

# DOENÇAS GRAVES

## Condições Gerais

### Versão 1.0

CNPJ 54.484.753/0001-49  
Processo SUSEP nº 15414.001826/2008-67

**ÍNDICE**

<b>Condições Gerais</b> .....	<b>3</b>
<b>Doenças Graves</b> .....	<b>3</b>
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	3
2. DEFINIÇÕES.....	3
3. COBERTURA DO SEGURO.....	5
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	5
5. ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS.....	7
6. CARÊNCIA.....	7
7. ACEITAÇÃO DO SEGURO.....	7
8. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	8
9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE.....	8
10. CAPITAL SEGURADO.....	8
11. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.....	8
12. PAGAMENTO DO PRÊMIO.....	9
13. REAVALIAÇÃO DE TAXA.....	9
14. REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA.....	9
15. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO.....	9
16. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO.....	9
17. CANCELAMENTO DO SEGURO.....	10
18. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	10
19. PERDA DE DIREITOS.....	12
20. BENEFICIÁRIOS.....	12
21. SUB-ROGAÇÃO.....	12
22. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE.....	12
23. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA.....	13
24. DISPOSIÇÕES FINAIS.....	13
25. FORO.....	13
<b>OUVIDOR</b> .....	<b>14</b>

## CONDIÇÕES GERAIS

### DOENÇAS GRAVES

#### 1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Este seguro garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado em decorrência de diagnóstico de uma das doenças previstas nas condições gerais e contratuais, desde que este diagnóstico ocorra durante a vigência do seguro, respeitando o período de sobrevivência e atendendo as condições de elegibilidade, desde que o evento que deu causa ao risco não se enquadre como excluído da cobertura securitária.

#### 2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Apólice:** documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.
- 2.2. **Acidente Cérebro-Vascular:** 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 cefalorraquidiano.
- 2.3. **Beneficiário:** pessoa física designada para receber os valores dos capitais segurados na ocorrência de sinistro coberto. Nesse seguro o beneficiário será sempre o segurado, exceto se por determinação legal e/ou judicial.
- 2.4. **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.
- 2.5. **Capital Segurado:** valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora na ocorrência de sinistro coberto.
- 2.6. **Carência:** período contínuo de tempo contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado, ou da recondução da vigência do seguro, e após o período de suspensão, durante o qual, na ocorrência de sinistro, o segurado ou o(s) beneficiário(s) não terão direito à cobertura do seguro, conforme estabelecido nas condições contratuais. **O período de carência é de 30 (trinta) dias para Carcinoma ou Câncer, Infarto, Acidente Cérebro-Vascular, Cirurgia Coronariana e Transplante Total de órgão.**
- 2.7. **Certificado Individual:** documento destinado ao segurado, emitido pela seguradora quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio, no qual estarão indicadas as coberturas efetivamente contratadas.
- 2.8. **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.
- 2.9. **Cobertura:** compromisso da seguradora no pagamento de um capital segurado, caso ocorra um dos riscos definidos nas condições gerais e contratuais, desde que o evento causador não seja excluído dessa cobertura.
- 2.10. **Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais da apólice e, quando for o caso de plano coletivo também, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.
- 2.11. **Condições Especiais:** conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo seguro.
- 2.12. **Condições Gerais:** conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da seguradora, do(s) segurado(s) e do estipulante.
- 2.13. **Contrato:** firmado entre o estipulante, o subestipulante e a seguradora, é o instrumento jurídico que estabelece as peculiaridades de contratação do seguro e fixa os direitos e as obrigações do estipulante e/ou subestipulante, da seguradora e do(s) segurado(s).
- 2.14. **Doenças Previstas:** doenças que geram o direito ao recebimento do capital segurado previsto neste contrato. As definições, caracterizações e exclusões de cada doença estão descritas nestas condições gerais.
- 2.15. **Doença ou Deficiência Preexistente:** toda debilidade congênita, adquirida, decorrente ou não de acidente que comprometa a função orgânica ou motora ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta, quer por suas conseqüências indiretas, existentes anteriormente à contratação do seguro, da qual ele tenha conhecimento,

e que **não** seja informada no momento da contratação, na proposta de contratação ou, no caso de contratação coletiva, na proposta de adesão.

