seguro.
- 6.6.** **Nos casos de preenchimento do Questionário de Avaliação de Risco, a carência poderá ser dispensada após análise e aceitação do Risco.**
- 6.7.** **Não há carência quando ocorrer renovação do Seguro e em sinistros decorrentes de Acidente Pessoal, exceto no caso de tentativa ou consumação de suicídio e suas consequências.**
- 6.8.** **Ocorrendo o sinistro durante o prazo de carência, o valor do prêmio pago será entregue pela seguradora ao segurado ou ao(s) beneficiário(s), deduzidos os impostos incidentes.**

7. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA

- 7.1.** A contratação ou alteração do seguro coletivo, que implique em modificação do risco, se formalizará após a aceitação pela seguradora da proposta de contratação do seguro assinada pelo representante legal do estipulante e do subestipulante, se o caso, e pelo corretor de seguros, ressalvada a hipótese de contratação direta.

7.1.1. O simples pedido de cotação à Seguradora não equivale à Proposta de Contratação.

-
- 7.2.** Na Proposta, deverão ser prestadas pelo Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) todas as informações necessárias à aceitação do risco e à fixação da taxa para cálculo do valor do Prêmio, de acordo com o Questionário de Análise de Risco que lhe submeta a Seguradora, sob pena de perda do direito a qualquer indenização, na forma prevista pela Cláusula 19 - PERDA DE DIREITOS.
- 7.3.** O pagamento antecipado do prêmio, total ou parcialmente, não caracteriza a aceitação da Proposta.
- 7.4.** A Seguradora terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos, contados a partir da data do recebimento da Proposta de Contratação, de alteração ou renovação, para avaliar o risco e então aceitá-la ou recusá-la.
- 7.5.** A Seguradora, dentro do prazo estabelecido no item anterior, poderá solicitar esclarecimentos, documentos e/ou informações complementares para análise e aceitação da Proposta de Contratação. Neste caso, o prazo de 25 (vinte e cinco) dias será interrompido, reiniciando-se a partir do primeiro dia útil subsequente a data em que se der a entrega de toda documentação e/ou informação solicitada.
- 7.6.** A recusa da Proposta será comunicada pela Seguradora ao Proponente Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) ou Corretor de Seguros, por escrito, devidamente justificada.
- 7.7.** A ausência de manifestação da Seguradora, por escrito, no prazo previsto na Cláusula 7.4, respeitadas as condições de interrupção, caracterizará a aceitação tácita da Proposta.
- 7.8.** A aceitação do Contrato coletivo se formalizará com a emissão da Apólice de seguro pela Seguradora no início do Contrato, e em cada renovação, e, eventual alteração na Apólice vigente se formalizará com a emissão do competente Endosso, em até 30 (trinta) dias, a partir da data de aceitação da Proposta de Contratação.
- 7.9.** A data de aceitação da Proposta será:
- I. A data de emissão/disponibilização da Apólice; ou
 - II. A data de término do prazo previsto na Cláusula 7.4, quando caracterizada a aceitação tácita da Proposta pela Seguradora.
- 7.10.** Não se presume que a Seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem da Proposta, do Questionário de Avaliação do Risco, nem daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente, na forma estipulada na Cláusula 24 – OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE.
- 7.11.** É admitida a contratação do Seguro por meios remotos.
- 7.12.** É vedada a contratação ou alteração do seguro através de procuração.

8. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ADESÃO INDIVIDUAL AO SEGURO

- 8.1.** A contratação ou alteração, que implique em modificação do risco, do seguro individual se formalizará após a aceitação do risco pela seguradora da proposta de adesão ao seguro, preenchida e assinada, pelo proponente ou por seu corretor de seguros, devidamente habilitado.
- 8.1.1.** O simples pedido de cotação à Seguradora não equivale à Proposta.
- 8.2.** Na Proposta de Adesão deverão ser prestadas pelo potencial Segurado todas as informações necessárias à aceitação do risco e à fixação da taxa para cálculo do valor do Prêmio, de acordo com o Questionário de Análise de Risco que lhe submeta a seguradora, sob pena de perda do direito a

qualquer indenização, na forma prevista pela Cláusula 19 - PERDA DE DIREITOS.

- 8.2.1. A Proposta de Adesão poderá vir acompanhada do Questionário de Avaliação do Risco.
- 8.2.2. O Proponente e os terceiros intervenientes no contrato, ao responderem ao Questionário de Avaliação de Risco, devem informar tudo de relevante que souberem ou que deveriam saber a respeito do interesse e do risco a serem garantidos, de acordo com as regras ordinárias de conhecimento.
- 8.2.3. O Proponente é obrigado a declarar, sob pena de nulidade do contrato, seu interesse sobre a vida e a incolumidade do Segurado. Presume-se o interesse quando o Segurado for cônjuge, companheiro, ascendente ou descendente do terceiro cuja vida ou integridade física seja objeto do Seguro celebrado.
- 8.3. A Seguradora fornecerá, obrigatoriamente, protocolo que identifique a Proposta por ela recepcionada, com a indicação da data e da hora de seu recebimento, desde que satisfeitos todos os requisitos formais necessários.
- 8.4. A Seguradora poderá recusar o fornecimento de protocolo para a Proposta que não satisfaça a todos os requisitos formais estabelecidos para seu recebimento, previamente à sua análise, devolvendo-a para o atendimento das exigências pendentes.
- 8.5. A Seguradora terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos, contados a partir da data do recebimento da proposta de adesão, de alteração ou renovação, para aceitá-la ou recusá-la.
- 8.6. A Seguradora, dentro do prazo estabelecido para aceite ou recusa da proposta, poderá solicitar documentos e/ou informações complementares para análise e aceitação da proposta. Neste caso, o prazo de 25 (vinte e cinco) dias será interrompido, reiniciando-se a partir do primeiro dia útil subsequente a data em que se der a entrega de toda documentação e/ou informação solicitada. A recusa do risco será comunicada pela seguradora ao Proponente, Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) ou Corretor de Seguros, por escrito, devidamente justificada.
- 8.7. A ausência de manifestação da seguradora por escrito no prazo previsto no item 8.5, respeitadas as condições de suspensão caracterizará a aceitação tácita da proposta.
- 8.8. O pagamento do Prêmio não caracterizará a aceitação automática da Proposta de Adesão.
- 8.9. A aceitação da Proposta de Adesão, alteração ou renovação se formalizará com a emissão do Certificado Individual de seguro pela Seguradora no início do contrato e em cada renovação, em até 30 (trinta) dias, contados a partir da data da aceitação da Proposta.
- 8.10. A data de aceitação da Proposta será:
- I. A data de emissão/disponibilização do Certificado Individual; ou
 - II. A data de término do prazo previsto na Cláusula 8.5, quando caracterizada a aceitação tácita da Proposta pela Seguradora.
- 8.11. Se o Segurado desejar alterar as condições contratadas, deverá solicitá-lo por escrito à Seguradora com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.
- 8.12. A alteração será considerada efetuada somente após manifestação formal da Seguradora aceitando a alteração pedida pelo Segurado ou pelo Estipulante ou Subestipulante (se houver). A simples

solicitação não caracterizará, por si só, a aceitação pela Seguradora, que terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos para manifestar-se sobre a aceitação ou recusa do risco, observado o disposto no item 9.5 desta cláusula.