- 2.16. Estipulante ou Subestipulante:** pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor, quando participar total ou parcialmente do custeio do plano e como estipulante-averbador, quando não participar do custeio.
- 2.17. Evento Coberto:** começa com o diagnóstico feito por médico de uma das doenças previstas nestas condições gerais, desde que o segurado esteja vivo durante o Período de Sobrevivência, neste produto este período é de 30 (trinta) dias após este diagnóstico, observadas as demais cláusulas do contrato.
- 2.18. Excedente Técnico:** saldo positivo obtido pela seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva em determinado período. Sua forma de apuração e distribuição será definida nas condições contratuais, quando cabível.
- 2.19. Formulário de Solicitação de Benefício/Declaração Médica:** o documento pelo qual o beneficiário solicita a indenização à seguradora.
- 2.20. Garantias:** as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto.
- 2.21. Grupo Segurado:** totalidade do grupo segurável efetivamente aceito e incluído na apólice coletiva.
- 2.22. Grupo Segurável:** totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante ou subestipulante que reúne as condições para possível inclusão na apólice coletiva.
- 2.23. Indenização:** pagamento em dinheiro efetuado pela seguradora ao segurado, quando da ocorrência do evento objeto da cobertura contratada(s).
- 2.24. Infarto:** é a morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O infarto deverá ser comprovado através de laudo emitido por médico especialista e através de exames de eletrocardiograma e exames laboratoriais (enzimas específicas).  
O diagnóstico deve basear-se na ocorrência, concomitante, de:
- a) História de dores torácicas típicas;
  - b) Alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma – ECG (Depressão de onda, ondas T,Q);
  - c) Elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores de necrose miocárdica (incluindo CK-MB);  
e
  - d) Avaliação de enzimas cardíacas, incluindo CK-MB.
- 2.25. Início de Vigência:** a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão cobertas pela seguradora.
- 2.26. Insuficiência Renal:** 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. Deve ser diagnosticada por médico habilitado em nefrologia e demonstrada através de exames complementares apropriados.
- 2.27. Médico:** o profissional legalmente licenciado para a prática de medicina. Não serão aceitos como médicos o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, pessoas com laços de dependência econômica ou que residam com o segurado, mesmo que sejam habilitados a exercer a prática da medicina.
- 2.28. Nota Técnica Atuarial:** documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.
- 2.29. Período de Sobrevivência:** período durante em que um segurado coberto precisa sobreviver, após o diagnóstico de uma Doença Grave, a fim de se tornar elegível para receber a indenização. Se a morte ocorrer durante o Período de Sobrevivência, nenhuma indenização será paga sob a garantia de Doença Grave. **Este produto tem um Período de Sobrevivência de 30 dias contados a parti do diagnóstico da doença.**
- 2.30. Período de Vigência:** período durante o qual o segurado fará jus às coberturas contratadas.
- 2.31. Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos feito(s) pelo(s) segurado(s), destinados ao custeio do seguro.
- 2.32. Proponente:** o interessado em contratar a(s) cobertura(s) ou em aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.
- 2.33. Proposta de Adesão:** documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco. Nela, o proponente pessoa física manifesta o pleno conhecimento das condições gerais e contratuais e expressa a intenção de aderir ao seguro.
- 2.34. Proposta de Contratação:** documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em caso de contratação coletiva, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de aderir ao seguro ou de contratá-lo, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

- 2.35. Riscos Excluídos:** os riscos previstos nas condições gerais e contratuais que não serão cobertos pelo seguro.
- 2.36. Segurado:** pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 2.37. Segurado Principal:** o segurado que mantém vínculo legal comprovado com o estipulante ou com o subestipulante.
- 2.38. Seguradora:** a MAPFRE VERA CRUZ Vida e Previdência S.A., companhia de seguros devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas nos termos das condições gerais e contratuais.
- 2.39. Seguro Contributivo:** aquele em que o segurado paga o prêmio total ou parcialmente para o estipulante, e este o repassa à seguradora.
- 2.40. Seguro Não Contributivo:** aquele em que o estipulante paga a totalidade do prêmio diretamente à seguradora.
- 2.41. Sinistro:** ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do seguro.
- 2.42. Transplante de Órgãos:** necessidade médica do segurado de recepção de transplante em função de perda irreversível da função dos seguintes órgãos: fígado, coração, pulmão, pâncreas ou medula óssea.
- 2.43. Vigência da Apólice:** período no qual a apólice de seguro está em vigor.
- 2.44. Vigência da Cobertura Individual:** período em que o segurado está coberto pelas coberturas deste seguro.

### 3. COBERTURA DO SEGURO

#### 3.1. DOENÇAS GRAVES

- 3.1.1.** Este seguro garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado, em decorrência de diagnóstico de uma das doenças previstas nas condições contratuais, desde que este diagnóstico ocorra durante a vigência do seguro, porém após o período de carência.
- 3.1.2.** As doenças ou procedimentos previstos nessas condições são:
- câncer;
  - infarto;
  - acidente cérebro-vascular;
  - cirurgia coronariana;
  - insuficiência renal; e
  - transplante de órgãos.
- 3.1.3.** Será considerado como “data do evento” a data do diagnóstico médico.  
A elegibilidade à indenização se dará após o 30º (trigésimo) dia da data do diagnóstico da doença coberta, desde que o segurado esteja vivo.
- 3.1.4.** 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.

### 4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Estarão excluídos da Cobertura de Doenças Graves do seguro os eventos ocorridos em consequência de:**
- a) danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, conforme previsto no Código Civil vigente;
  - b) nos seguros contratados por pessoas jurídicas, danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por sócios-controladores, dirigentes e administradores;
  - c) atos ou operações de guerra, declarada ou não, guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, salvo se for comprovado que o sinistro tenha ocorrido pela utilização de meio de transporte mais arriscado, na prestação de serviço militar ou em atos de humanidade em auxílio a outrem;
  - d) inundações, furacões, erupções vulcânicas, tempestades, terremotos, movimento sísmico ou movimentos da Terra em geral e qualquer outro fenômeno atmosférico, meteorológico, sísmico ou geológico de caráter extraordinário;
  - e) intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico);
  - f) 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;
  - g) doenças profissionais;

- h) doenças preexistentes não declaradas na proposta de adesão e de conhecimento do segurado na época da contratação do seguro;
  - i) dolo do segurado, exceto quando o dano tiver sido produzido para evitar um mal maior;
  - k) doenças, acidentes e lesões provocadas em estado de desequilíbrio mental pelo uso de álcool, drogas, produtos químicos, entorpecentes, produtos farmacológicos e substâncias tóxicas;
  - l) epidemias e pandemias oficialmente declaradas, incluindo a gripe aviária, febre aftosa, malária, dengue, meningite, dentre outras, mas não se limitando a elas;
  - m) participação do segurado em desafios e brigas, exceto nos casos de legítima defesa ou estado de necessidade;
  - n) imprudência ou negligência grave do segurado, assim declarado judicialmente, bem como atos contrários à lei;
  - o) o segurado dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeiram aptidão, sem que possua habilitação apropriada;
  - p) anomalias de nascimento independentemente de quando se manifestem;
  - q) danos morais seja qual for o motivo, decorrentes de negociação ou acordos que ocorram fora do âmbito de tribunais que sejam pertinente aos casos em questão;
  - r) danos e perdas, inclusive se forem diretamente ou indiretamente relacionados às garantias estabelecidas nestas condições; e
  - s) Prejuízos decorrentes de invalidez profissional seja ela permanente ou temporária.
- 4.1.1. 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.
- 4.2. Estarão expressamente excluídos os seguintes eventos para a Cobertura de Câncer:
- a) câncer de pele, exceto a melanoma maligno com grau de invasão igual ou superior a 1,5 mm segundo a classificação de Breslow;
  - b) sarcoma de Kaposi e outros tumores relativos à AIDS;
  - c) leucemia crônica;
  - d) câncer que através de exame histológico tenha classificação igual a T1;
  - 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 na classificação de Gleason ou superior a T2N0M0 pela classificação TNM);
  - h) qualquer tipo de câncer diagnosticado antes do início de vigência da apólice e cuja recidiva ou invasão ocorreu nos 30 (trinta) dias após o início de vigência.
- 4.3. Os infartos do miocárdio antigos demonstrados através do ECG, toda a angina do peito, incluindo angina estável e instável, angina decúbito, infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG com elevação da troponina “I” ou “T”. e outras síndromes coronarianas agudas estarão expressamente excluídos da Cobertura de Infarto.
- 4.4. Estarão expressamente excluídos os seguintes eventos para a Cobertura de Acidente Cérebro Vascular:
- a) ataques isquêmicos transitórios;
  - b) qualquer outra alteração neurológica, que não a paralisia irreversível, resultante de acidente vascular;
  - c) injúria cerebral resultante de hipóxia ou trauma;
  - d) hemorragia cerebral causada por acidente;
  - e) hemorragia cerebral causada por tumores;
  - f) hemorragia cerebral causada por cirurgias no cérebro;
  - g) obstrução de artéria oftálmica resultando em dano neurológico; e
  - h) sintomas neurológicos causado por enxaquecas.
- 4.5. Estarão expressamente excluídos os seguintes eventos para a Cobertura de Cirurgia Coronariana:
- a) Angioplastia;
  - b) Outros procedimentos intra-arteriais;