- 8.13. Serão considerados como pendentes, sem início de contagem de prazo, os processos de aceitação do seguro com documentação incompleta até a data do protocolo de recebimento do último documento exigido.
- 8.14. É vedada a contratação ou alteração do seguro por meio de procuração.
- 8.15. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.
- 8.16. Com base nas declarações prestadas pelo proponente na proposta de adesão do seguro, a seguradora fará análise para aceitação ou recusa dessa inclusão no seguro.
- 8.17. Os menores de 14 (quatorze) anos, devidamente representados, poderão contratar exclusivamente coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de segurado principal ou dependente.

9. BENEFICIÁRIOS

- 9.1. O próprio segurado.

10. CAPITAL SEGURADO

- 10.1. O capital segurado contratado será estabelecido na apólice e nos respectivos certificados individuais do seguro.
- 10.2. O capital segurado indicado no certificado individual será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro coberto, respeitadas as condições contratuais e os limites estabelecidos para a cobertura contratada.
- 10.3. Quando o seguro for custeado integralmente pelo segurado e o capital segurado não for definido por múltiplo salarial, o segurado poderá solicitar o aumento em qualquer época, mediante solicitação por escrito, observando-se o limite máximo de capital segurado individual vigente. Quando o seguro for custeado integral ou parcialmente pelo estipulante e/ou subestipulante, somente estes poderão solicitar o aumento do capital segurado.
- 10.4. Se aceito pela seguradora, o novo capital segurado terá início de vigência, a partir do 1º (primeiro) dia do mês subsequente ao da data de solicitação do aumento. Por ocasião do aumento espontâneo do capital segurado, poderá ser exigido do segurado o preenchimento de uma nova proposta de adesão, e a declaração pessoal de saúde e atividades, iniciando-se novo período de carência, conforme prazos descritos no contrato, aplicados para o valor aumentado, na hipótese de suicídio.
- 10.5. A alteração do capital segurado cujo prêmio seja pago integralmente pelo segurado deverá ser realizada por endosso ao certificado individual, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante.
- 10.6. O estipulante e/ou subestipulante (se houver) fica ciente que, para o aumento espontâneo do capital segurado, o segurado deverá estar em boas condições de saúde e em plena atividade profissional. Havendo a constatação de alguma doença ou deficiência preexistente ao aumento do capital segurado, e não declarada na nova proposta de adesão e a declaração pessoal de saúde e atividades,

o pagamento da indenização será efetuado com base no valor anterior ao aumento, não cabendo qualquer restituição de prêmios ao estipulante e/ou subestipulante (se houver) e/ou segurado.

10.7. Todos os valores são expressos em moeda corrente nacional.

11. CUSTEIO DO SEGURO

11.1.A forma de custeio do seguro será estabelecida no contrato de seguro, com base nas seguintes possibilidades:

- a) **Contributário:** aquele em que o segurado paga o prêmio do seguro total ou parcialmente;
- b) **Não Contributário:** aquele que o estipulante e/ou subestipulante (se houver) paga a totalidade do prêmio do seguro.

12. PAGAMENTO DE PRÊMIO

12.1.O Prêmio do Seguro é periódico e deverá ser pago, pelo Segurado ou seu representante legal e/ou financeiro, Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) de acordo com a modalidade escolhida dentre aquelas disponibilizadas pela Seguradora (mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual), conforme opção indicada na Proposta de Contratação e/ou de Adesão, até a data do vencimento do respectivo documento de cobrança.

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

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

12.1.3. Se o Segurado, seu representante, Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), ou o Corretor que intermediar a contratação, não receberem o documento de cobrança, seja da parcela única à vista ou de qualquer uma das parcelas (mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual, conforme modalidade escolhida) no prazo estabelecido na Cláusula 12.1.2, deverão solicitar à Seguradora, de forma registrada, instruções para efetuar o pagamento antes da data do seu vencimento.

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

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

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

12.5.A SUSPENSÃO DA AUTORIZAÇÃO DO DÉBITO EM CONTA OU EM FATURA DE CARTÃO DE CRÉDITO PODERÁ CARACTERIZAR INADIMPLÊNCIA DO SEGURADO, SENDO APPLICADO O DISPOSTO NAS CLÁUSULAS 16 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA E 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.

12.6.Durante a vigência da Apólice/Certificado Individual, o Segurado, Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) poderá solicitar a substituição da periodicidade e/ou da forma de pagamento do Prêmio, respeitada e

observada a existência de parcela em aberto, que permita a referida alteração.

12.7.A FALTA DE PAGAMENTO DA PARCELA DO PRÊMIO ÚNICO OU DA 1^a (PRIMEIRA) PARCELA DO PRÊMIO ATÉ A DATA DO SEU VENCIMENTO RESOLVE AUTOMATICAMENTE E DE PLENO DIREITO O CONTRATO DE SEGURO, INDEPENDENTEMENTE DE QUALQUER INTERPELAÇÃO JUDICIAL OU EXTRAJUDICIAL, RESPEITADA A PERIODICIDADE DEFINIDA EM CONTRATO, ATÉ A DATA DE SEU VENCIMENTO, CARACTERIZA A NÃO EFETIVAÇÃO DO SEGURO.

12.8.A FALTA DE PAGAMENTO DE QUALQUER UMA DAS PARCELAS SUBSEQUENTES À PRIMEIRA NO PRAZO DEVIDO ACARRETARÁ A COBRANÇA DO PRÊMIO VENCIDO ACRESCIDO DE MULTA DE 2% E JUROS DE MORA CONFORME PREVISTO NA CLÁUSULA 16 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E ALTERAÇÃO DE VALORES, SENDO APPLICADO AINDA O DISPOSTO NA CLÁUSULA 17 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA E NA CLÁUSULA 19 – PERDA DE DIREITOS.

12.9.Os prêmios poderão ser alterados em função da reavaliação de taxas do seguro, conforme previsto na Cláusula 14 – REAVALIAÇÃO DE TAXAS, destas condições gerais.

12.10.NÃO HAVERÁ DEVOLUÇÃO OU RESGATE DE PRÊMIOS NO SEGURO, RESPEITADA A VIGÊNCIA DOS PRÊMIOS PAGOS, EM CASO DE NÃO RENOVAÇÃO OU CANCELAMENTO DA APÓLICE COLETIVA, CONFORME O DISPOSTO NAS CLÁUSULAS 17 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL, 19 – PERDA DE DIREITOS, 20 – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE E 21 – CANCELAMENTO DA APÓLICE.

12.11.Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio serão pagos por quem a legislação determinar, não podendo haver estipulação expressa.

13.TABELA DE REENQUADRAMENTO ETÁRIO

13.1.Poderá ser aplicado reenquadramento etário por mudança de idade, sem prejuízo no disposto na Cláusula 16 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E ALTERAÇÃO DE VALORES, sendo que a tabela com os percentuais de reajuste aplicados aos prêmios por idade será disponibilizada no contrato de seguro, quando for este o caso.

14.REAVALIAÇÃO DE TAXAS

14.1.A seguradora reavaliará periodicamente, as condições e prêmios do seguro, podendo propor as atualizações necessárias, conforme condições contratuais e legislação vigente.

14.2.Em caso de reavaliação de taxas, esta deverá ser realizada por endosso à apólice e a modificação da apólice em vigor dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

15.VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

15.1.O início e término de vigência da cobertura individual e alterações dar-se-ão às 24 (vinte e quatro) horas das respectivas datas indicadas na apólice e no certificado individual.