- c) Cirurgia tipo “key- hole” ( quaisquer procedimentos a tórax fechado , utilizando-se cateteres cirúrgicos); e
  - d) Quaisquer procedimentos ou técnicas não cirúrgicas.
- 4.6. Estarão expressamente excluídos os seguintes eventos para a Cobertura de Transplante de Órgãos:
- a) transplantes dos demais órgãos não listados nestas condições gerais;
  - b) transplante de tecido;
  - c) transplante de células tronco ;
  - d) transplante de células-beta do pâncreas;
  - e) auto-transplante; e
  - f) quaisquer transplantes de apenas uma parte do órgão.

#### 4.7. 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.

### 5. ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS

- 5.1. As coberturas do seguro previstas nestas condições gerais aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

### 6. CARÊNCIA

- 6.1. O período de carência definido nas condições gerais será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, também estabelecido nas condições contratuais, ou da sua recondução depois de suspenso.
- 6.2. 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.
- 6.3. O prazo de carência poderá ser de no máximo 180 (cento e oitenta) dias para a cobertura contratada e será definido nas condições contratuais.
- 6.4. O limite máximo que um plano de seguro poderá estabelecer como prazo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pela apólice, no caso de contratação individual, ou pelo certificado, no caso de contratação coletiva.

### 7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 7.1. Para propor inclusão neste seguro, o proponente deverá:
- a) preencher, de próprio punho e encaminhar a proposta de adesão informando suas condições de saúde;
  - b) possuir, na data de adesão, idade dentro dos limites estabelecidos nas condições contratuais;
  - c) estar em plena atividade profissional e/ou boas condições de saúde de acordo com a declaração pessoal de saúde.
- 7.2. Poderão ser incluídos no seguro os componentes do grupo segurável mediante a assinatura e o preenchimento completo, de próprio punho, da proposta de adesão e a entrega dos documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.
- 7.3. O pagamento do seguro não caracterizará a aceitação automática da proposta de adesão. Quando a seguradora receber a proposta de adesão com todos os documentos exigidos, terá início um período máximo de 15 (quinze) dias em que ela avaliará o risco do seguro.
- 7.3.1. **A ausência de manifestação por escrito da seguradora no prazo de 15 (quinze) dias caracterizará a aceitação tácita da proposta de adesão.**
- 7.3.2. **Havendo motivos para recusa, a seguradora devolverá o valor do prêmio antecipado. O valor a ser devolvido será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) pro rata temporis, do período da data do pagamento até a data da restituição, que não poderá ser superior a 10 (dez) dias da data da recusa.**
- 7.4. 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.
- 7.5. Se a seguradora recusar a proposta de adesão do proponente, isso será comunicado por escrito por meio de carta encaminhada ao domicílio do segurado ou por intermédio do corretor ou agente captador do seguro, informando os

motivos da não aceitação. Para todos os efeitos legais, a data constante de envio da correspondência valerá como data de recusa da proposta de adesão.