15.1.1. Nos contratos de seguro cujas propostas de adesão tenham sido recepcionadas, **sem o pagamento de prêmio**, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e previsto no contrato de seguro.

15.1.2. Nos contratos de seguro cujas propostas de adesão tenham sido recepcionadas, **com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio**, terão início a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data da recepção da proposta pela seguradora.

15.2. A vigência individual será renovada automaticamente por mais um período igual ao contratado inicialmente, salvo se a seguradora ou o segurado, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, contados da data de vencimento do certificado, comunicar por escrito o desinteresse pela continuidade.

15.3. O certificado individual e seus endossos terão início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

16. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E ALTERAÇÃO DE VALORES

16.1.0 CAPITAL SEGURADO, QUANDO NÃO FOR DEFINIDO EM FUNÇÃO DE MÚLTIPLO SALARIAL, E O PRÊMIO DO SEGURO DE CADA SEGURADO SERÃO ATUALIZADOS MONETARIAMENTE, EM CADA ANIVERSÁRIO DO CERTIFICADO INDIVIDUAL, COM BASE NA VARIAÇÃO POSITIVA DO IPCA/IBGE – ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO DA FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, ACUMULADO DOS ÚLTIMOS 12 (DOZE) MESES ATÉ O 2º (SEGUNDO) MÊS ANTERIOR AO ANIVERSÁRIO DO CERTIFICADO INDIVIDUAL DO SEGURO.

16.2. Na falta, extinção ou proibição do uso índice indicado no item acima, o índice substituto será o IGP-M/FGV – Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice admitido oficialmente, que venha a substituí-lo.

16.3. As atualizações de capitais segurados se aplicarão a todos os segurados, inclusive aos aposentados e afastados do serviço ativo, aos quais será assegurada a aplicação do mesmo critério de reajuste adotado para os segurados ativos.

16.4. Os valores devidos a título de devolução de prêmio sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice estabelecido no item 16.1, a partir da data em que se tornarem exigíveis:

- No caso de Cancelamento do Contrato:** a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento pela seguradora, ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da seguradora;
- No caso de Recebimento Indevido de Prêmio:** a partir da data de recebimento do respectivo prêmio;
- No caso de Recusa da Proposta:** em 10 (dez) dias após a data da formalização da recusa.

16.5. VENCIDO O PRAZO APLICÁVEL PARA A LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO, APÓS ENTREGA DE TODA A DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÕES SOLICITADAS, AS INDENIZAÇÕES SERÃO ATUALIZADAS PELO IPCA/IBGE – ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, COM BASE NA VARIAÇÃO POSITIVA APURADA ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DA OCORRÊNCIA DO EVENTO E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO.

16.5.1. No caso de extinção do índice pactuado no item 16.5, o índice a ser utilizado será o IGP-M/FGV – Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas ou outro índice admitido oficialmente que venha a substituí-lo.

16.6. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 16.5, APlicar-se-ão JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O VALOR DA INDENIZAÇÃO ATUALIZADA PELO IPCA/IBGE, DE 1% (UM POR CENTO) AO MÊS “PRO RATA TEMPORIS”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO FIM DO PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS PARA REGULAÇÃO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.

16.7. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 16.5 E 17.6 DESTA CLÁUSULA, APlicar-se-á AO VALOR DA INDENIZAÇÃO PAGA EM ATRASO MULTA DE 2% (DOIS POR CENTO) SOBRE O MONTANTE DEVIDO CORRIGIDO MONETARIAMENTE.

16.8. 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.

16.9. Para os seguros de prazo inferior a 1 (um) ano não haverá atualização do capital segurado.

17. PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA

17.1. QUANDO O PRÊMIO DE QUALQUER UMA DAS PARCELAS SUBSEQUENTES À PRIMEIRA NÃO FOR PAGO ATÉ A DATA DO SEU VENCIMENTO, AS COBERTURAS DO SEGURO PERMANECERÃO VIGENTES PELO PRAZO DE TOLERÂNCIA DE 60 (SESSENTA) DIAS.

17.1.1. Durante o prazo de tolerância estarão cobertos os sinistros ocorridos, mas o pagamento da indenização ficará condicionado ao recebimento do(s) prêmio(s) devido(s), podendo a Seguradora abater o(s) respectivos(s) valor(es) devido(s) da indenização. Serão aplicados no(s) prêmio(s) devido(s) os encargos previstos na Cláusula 16 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E ALTERAÇÃO DE VALORES.

17.2. DURANTE O PRAZO DE TOLERÂNCIA O ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE (SE HOUVER) SERÁ NOTIFICADO PARA PAGAR A(S) PARCELA(S) EM ATRASO COM OS ENCARGOS DEVIDOS, SENDO ADVERTIDO QUE O NÃO PAGAMENTO ATÉ O PRAZO INDICADO ACARRETARÁ O CANCELAMENTO DO SEGURO.

17.3. APÓS A NOTIFICAÇÃO E ENCERRADO O PRAZO DE TOLERÂNCIA SEM QUE TENHA HAVIDO O PAGAMENTO DO(S) PRÊMIO(S) EM ATRASO O SEGURO ESTARÁ AUTOMATICAMENTE CANCELADO E NÃO PODERÁ MAIS SER RESTABELECIDO. HAVENDO INTERESSE, DEVERÁ SER CONTRATADO NOVO SEGURO, RESPEITADAS AS CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ELEGIBILIDADE, NÃO SENDO ADMITIDO QUALQUER VÍNCULO COM O SEGURO CANCELADO.

17.4. NO CASO DE HAVER PARCELAS EM ATRASO INTERCALADAS COM PARCELAS PAGAS, SERÁ CONSIDERADA A 1ª (PRIMEIRA) PARCELA EM ATRASO PARA FINS DE DETERMINAÇÃO DO PERÍODO DE TOLERÂNCIA, INDEPENDENTEMENTE DE HAVER PARCELAS POSTERIORES PAGAS.

18. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

18.1. A cobertura individual de cada segurado termina, sem qualquer restituição de prêmio:

- a) No final do prazo de vigência da Apólice Coletiva, se esta não for renovada, respeitada as respectivas vigências em curso dos Certificados Individuais, cujo(s) Prêmio(s) tenha(m) sido pagos integralmente;
- b) Em caso de cancelamento da Apólice Coletiva por quaisquer das situações previstas na Cláusula 21 – CANCELAMENTO DA APÓLICE COLETIVA;
- c) Por atraso no pagamento do Prêmio, conforme previsto na Cláusula 12 – PAGAMENTO DO PRÊMIO, respeitando o disposto na Cláusula 17 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA;
- d) Imediatamente, quando constatada qualquer das hipóteses previstas na Cláusula 19 – PERDA DE

DIREITOS:

- e) Com o término do vínculo entre o segurado e o estipulante e/ou subestipulante;
- f) Com o pagamento da indenização;
- g) Quando houver fraude ou tentativa de fraude comprovadamente praticada pelo segurado, seu representante legal ou seu(s) beneficiário(s) na adesão ao seguro ou durante a sua vigência, ou, ainda, para a obtenção ou majoração da indenização;
- h) A qualquer tempo, com a concordância recíproca das partes contratantes.

19. PERDA DE DIREITOS

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

19.1.1. O Estipulante e/ou Subestipulante, ou o Segurado, por si ou por seu(s) representante(s) legal(is), agravar(em) intencionalmente e de forma relevante o risco objeto do contrato de seguro.

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

19.1.2. O Estipulante e/ou Subestipulante, ou o Segurado, por si ou por seu(s) representante(s) legal(is), dolosamente ou culposamente, deixar de comunicar o relevante agravamento de risco à Seguradora tão logo dele tome conhecimento, fica obrigado a pagar a diferença de prêmio apurada.

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

19.1.3. O Estipulante e/ou Subestipulante, ou o Segurado, por si ou por seu(s) representante(s) legal(is), por si ou seu representante legal, deixar de fornecer as informações necessárias à aceitação da proposta e à fixação do prêmio conforme questionário que lhe submeta a Seguradora.

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

19.1.3.2. Se o descumprimento for culposo, a Seguradora poderá, diante dos fatos não revelados:

A) Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

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

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

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

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

19.2. Além das hipóteses de perda de direitos acima mencionadas nesta Cláusula, o Segurado e/ou Beneficiário também perderá(ão) o direito a qualquer indenização se o Estipulante e/ou Subestipulante, o Segurado ou Beneficiário(s), por si ou por seu(s) representante(s) legal(is):

19.2.1. Deixar(em) de cumprir qualquer obrigação convencionada na Apólice, nas Condições Gerais e/ou Especiais deste seguro;

19.2.2. O sinistro decorrer de atos ilícitos dolosos ou de culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal e/ou financeiro de um ou de outro.

19.2.3. Por qualquer meio, procurar(em) obter, mediante tentativa de fraude ou fraude consumada, benefícios indevidos, tanto na contratação do seguro, quanto durante a sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização.

20. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

20.1. A vigência da apólice será conforme estabelecida nas condições contratuais, sendo renovada automaticamente por um período igual ao contratado inicialmente, salvo se a seguradora ou o estipulante e/ou subestipulante, ou o segurado, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, da data de vencimento da apólice, comunicar, por escrito, o desinteresse pela continuidade.

20.2. A renovação da apólice para os demais períodos de vigência não se dará de forma automática, devendo ser expressa entre as partes, por escrito, com no mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência. As renovações posteriores à primeira deverão ser expressas entre as partes, por meio do preenchimento e apresentação da Proposta pelo Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) e/ou Corretor de Seguros, nos termos da Cláusula 8 – CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO das Condições Gerais, com no mínimo de 25 (vinte e cinco) dias antes do término da Vigência da Apólice.

20.2.1. Caso a Proposta seja enviada à Seguradora em desacordo com o prazo estabelecido acima, a Seguradora poderá, em caso de aceitação da Proposta, fixar a data de início da Vigência do novo

contrato diferentemente da data do término da Vigência do presente Seguro, hipótese em que não haverá cobertura no período compreendido entre o término da Vigência do presente Seguro e o início da Vigência do novo contrato.

- 20.3. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou deveres para os segurados, ou a redução de seus direitos, dependerá da anuênciia prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.**
- 20.4. A apólice e endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.**
- 20.5. ESTE SEGURO SERÁ POR PRAZO DETERMINADO TENDO A SEGURADORA A FACULDADE DE NÃO RENOVAR A APÓLICE NA DATA DE VENCIMENTO, SEM DEVOLUÇÃO DOS PRÊMIOS PAGOS NOS TERMOS DA APÓLICE.**
- 20.6. NA RENOVAÇÃO ANUAL DA COBERTURA INDIVIDUAL E SEM PREJUÍZO DA ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA PREVISTA NA CLÁUSULA 16 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E ALTERAÇÃO DE VALORES, O VALOR DO PRÊMIO PODERÁ SER REAJUSTADO EM FUNÇÃO DO REENQUADRAMENTO DE TAXAS POR MUDANÇA DE IDADE DO SEGURADO, CONFORME DESCrito NO CONTRATO OU SEREM REAVALIADOS COM O ESTIPULANTE COM BASE NA COMPOSIÇÃO ETÁRIA DO GRUPO SEGURADO E RESPECTIVOS CAPITAIS SEGURADOS.**
- 20.7. Em cada uma das renovações do seguro, será enviado novo certificado individual aos segurados.**
- 20.8. Nenhuma alteração deste contrato é válida se não for feita por escrito por meio de aditamentos ou endossos emitidos pela seguradora com a concordância do estipulante.**
- 20.9. A renovação ou a prorrogação do seguro, quando não automática ou se implicar alteração de conteúdo de cobertura ou financeiro mais favorável aos segurados e aos beneficiários, poderá ser intermediada por outro Corretor de Seguro, de livre escolha do Estipulante e/ou Subestipulante (se houver).**
- 20.10. Quando não prevista no contrato anterior, a modificação do conteúdo dos seguros coletivos sobre a vida e a integridade física, em caso de renovação, dependerá da anuênciia expressa de segurados que representem pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado ou seu(s) representante(s).**
- 20.11. Para as Apólices vigentes há menos de 10 anos, o desinteresse na renovação será comunicado mediante aviso prévio em até 30 (trinta) dias antes do término da Vigência da Apólice; e**
- 20.12. Para as Apólices renovadas sucessiva e automaticamente por mais de 10 (dez) anos, o desinteresse na renovação será comunicado mediante aviso prévio de no mínimo 90 (noventa) dias antes do término da Vigência da Apólice.**
- 20.13. O seguro não poderá ser renovado caso não atingido o número mínimo de vidas estabelecido, além de a Apólice poder ser cancelada, observado o disposto nestas Condições Gerais.**

21. CANCELAMENTO DA APÓLICE

- 21.1. CASO NÃO HAJA ACORDO ENTRE A SEGURADORA E O ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE, QUANTO AS MODIFICAÇÕES DESCritAS NA CLÁUSULA 23 – MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS, A APÓLICE PODERÁ SER CANCELADA, DESDE QUE HAJA ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE $\frac{3}{4}$ (TRÊS QUARTOS) DO GRUPO SEGURADO, E MEDIANTE AVISO PRÉVIO DE 60 (SESSENTA) DIAS, NO MÍNIMO, DIRIGIDO AOS SEGURADOS, OBSERVADO A VIGÊNCIA DOS SEGUROS EM CURSO**

CUJOS PRÊMIOS TENHAM SIDO PAGOS.

- 21.2. ESTE SEGURO SÓ PODERÁ SER RESCINDIDO, DURANTE A VIGÊNCIA DA APÓLICE COLETIVA, MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES CONTRATANTES, DEVENDO HAVER ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE $\frac{3}{4}$ (TRÊS QUARTOS) DO GRUPO SEGURADO.**
- 21.3. A SEGURADORA NÃO PODERÁ CANCELAR A APÓLICE COLETIVA DURANTE O PRAZO DE VIGÊNCIA SOB A ALEGAÇÃO DE ALTERAÇÃO DA NATUREZA DOS RISCOS.**
-

22. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

22.1. REGULAÇÃO DE SINISTROS

22.1.1. Ocorrendo qualquer um Sinistro, o Segurado, o(s) Beneficiário(s) ou seu(s) representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicar imediatamente a seguradora, fornecendo, juntamente com o Aviso de Sinistro, todas as informações disponíveis sobre sua causa e consequências e documentação básica prevista nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s).

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

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

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

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

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

22.1.7. A não entrega dos documentos básicos previstos nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s) e/ou complementares solicitados, em até 90 (noventa) dias, sem qualquer justificativa, ensejará o encerramento da Regulação do Sinistro sem pagamento de Indenização.

Nessa hipótese, a Regulação do Sinistro poderá ser retomada a qualquer tempo, desde que apresentados os documentos necessários, observado o prazo prescricional previsto em lei.