7.6. A cada segurado aceito no seguro será enviado um certificado individual.

## 8. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

8.1. O início e fim de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas para tal finalidade na apólice, proposta, certificado individual e nos endossos, seguindo o critério definido em cláusula específica das condições contratuais.

8.2. O seguro estará em vigor até a data de término de vigência da apólice, caso esta não seja renovada ou cancelada conforme previsto nas condições contratuais.

## 9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

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

9.2. A renovação da apólice para os demais períodos de vigência não se dará de forma automática, deverá ser expressa entre as partes.

9.3. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem no mínimo  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do grupo segurado.

9.4. Caso a seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, ela deverá comunicá-los aos segurados e/ou ao estipulante ou subestipulante mediante aviso prévio de no mínimo 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

9.5. Em cada uma das renovações do seguro, será enviado novo certificado individual ao(s) segurado(s).

## 10. CAPITAL SEGURADO

10.1. Os limites de capitais segurados serão determinados pelo estipulante, conforme condições contratuais acordadas entre as partes.

10.2. Poderá ser efetuado o aumento espontâneo dos capitais segurados em qualquer época mediante solicitação por escrito do segurado, observando-se sempre o limite máximo de capital segurado individual vigente.

10.3. Em caso de solicitação de aumento do capital segurado pelo segurado, será feita nova análise de risco, sendo necessário o preenchimento de próprio punho de nova proposta de adesão.

10.4. No caso de alteração de capital segurado, poderá ser aplicada carência de no máximo 180 (cento e oitenta) dias, conforme estabelecido nas condições contratuais do seguro.

10.5. O limite máximo que um plano de seguro poderá estabelecer como prazo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pela apólice, no caso de contratação individual, ou pelo certificado, no caso de contratação coletiva.

10.6. Para os segurados aposentados e afastados, não será permitido o aumento espontâneo dos respectivos capitais segurados. Nestes casos, os capitais segurados serão atualizados anualmente pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou por qualquer outro índice que, por disposição legal, venha a substituí-lo.

10.7. O estipulante fica ciente de 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 não declarada na proposta de adesão, o pagamento da indenização prevista para a cobertura de doenças graves será efetuado com base nos valores anteriores ao aumento, não cabendo qualquer restituição de prêmios ao estipulante e/ou segurado.

## 11. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

11.1. Os capitais segurados e os prêmios deverão ser atualizados monetariamente ou segundo a variação do salário/provento, ou segundo outros fatores objetivos, conforme critério constante no contrato do seguro para fixação da escala de capitais.

11.2. 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 componentes ativos.

11.3. Para os seguros de prazo inferior a 1 (um) ano, não haverá atualização de valores.

- 11.4. Os capitais segurados e os prêmios correspondentes serão atualizados monetariamente em cada aniversário da apólice pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem 2 (dois) meses anteriores ao aniversário do certificado individual.

## 12. PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 12.1. O prêmio poderá ser pago de forma única, mensal, bimestral, trimestral, semestral, anual ou fracionada, de acordo com o estabelecido nas condições contratuais.
- 12.1.1. A data-limite para pagamento do prêmio será a expressa no respectivo documento de cobrança.
- 12.1.2. Quando a data de vencimento coincidir com um dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia subsequente em que houver.
- 12.2. Qualquer indenização somente passará a ser devida depois que o pagamento do prêmio tiver sido realizado pelo segurado ou estipulante, o que deve ser feito no máximo até a data-limite prevista para esse fim no respectivo documento de cobrança.
- 12.3. Caso o sinistro ocorra dentro do prazo para pagamento do prêmio, o direito ao capital segurado não ficará prejudicado, se o pagamento for realizado ainda naquele prazo.
- 12.4. Caso haja falta de pagamento do prêmio ou cancelamento do seguro, será observado o disposto nos itens 16 – SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO, e 17 – CANCELAMENTO DA APÓLICE, destas condições gerais.
- 12.4.1. Entretanto, nos seguros coletivos de custeio contributivo, se o estipulante deixar de recolher junto à seguradora e no prazo devido os prêmios recolhidos dos segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do seguro, respondendo a seguradora pelo pagamento das indenizações devidas, e ficando o estipulante sujeito às cominações legais previstas na legislação vigente.
- 12.4.2. O estipulante fica terminantemente proibido de recolher do(s) segurado(s), a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela seguradora. Caso o mesmo receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida seja a que título for, ficará o estipulante obrigado a destacar no documento de cobrança o valor do prêmio do seguro de cada segurado.
- 12.5. Os prêmios poderão ser alterados em função da reavaliação das taxas do seguro, conforme previsto no item 13 – REAVALIAÇÃO DE TAXA, destas condições gerais.
- 12.6. Os prêmios poderão sofrer alteração anualmente de acordo com a mudança etária do segurado, conforme previsto nas condições contratuais.
- 12.7. **Este plano de seguro foi estruturado em regime financeiro de repartição simples. Sendo assim, não está prevista a devolução ou o resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante.**