22.1.8. A Seguradora poderá exigir atestados, certidões de autoridades competentes ou cópia da certidão de abertura de inquérito, que porventura tiver sido instaurado.

22.1.9. Correrão por conta da Seguradora as despesas com a Regulação do Sinistro, salvo as realizadas para a apresentação dos documentos básicos previstos nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s) e dos documentos complementares porventura solicitados.

22.1.10. Os atos e providências praticados pela Seguradora na execução dos procedimentos de Regulação e liquidação do Sinistro não importam, por si só, no reconhecimento de cobertura securitária.

22.1.11. Encerrada a Regulação do Sinistro, caso a Seguradora conclua que não há cobertura securitária para o Sinistro, o Segurado ou Beneficiário será comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento, dentro do prazo de 30 (trinta) a 120 (cento e vinte) dias.

22.1.12. A Seguradora poderá apresentar fundamentos adicionais para a negativa da cobertura, caso venha a tomar conhecimento de fatos que anteriormente desconhecia ou caso a negativa seja baseada na ausência ou insuficiência de documentos.

22.1.13. A Regulação e a Liquidação do Sinistro poderão ser realizadas simultaneamente quando possível.

22.2. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

22.2.1. Confirmada a existência de cobertura securitária para o Sinistro a Seguradora providenciará a prestação do serviço ou reembolso ou o pagamento do Capital Segurado conforme cobertura contratada, deduzida a Franquia estipulada na Apólice, se existente.

22.2.2. Em caso de Sinistro amparado por mais de uma cobertura, serão deduzidas a Franquia correspondente a cada cobertura individualmente, quando houver.

22.2.3. O Segurado ou Beneficiário deverá apresentar à Seguradora, todos os documentos previstos nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s).

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

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

22.2.6. No caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora ou o liquidante do Sinistro poderão solicitar outros documentos e/ou informações complementares. Neste caso, a contagem do prazo aplicável será suspensa por 01 (uma) única vez, e será reiniciada a partir do dia útil

subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

- 22.2.7.** Se, após o pagamento do capital segurado, a Seguradora tomar conhecimento de qualquer fato que descaracterize o direito do Segurado ou do Beneficiário ao seu recebimento, esta poderá requerer a devolução dos valores pagos indevidamente e dos demais gastos incorridos em decorrência do Sinistro.
- 22.3.** SOMENTE SERÁ PAGA POR ESTE SEGURO A INDENIZAÇÃO REFERENTE À PRIMEIRA DOENÇA DIAGNOSTICADA DENTRE AS PREVISTAS NESSAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS, NO PRAZO DE VIGÊNCIA DO SEGURO E APÓS O PERÍODO DE CARÊNCIA.
- 22.4.** SERÃO CONSIDERADOS COMO PENDENTES, SEM CONTAGEM DE PRAZO PARA PAGAMENTO, OS PROCESSOS DE SINISTRO COM DOCUMENTAÇÃO INCOMPLETA ATÉ A DATA DO PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DO ÚLTIMO DOCUMENTO EXIGIDO.
- 22.5.** O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios será feito independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.
- 22.6.** A SEGURADORA SE RESERVA AO DIREITO DE SUBMETER O SEGURADO A EXAMES REALIZADOS POR MÉDICO DE SUA INDICAÇÃO, PARA CONFIRMAR O DIAGNÓSTICO.
- 22.7.** No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, a seguradora poderá propor ao segurado a constituição de junta médica, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação.
- 22.8.** A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. **Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.** O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro pelo segurado.
- 22.9.** O NÃO COMPARECIMENTO DO MÉDICO INDICADO PELAS PARTES SERÁ REGISTRADO EM ATA PELOS MÉDICOS QUE COMPARECEREM, E CASO AS PARTES RESOLVAM REALIZAR NOVA JUNTA MÉDICA, A PARTE QUE IMPOSSIBILITOU A REALIZAÇÃO DA JUNTA DEVERÁ ARCAR COM AS DESPESAS DA NOVA CONSTITUIÇÃO.
- 22.10.** 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 DE COMPROVAÇÃO DA OCORRÊNCIA DE EVENTO COBERTO.
- 22.11.** Os menores de 18 (dezoito) anos deverão ser assistidos por um dos seus pais, e na sua falta, por quem legalmente os represente nos atos da vida civil, mediante apresentação de documentação comprobatória.
- 22.12.** AS DESPESAS EFETUADAS COM A COMPROVAÇÃO DO SINISTRO E DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO CORRERÃO POR CONTA DO SEGURADO, DO(S) BENEFICIÁRIO(S) OU REPRESENTANTE(S) LEGAL(IS), SALVO AS DIRETAMENTE REALIZADAS PELA SEGURADORA.
- 22.13.** O segurado autoriza a realização de pesquisas em hospitais, clínicas e consultórios, de prontuários, exames e outras informações pertinentes ao seguro contratado.
- 22.13.1.** O segurado, ao contratar o seguro, autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, a empreender visita hospitalar ou domiciliar e a

requerer e proceder a exames físicos e complementares. Os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o segurado por meio de seu médico assistente.

22.14. A indenização da cobertura contratada será paga sob a forma de parcela única, em moeda corrente e em território nacional.

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

22.16. As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará ao segurado, seu(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) os motivos do não pagamento da indenização.

22.17. NÃO SERÁ ACEITO, PARA FINS DE LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO, RELATÓRIO EMITIDO POR MÉDICO QUE SEJA O PRÓPRIO SEGURADO, SEU CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A), DEPENDENTES, PARENTES CONSANGUÍNEOS OU AFINS, MESMO QUE HABILITADO A EXERCER A PRÁTICA DA MEDICINA.

22.18. NOS CASOS DE EVENTOS OCORRIDOS FORA DO BRASIL, EVENTUAIS ENCARGOS DE TRADUÇÃO NECESSÁRIOS À REGULAÇÃO DE SINISTROS, FICARÃO TOTALMENTE A CARGO DA SEGURADORA.

23. ALTERAÇÕES NA APÓLICE

23.1. EVENTUAIS ALTERAÇÕES PODEM SER PROCESSADAS EM CONSEQUÊNCIA DE ACORDO ENTRE A SEGURADORA E O ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE NA RENOVAÇÃO DA APÓLICE, RESPEITADOS OS COMPROMISSOS FIRMADOS COM OS SEGURADOS COM CONTRATOS ANTERIORES ÀS ALTERAÇÕES.

23.1.1. Quando não prevista no contrato anterior, a modificação do conteúdo dos seguros coletivos, em caso de renovação, dependerá da anuência expressa de segurados que representem pelo menos 3/4 (três quartos) do grupo.

23.2. Caso o estipulante e/ou subestipulante pretenda promover qualquer alteração ao presente contrato que implique em ônus, deveres adicionais ou redução de direitos aos segurados, ao longo de sua vigência, deverá apresentar à seguradora a proposta de alteração, fazendo-a acompanhar de documento que comprove a anuência de segurados que representem, no mínimo, ¾ (três quartos) do grupo segurado, observado o disposto na Cláusula 7 – CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DO CONTRATO COLETIVO.

24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE

24.1. SEM PREJUÍZO DAS DEMAIS OBRIGAÇÕES PREVISTAS NESTAS CONDIÇÕES GERAIS E DEMAIS DISPOSIÇÕES CONTRATUAIS, AINDA, SÃO OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE:

A) FORNECER À SEGURADORA TODAS AS INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA A ANÁLISE E ACEITAÇÃO DO RISCO, PREVIAMENTE ESTABELECIDAS POR AQUELA, INCLUINDO DADOS CADASTRAIS E DOS COMPONENTES DO GRUPO, OBSERVADOS OS NORMATIVOS DO ÓRGÃO REGULADOR E LEGISLAÇÃO VIGENTE;

B) MANTER A SEGURADORA INFORMADA A RESPEITO DOS DADOS CADASTRAIS DOS

-
- SEGURADOS, ALTERAÇÕES NA NATUREZA DO RISCO COBERTO, BEM COMO QUAISQUER EVENTOS QUE POSSAM, NO FUTURO, RESULTAR EM SINISTRO, DE ACORDO COM O DEFINIDO CONTRATUALMENTE;
- C) FORNECER AO SEGURADO, SEMPRE QUE SOLICITADO, QUAISQUER INFORMAÇÕES RELATIVAS AO CONTRATO DE SEGURO;
- D) DISCRIMINAR O VALOR DO PRÊMIO DE SEGURO NO INSTRUMENTO DE COBRANÇA, QUANDO ESTE FOR DE SUA RESPONSABILIDADE;
- E) PAGAR/REPASSAR OS PRÊMIOS DE SEGURO À SEGURADORA, NOS PRAZOS ESTABELECIDOS CONTRATUALMENTE, QUANDO COUBER;
- F) REPASSAR AOS SEGURADOS TODAS AS COMUNICAÇÕES OU AVISOS INERENTES À APÓLICE, QUANDO FOR DIRETAMENTE RESPONSÁVEL PELA SUA ADMINISTRAÇÃO;
- G) DISCRIMINAR A RAZÃO SOCIAL E, SE FOR O CASO, O NOME FANTASIA DA SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO RISCO, NOS DOCUMENTOS E COMUNICAÇÕES REFERENTES AO SEGURO, EMITIDOS PARA O SEGURADO;
- H) COMUNICAR, DE IMEDIATO, À SEGURADORA, A OCORRÊNCIA DE QUALQUER SINISTRO OU EXPECTATIVA DE SINISTRO, REFERENTE AO GRUPO QUE REPRESENTA, ASSIM QUE DELES TIVER CONHECIMENTO, QUANDO ESTA COMUNICAÇÃO ESTIVER SOB SUA RESPONSABILIDADE;
- I) DAR CIÊNCIA AOS SEGURADOS DOS PROCEDIMENTOS E PRAZOS ESTIPULADOS PARA A AVALIAÇÃO DO RISCO E PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO;
- J) COMUNICAR, DE IMEDIATO, À SUSEP, QUAISQUER PROCEDIMENTOS QUE CONSIDERAR IRREGULARES QUANTO AO SEGURO CONTRATADO;
- K) FORNECER À SUSEP QUAISQUER INFORMAÇÕES SOLICITADAS, DENTRO DO PRAZO POR ELA ESTABELECIDO;
- L) INFORMAR A RAZÃO SOCIAL E, SE FOR O CASO, O NOME FANTASIA DA SEGURADORA, SEU CNPJ, BEM COMO O PERCENTUAL DE PARTICIPAÇÃO NO RISCO, NO CASO DE COSSEGURADO, EM QUALQUER MATERIAL DE PROMOÇÃO OU PROPAGANDA DO SEGURO, EM CARACTERE TIPOGRÁFICO MAIOR OU IGUAL AO DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE; E
- M) CUMPRIR TODAS AS CLÁUSULAS DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

- 24.2. NO CASO DE SEGUROS CONTRIBUTÁRIOS, É VEDADO AO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE:
- A) COBRAR, DOS SEGURADOS, QUAISQUER VALORES RELATIVOS AO SEGURO, ALÉM DOS ESPECIFICADOS PELA SEGURADORA;
- B) RESCINDIR O CONTRATO SEM ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE UM NÚMERO DE SEGURADOS QUE REPRESENTE, NO MÍNIMO, $\frac{3}{4}$ (TRÊS QUARTOS) DO GRUPO SEGURADO;
- C) EFETUAR PROPAGANDA E PROMOÇÃO DO SEGURO SEM PRÉVIA ANUÊNCIA DA SEGURADORA, POR ESCRITO, E SEM RESPEITAR A FIDEIGNIDADE DAS INFORMAÇÕES QUANTO AO SEGURO QUE SERÁ CONTRATADO; E
- D) VINCULAR A CONTRATAÇÃO DE SEGUROS A QUALQUER DE SEUS PRODUTOS, RESSALVADA A HIPÓTESE EM QUE TAL CONTRATAÇÃO SIRVA DE GARANTIA DIRETA A ESTES PRODUTOS.

- 24.3. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará o cancelamento do seguro, a critério da seguradora, e sujeita o estipulante e/ou subestipulante às cominações legais, conforme disposto na Cláusula 12 – PAGAMENTO DE PRÊMIO.

- 24.4. O Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) deverá(ão) cumprir as obrigações e os deveres previstos nas Condições Contratuais, salvo os que por sua natureza devam ser cumpridos pelo segurado ou pelo beneficiário, bem como assistir o segurado ou o beneficiário durante a execução do contrato.

24.5.O Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) representa os segurados e os beneficiários durante a formação e a execução do contrato de seguro e responde perante eles e a Seguradora por seus atos e omissões.

24.6.Salvo disposição em contrário, o Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) é o único responsável perante a Seguradora pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais, inclusive a de pagar/repassar o Prêmio à Seguradora.

25. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

25.1. A propaganda e divulgação do seguro, por parte do estipulante e/ou subestipulante e/ou corretor de seguros, somente poderão ser feitas com autorização prévia, expressa e de supervisão da seguradora, respeitadas rigorosamente as condições da apólice e as normas de seguro.

26. PRESCRIÇÃO

26.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

27. FORO

27.1. Fica eleito o foro da comarca de domicílio do segurado, conforme o caso, com a exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir eventuais litígios decorrentes do presente contrato de seguro.

27.2. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

28. DISPOSIÇÕES FINAIS

28.1. O registro deste produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP.

28.2. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros e da sociedade seguradora no site www.susep.gov.br.

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

28.4. Este seguro será por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

28.5. Aos casos não previstos nestas condições gerais, serão aplicáveis leis, regulamentos e normas relacionados à matéria de seguros no Brasil e a legislação brasileira.

28.6. Este plano de seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto não haverá devolução ou resgate de prêmios de seguro ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante ou ao subestipulante (se houver).

28.7. As condições contratuais deste produto encontram-se registradas na SUSEP e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br.

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA BÁSICA DE DOENÇAS GRAVES – DG

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, tem por objetivo garantir, mediante o pagamento de prêmio, o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado ao segurado, de uma única vez, em decorrência do primeiro diagnóstico de uma das doenças previstas na Cláusula 3 – RISCOS COBERTOS desta condição especial, desde que expressamente indicadas no certificado individual, **observada as condições contratuais**.
- 1.2. **Esta cobertura NÃO poderá ser contratada em conjunto com a cobertura básica de Diagnóstico de Câncer – DC.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Além das definições indicadas na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais será aplicável a esta cobertura a seguinte definição:
 - a) **Período de Sobrevida:** período, contado a partir do diagnóstico da doença grave coberta, durante o qual o segurado precisa sobreviver, para ter direito ao recebimento do capital segurado contratado.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. O diagnóstico das doenças graves ou a indicação para realização do transplante deverá ser comprovado por relatório emitido por médico especialista pela primeira vez em data posterior ao início de vigência da cobertura, por meio de resultado de exames complementares apropriados ao caso e aceitos pela comunidade médica-científica, além dos documentos indicados na Cláusula 11 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO, desta condição especial.