## 13. REAVALIAÇÃO DE TAXA

- 13.1. Na ocasião da renovação, a seguradora reavaliará as condições e prêmios do seguro, podendo propor as atualizações necessárias conforme legislação vigente.
- 13.2. 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.

## 14. REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA

- 14.1. Poderá ser adotado o reenquadramento por faixa etária, de acordo com as condições contratuais.

## 15. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

- 15.1. A cobertura individual de cada segurado cessará:
- com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o estipulante;
  - quando o segurado solicitar por escrito à seguradora sua exclusão da apólice;
  - quando o segurado deixar de contribuir com sua parte no prêmio;
  - quando terminar o período de vigência correspondente ao prêmio de seguro efetivamente pago; ou
  - com o pagamento da indenização.

## 16. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

- 16.1. Na falta de pagamento de 1 (uma) fatura/parcela, a cobertura será suspensa, não sendo permitida a reabilitação deste período de cobertura. Os sinistros ocorridos no período de suspensão não terão cobertura.
- 16.2. A reabilitação do seguro se dará a partir do pagamento da próxima fatura/parcela.

**16.3.** Na falta de pagamento de 2 (duas) faturas/parcelas, consecutivas ou não, no período de 12 (doze) meses contados a partir do início de vigência ou renovação, o seguro será automaticamente cancelado, não havendo a possibilidade de reabilitação.

## **17. CANCELAMENTO DO SEGURO**

**17.1.** Decorrido o prazo de inadimplência estabelecido no item 16 – SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO, sem que tenha(m) sido quitada(s) a(s) respectiva(s) parcela(s) do prêmio, o seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela já paga do prêmio.

**17.2.** Havendo o desejo por parte do segurado de cancelar o seguro, este deverá encaminhar à seguradora solicitação de próprio punho devidamente assinada. O seguro será cancelado após o último dia do período de vigência correspondente à última parcela do prêmio pago.

**17.3. No caso de DIAGNÓSTICO E INDENIZAÇÃO de doença coberta, o seguro será extinto automaticamente na data do evento coberto.**

**17.4.** A apólice poderá ser cancelada:

- por solicitação escrita do estipulante/proponente ou da seguradora, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do vencimento anual do seguro;
- se o estipulante/proponente não aceitar as condições de reavaliação propostas pela seguradora para a manutenção do seguro.

## **18. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS**

### **18.1. COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES**

**18.1.1.** Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) segurados deverá(ão) comunicá-lo à seguradora por meio de impresso próprio, carta ou fax e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à seguradora.

**18.1.2.** As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do segurado, salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.

**18.1.3. A ocorrência do sinistro decorrente de Câncer será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:**

- comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos);
- laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em oncologia;
- laudo de exames citológicos e histológicos conclusivo (apropriados para cada caso);
- cópia do RG/RNE e CPF do segurado; e/ou
- cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário.

**18.1.4. A ocorrência do sinistro decorrente de Infarto será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:**

- comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos);
- laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em cardiologia demonstrando por pelo menos 2 (dois) dos seguintes sintomas ou sinais: histórico da dor precordial típica, alteração eletrocardiográfica, alterações das enzimas cardíacas, ou outros exames complementares aplicáveis ao caso;
- cópia do RG/RNE e CPF do segurado; e/ou
- cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário.