- 3.2. O segurado poderá contratar uma ou mais doenças graves e/ou procedimentos médicos, descritos abaixo, de acordo com o plano disponibilizado pela seguradora:

3.2.1. Carcinoma ou Câncer: doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolado de células malignas, e invasão de tecidos, que não esteja classificado como "in situ". O diagnóstico deve ser confirmado por exame citológico e histológico conclusivo. O termo Carcinoma ou Câncer é sinônimo de "neoplasia maligna" e "tumor maligno", e também inclui as leucemias e doenças malignas do sistema linfático como a Doença ou Linfoma de Hodgkin.

3.2.1.1. O diagnóstico deve ser confirmado por exame histológico conclusivo de malignidade por oncologista ou patologista com data posterior a contratação.

3.2.2. Infarto Agudo do Miocárdio: é a morte de qualquer parte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida.

3.2.2.1. O infarto deverá ser comprovado através de laudo emitido por médico especialista e o diagnóstico deve basear-se na ocorrência, concomitante, de:

- a) Alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma – ECG;
- b) Elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores de necrose miocárdica (incluindo CK-MB) ou Ecocardiograma ou Cintilografia Cardíaca.

3.2.3. Acidente Vascular Cerebral – Derrame ou AVC: obstrução aguda da circulação sanguínea

cerebrovascular causada por obstrução do fluxo sanguíneo ou hemorragia subaracnóidea, hemorragia intracerebral ou infarto cerebral resultando em dano neurológico permanente (distúrbio de fala, distúrbio cognitivo e parestesia e/ou plegias).

3.2.3.1. O diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral crítico deve ser feito por meio de tomografia computadorizada do cérebro, ressonância magnética, ou exame de líquor. Deve ser provada a existência de déficit neurológico nos últimos 3 (três) meses.

3.2.4. Cirurgia Coronariana: realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias que está ou estão estenosada(s) ou ocluída(s), com implante de ponte(s) vascular(es) na(s) artéria(s) coronária(s).

3.2.4.1. A indicação de cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia.

3.2.5. Insuficiência Renal Crônica: etapa final de doença renal caracterizada pela perda crônica e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal.

3.2.5.1. O diagnóstico deve ser confirmado por laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em nefrologia e exames complementares apropriados.

3.2.6. Transplante de Órgãos: necessidade médica do segurado de transplante, em função de perda irreversível da função dos seguintes órgãos: **fígado, coração, pulmão, pâncreas ou medula óssea.**

3.2.6.1. Estão cobertos os segurados que necessitarem de transplante total, também chamado de Transplante Alogênico.

3.3. A(s) doença(s) contratada(s), e pela(s) qual(is) o segurado terá direito nesta cobertura estará(ão) indicada(s) no certificado individual do seguro.

3.4. As doenças ou condições físicas poderão ser identificadas pela seguradora por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive os prontuários médico-hospitalares em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais.

3.5. 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.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos expressamente excluídos descritos na Cláusula 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, estão excluídos dessa cobertura:

- a) **Doenças causadas intencionalmente pelo próprio segurado;**
- b) **Doenças profissionais; e**
- c) **Anomalias congênitas independentemente de quando se manifestem.**

4.2. Além dos riscos expressamente excluídos no item 4.1, estarão expressamente excluídos os seguintes eventos para CARCINOMA OU CÂNCER:

- a) **Câncer de Pele, exceto o melanoma maligno;**
- b) **Sarcoma de Kaposi e outros tumores relativos à AIDS;**
- c) **Leucemia Crônica (Leucemia Linfoide Crônica e Leucemia Mieloide Crônica);**
- d) **Neoplasias benignas;**

-
- e) Carcinoma não Invasivo (Carcinoma “IN SITU”) e qualquer grau de Neoplasia Intraepitelial Cervical – NIC;
 - f) Tumores ou lesões descritas como pré-malignas;
 - g) Câncer de Próstata (exceto aqueles de grau superior a 7 na classificação de Gleason ou superior a t2n0m0 pela classificação tnm); e
 - h) Qualquer tipo de câncer diagnosticado antes do início de vigência do seguro e cuja recidiva ou invasão ocorra nos 30 (trinta) dias após o início de vigência.
- 4.3. Além dos riscos expressamente excluídos no item 4.1, estarão expressamente excluídos os seguintes eventos para INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO:
- a) Os Infartos do Miocárdio antigos demonstrados através do ecocardiógrafo ou eletrocardiograma;
 - b) Toda a Angina do Peito, incluindo Angina estável e instável;
 - c) Infarto do Miocárdio sem elevação do segmento ST no Ecocardiógrafo com elevação da Troponina “I” ou “T”; e
 - d) Outras Síndromes Coronarianas Agudas.
- 4.4. Além dos riscos expressamente excluídos no item 4.1, estarão expressamente excluídos os seguintes eventos para ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC:
- a) Ataques Isquêmicos Transitórios – AIT;
 - b) Qualquer outra alteração Neurológica, não resultante de Acidente Vascular Cerebral;
 - c) Hemorragia Cerebral causada por Acidente Pessoal;
 - d) Hemorragia Cerebral causada por Tumores;
 - e) Hemorragia Cerebral causada por Cirurgias no Cérebro;
 - f) Obstrução de Artéria Oftálmica resultando em Dano Neurológico; e
 - g) Sintomas Neurológicos causados por Enxaquecas.
- 4.5. Além dos riscos expressamente excluídos no item 4.1, estarão expressamente excluídos os seguintes eventos para CIRURGIA CORONARIANA:
- a) Angioplastia;
 - b) Cirurgia minimamente invasiva de revascularização do Miocárdio (Cirurgia tipo “KEY-HOLE”).
- 4.6. Além dos riscos expressamente excluídos no item 4.1, estarão expressamente excluídos os seguintes eventos para TRANSPLANTE ÓRGÃOS:
- a) Transplantes dos demais órgãos não listados nestas condições especiais;
 - b) Transplante de Pele;
 - c) Transplante de Células Tronco;
 - d) Transplante de Células-Beta do Pâncreas;
 - e) Auto-Transplante (transplante de partes do indivíduo em si próprio), exceto de medula óssea;
 - f) Colocação de coração artificial, ainda que colocado temporariamente, visando-se a colocação de coração humano no futuro; e
 - g) Transplante de quaisquer órgãos não-humanos.

5. CARÊNCIA

- 5.1. O período de carência para esta cobertura será de até, 180 (cento e oitenta) dias, contados da data da contratação e estará indicada no certificado individual.

6. PERÍODO DE SOBREVIVÊNCIA

- 6.1. O período de sobrevivência para esta cobertura será de, 30 (trinta) dias, contados a partir do diagnóstico da doença grave coberta e estará indicado no certificado individual.

7. CAPITAL SEGURADO

- 7.1. O capital segurado corresponde ao valor máximo de indenização devida, na ocorrência do sinistro coberto pela apólice e vigente na data do evento, respeitando os limites especificados na contratação.
- 7.2. O capital segurado desta cobertura será estabelecido no certificado individual e será pago de uma única vez.