**18.1.5. A ocorrência do sinistro decorrente de Acidente Cérebro-Vascular será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:**

- comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos);
- laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em neurologia ou neurocirurgia;
- exames complementares apropriados (tomografia computadorizada, ressonância magnética e exame de fluido cerebrospinal);
- cópia do RG/RNE e CPF do segurado; e/ou
- cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário.

**18.1.6. A ocorrência do sinistro decorrente de Cirurgia Coronariana será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:**

- comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos);
  - laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em cirurgia cardíaca;
  - cópia do RG/RNE e CPF do segurado; e/ou
  - cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário.
- 18.1.7. A ocorrência do sinistro decorrente de Insuficiência Renal será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:
- comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos);
  - laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em nefrologia;
  - exames complementares apropriados;
  - cópia do RG/RNE e CPF do segurado; e/ou
  - cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário.
- 18.1.8. A ocorrência do sinistro decorrente de Transplante de Órgãos será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:
- comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos);
  - laudo de diagnóstico e exames complementares apropriados com recomendação feita pelo menos por 2 (dois) médicos habilitados na especialidade da patologia em questão;
  - cópia do RG/RNE e CPF do segurado; e/ou
  - cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário.
- 18.1.9. A partir da entrega de toda a documentação exigível, a seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para efetuar o pagamento da indenização.
- 18.1.9.1.** Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias, conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculados pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.
- 18.1.10. Será considerado como “data do evento” a data do diagnóstico médico.
- A elegibilidade à indenização se dará no 30º (trigésimo) dia após a data do diagnóstico da doença coberta, desde que o segurado esteja vivo.
- 18.1.11. As indenizações serão pagas sob a forma de pagamento único.**
- 18.1.12. Em caso de dúvida fundada e justificável será facultada à seguradora a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar documentos que julgue necessários à apuração do sinistro. **Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e reiniciada na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**
- 18.1.13. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das doenças, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica formada de 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.
- 18.1.14. Havendo divergências sobre a escolha do médico desempatador, a designação será solicitada à entidade médica representativa da especialidade.
- 18.1.15. **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.**
- 18.1.16. **SOMENTE SERÁ PAGA POR ESTE SEGURO A INDENIZAÇÃO REFERENTE À PRIMEIRA DOENÇA DIAGNOSTICADA DENTRE AS PREVISTAS NESSAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS, NO PRAZO DE VIGÊNCIA DESSE SEGURO E APÓS O PERÍODO DE CARÊNCIA.**
- 18.1.17. Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anteriormente à data do sinistro.
- 18.1.18. As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará ao(s) segurado(s) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.

## 19. PERDA DE DIREITOS

- 19.1. O segurado perderá o direito a qualquer indenização, bem como terá o seguro cancelado, nos seguintes casos:
- inexactidão ou omissão de circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficando prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido;
  - não-cumprimento das obrigações definidas nestas condições gerais;
  - utilização de declarações falsas, simulação de acidente ou agravamento das suas conseqüências para obter ou aumentar a indenização;
  - agravamento intencional do risco;
  - fraude ou tentativa de fraude em laudos médicos que justifiquem falsas moléstias ou falsas datas de início de moléstias;
  - tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da seguradora na elucidação do evento coberto;
  - solicitação de exclusão do seguro feita pelo segurado ou pelo estipulante; e
  - dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação do seguro por parte do(s) segurado(s), para obter ou majorar seu capital segurado.
- 19.2. O(s) segurado(s) está(rão) obrigado(s) a comunicar à seguradora, logo que souber(em), qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou(aram) de má-fé.
- 19.3. Entende-se como “alteração do risco” as ocorrências como mudança de atividade ou das informações prestadas na proposta de adesão e na declaração.
- 19.4. A seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar ciência ao segurado, 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.
- 19.5. O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

## 20. BENEFICIÁRIOS

- 20.1. O Beneficiário deste seguro será o próprio segurado.

## 21. SUB-ROGAÇÃO

- 21.1. No seguro de pessoas, o segurador não pode se sub-rogar nos direitos e ações do segurado contra o causador do sinistro, conforme estabelecido no Código Civil vigente.

## 22. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE

- 22.1. Sem prejuízo de outras obrigações e responsabilidades previstas nas condições contratuais, são obrigações e responsabilidades do estipulante/subestipulante:
- a) fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a inclusão mensal de segurados e conseqüente emissão de faturas, se couber;
  - b) manter a seguradora informada a respeito do segurado, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido nesta apólice;
  - c) fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
  - d) discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança;
  - e) pagar no banco credenciado o valor total dos prêmios, se couber;
  - f) repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice;
  - g) indicar o nome da seguradora nos documentos e comunicações referentes ao seguro objeto desta contratação, desde que previamente aprovados pela seguradora;
  - h) comunicar de imediato à seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa;
  - i) dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a regulação de sinistros;
  - 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 especificado; e
- l) cumprir todas as cláusulas da presente apólice.

## **23. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA**

**23.1. Sem prejuízo de outras obrigações e responsabilidades previstas nas condições contratuais, são obrigações e responsabilidades da seguradora:**

- a) pagar os sinistros a que fizer jus o segurado em até 30 (trinta) dias da data de recebimento da documentação completa na seguradora, sem prejuízo do fornecimento de quaisquer outros documentos que esta julgar necessários para complementação do processo, a partir de cuja entrega e reinicia o prazo para regulação do sinistro;
- b) informar por escrito ao segurado o não-pagamento da fatura por parte do estipulante e/ou subestipulante, se couber;
- c) emitir mensalmente as faturas conforme relação de dados enviada pelo estipulante e/ou subestipulante, se couber; e
- d) cumprir todas as cláusulas da presente apólice.

## **24. DISPOSIÇÕES FINAIS**

- 24.1.** Os tributos que incidirem ou vierem a incidir sobre os prêmios serão pagos por quem a legislação vigente determinar.
- 24.2.** Qualquer modificação da apólice em vigor, que traga ônus aos segurados, não previsto nestas condições gerais, dependerá da anuência prévia e expressa dos segurados que representem  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do grupo segurado.
- 24.3.** A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.
- 24.4.** O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.
- 24.5.** O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br) pelo número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.
- 24.6.** 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.
- 24.7.** Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da seguradora.
- 24.8.** A propaganda e a promoção do seguro por parte do estipulante e/ou corretor somente poderão ser feitas com a autorização expressa e supervisão da seguradora, respeitadas as condições contratuais da apólice e as normas do seguro, ficando a seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

## **25. FORO**

- 25.1.** Fica eleito o foro da comarca do domicílio do segurado ou do beneficiário para ações fundadas em direitos ou obrigações decorrentes deste seguro.

---

## OUVIDOR

---

Atuar, na relação contratual com a Seguradora, de forma isenta e independente, com caráter mediador, pedagógico e estratégico, na defesa dos direitos dos consumidores e atuar como canal de comunicação entre a seguradora e os consumidores de seus produtos e serviços, esclarecendo, prevenindo e solucionando conflitos.

O Ouvidor recebe as manifestações dos consumidores que não foram solucionadas em primeira instância, por outros canais de atendimento e de apoio ao consumidor.

## CANAIS DE ACESSO

**Ouvidoria:** 0800 775 1079 ou pelo site [www.mapfre.com.br](http://www.mapfre.com.br)

**Ouvidoria para deficientes auditivos ou de fala:** 0800 962 7373

**Horário de atendimento:** das 8h às 18h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.



A atuação ética é um dos princípios institucionais do GRUPO BB E MAPFRE.

Para garantir ainda mais a segurança e tranquilidade aos clientes, a MAPFRE Seguros divulga o serviço de DISQUE DENÚNCIA, um importante meio de prevenção e redução de fraudes.

Um canal aberto para você fazer denúncias sobre quaisquer práticas suspeitas de fraudes relacionadas ao seu Seguro, com sua identidade mantida em total sigilo.

Pela coragem e respeito por você, busca-se constantemente a transparência nos processos e produtos.