8. DATA DO EVENTO

- 8.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros:
 - a) A data indicada pelo relatório médico da ocorrência do Acidente Vascular Cerebral – Derrame ou AVC, em caso de ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC.
 - b) A data indicada pelo relatório médico do diagnóstico de câncer, em caso de CARCINOMA OU CÂNCER.
 - c) A data indicada pelo relatório médico da ocorrência da Cirurgia Coronariana, em caso de CIRURGIA CORONARIANA.
 - d) A data indicada pelo relatório médico da ocorrência do Infarto Agudo do Miocárdio, em caso de INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO.
 - e) A data indicada pelo relatório médico do inicio do tratamento dialítico, em caso de INSUFICIÊNCIA RENAL.
 - f) A data indicada pelo relatório médico com recomendação de transplante contendo a data de inclusão do segurado na lista de transplante, em caso de TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS.

9. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 9.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

10. BENEFICIÁRIO

- 10.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será o segurado, ainda que assistido ou representado.

11. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 11.1. Para a análise e regulação de sinistro, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:
 - a) Formulário “Aviso de Sinistro” com informações gerais, todos os campos preenchidos e assinado pelo segurado ou pelo seu representante legal;
 - b) Cópias do RG – Registro Geral ou do RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física do segurado.
- 11.2. Além dos documentos descritos no item 11.1, na ocorrência de evento decorrente de **Carcinoma ou Câncer** será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:
 - a) Relatório emitido por médico habilitado em oncologia, contendo o resultado do exame anatomo-patológico, estádio de neoplasia, tratamento realizado e a realizar de modo detalhado e

prognóstico;

- b) Cópia do exame anatomo-patológico que comprove o diagnóstico de câncer;
- c) Laudo de exames citológicos e histológicos conclusivos (apropriados para cada caso); e
- d) Laudo do perito médico, **quando solicitado pela seguradora.**

11.3. Além dos documentos descritos no item 11.1, na ocorrência do sinistro decorrente de **Infarto Agudo do Miocárdio** será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Relatório Médico de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em cardiologia demonstrado por pelo menos 2 (dois) dos seguintes sintomas ou sinais: eletrocardiograma com alterações recentes e elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores de necrose miocárdica (incluindo CK-MB) ou Ecocardiograma ou Cintilografia Cardíaca, ou outros exames complementares aplicáveis ao caso.

11.4. Além dos documentos descritos no item 11.1, na ocorrência do sinistro decorrente de **Acidente Vascular Cerebral** será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Relatório Médico de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em neurologia ou neurocirurgia; e
- b) Exames complementares apropriados (tomografia computadorizada, ressonância magnética entre outros).

11.5. Além dos documentos descritos no item 11.1, na ocorrência do sinistro decorrente de **Cirurgia Coronariana** será comprovada mediante a apresentação do seguinte documento:

- a) Relatório Médico de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em cirurgia cardíaca, contendo a data da cirurgia.

11.6. Além dos documentos descritos no item 11.1, na ocorrência do sinistro decorrente de **Insuficiência Renal Crônica** será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Relatório Médico de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em nefrologia, contendo a data do início do tratamento dialítico; e
- b) Exames complementares apropriados.

11.7. Além dos documentos descritos no item 11.1, na ocorrência do sinistro decorrente de **Transplante Total de Órgãos** será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Relatório Médico de diagnóstico e exames complementares apropriados, com recomendação de transplante contendo a data de inclusão do segurado na lista de transplante, feita por médicos habilitados na especialidade da patologia em questão.

11.8. Não serão aceitos, para fins de liquidação do sinistro, relatórios emitidos 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.

11.9. As demais regras para análise e regulação de sinistros relacionadas a esta cobertura, bem como para pagamento do capital segurado (**se caracterizado risco coberto**) estão indicados na Cláusula 22 – 11. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO das condições gerais.

11.10. Somente será pago capital segurado referente à primeira doença diagnosticada ou primeiro Transplante de Órgãos indicados nesta condição especial, no prazo de vigência desse seguro, estando excluída, em toda e qualquer hipótese se ocorrerem a possibilidade de acumulação de indenizações pelo diagnóstico de mais de uma doença.

11.11. O pagamento do capital segurado desta cobertura cancelará automaticamente o certificado individual.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. Ratificam-se as condições gerais que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura.

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA BÁSICA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER – DC

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o pagamento do prêmio, o pagamento do capital segurado ao segurado, em decorrência do 1º (primeiro) diagnóstico de Carcinoma ou Câncer, **observado as condições contratuais**.
- 1.2. Esta cobertura NÃO poderá ser contratada em conjunto com a cobertura básica de Doenças Graves – DG.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Além das definições indicadas na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais será aplicável a esta cobertura a seguinte definição:

a) **Carcinoma ou Câncer**: doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas e invasão de tecido, que não esteja classificado como "in situ", durante a vigência do seguro. O diagnóstico deve ser confirmado por exame citológico e histológico conclusivo. O termo Carcinoma ou Câncer é sinônimo de "neoplasia maligna" e "tumor maligno", e também inclui as leucemias e doenças malignas do sistema linfático como a Doença de Hodgkin.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos mencionados na Cláusula 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais estão expressamente excluídos desta cobertura:

- a) Todos os canceres de pele, exceto o melanoma maligno;
- b) Sarcoma de Kaposi e outros tumores relativos à AIDS;
- c) Leucemia Crônica (Leucemia Linfoide Crônica e Leucemia Mieloide Crônica);
- d) Neoplasias benignas;
- e) Carcinoma não Invasivo (Carcinoma "IN SITU") e qualquer grau de Neoplasia Intraepitelial Cervical – NIC;
- f) Tumores ou lesões descritas como pré-malignas;
- g) Câncer de Próstata com Escore de Gleason inferior a 8 pontos ou inferior a T2NoMo pela Classificação TNM;
- h) Qualquer tipo de câncer diagnosticado antes do início de vigência do seguro e cuja recidiva ou invasão ocorra nos 30 (trinta) dias após o início de vigência.

4. CARÊNCIA

4.1. O período de carência para esta cobertura será, de até, 180 (cento e oitenta) dias, contados da data da contratação e estará indicada no certificado individual.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro coberto pela apólice e vigente na data do evento, respeitando os limites estabelecidos na contratação.
- 5.2. O capital segurado desta cobertura será estabelecido no certificado individual e será pago de uma única vez.

6. DATA DO EVENTO

6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data indicada pelo relatório médico do diagnóstico de câncer, realizado em vida.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

7.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

8. BENEFICIÁRIO

8.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será o segurado, ainda que assistido ou representado.

9. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

9.1. Para a análise e regulação de sinistro, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:

- a) Formulário “Aviso de Sinistro” com informações gerais, todos os campos preenchidos e assinado pelo segurado ou pelo seu representante legal;
- b) Cópias do RG – Registro Geral ou do RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física do segurado;
- c) Exame Laboratorial que diagnosticou e relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas que possibilitem o enquadramento do diagnóstico e estágio da patologia de que o segurado é portador nos critérios de indenização previstos para a cobertura pleiteada.

9.2. As demais regras para análise e regulação de sinistros relacionadas a esta cobertura, bem como para pagamento do capital segurado (**se caracterizado risco coberto**) estão indicados na Cláusula 22 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO das condições gerais.

9.3. O pagamento do capital segurado desta cobertura cancelará automaticamente o certificado individual.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Ratificam-se as condições gerais que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura.