

SEGURO DE PESSOAS COLETIVO – DOENÇAS GRAVES

Condições Contratuais

Versão 1.0b

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

ÍNDICE

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

12. DISPOSIÇÕES GERAIS	20
CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA BÁSICA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER – DC	21
1. OBJETIVO DA COBERTURA	21
2. DEFINIÇÕES	21
3. RISCOS EXCLUÍDOS	21
4. CARÊNCIA	21
5. CAPITAL SEGURADO	21
6. DATA DO EVENTO	21
7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	21
8. BENEFICIÁRIO	21
9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	21
10. DISPOSIÇÕES GERAIS	22
SAC	23
OUVIDORIA	23

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. DEFINIÇÕES

- 2.1. **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 cefalorraquidiano.
- 2.2. **Agravação do Risco:** são circunstâncias que podem influenciar no aumento da intensidade ou da probabilidade da ocorrência do risco assumido pela seguradora, o que poderá acarretar em aumento de taxa, ou alteração das condições do seguro, ou perda de direito.
- 2.3. **Apólice:** documento emitido pela seguradora que formaliza a aceitação das coberturas contratadas.
- 2.4. **Auxílio:** a ajuda através de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- 2.5. **Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada para receber o valor do capital segurado, respeitada a cobertura contratada, na hipótese de ocorrência de evento coberto.
- 2.6. **Capital Segurado:** valor máximo para a cobertura contratada, vigente na data do evento coberto, a ser pago pela seguradora ao beneficiário.
- 2.7. **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.
- 2.8. **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.
- 2.9. **Certificado Individual:** documento emitido pela seguradora, no seguro coletivo, para a aceitação do proponente, ou para a renovação ou alteração do seguro.
- 2.10. **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.
- 2.11. **Cobertura:** risco assumido pela seguradora, conforme o contrato de seguro, respeitados os eventos não cobertos e riscos excluídos.
- 2.12. **Comoriência:** presunção de que o segurado e o(s) beneficiário(s) faleceram ao mesmo tempo, sempre quando não é possível identificar quem faleceu primeiro.
- 2.13. **Companheira(o):** 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.
- 2.14. **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, no caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.
- 2.15. **Condições Especiais:** conjunto de disposições específica relativa a cada modalidade de cobertura de um plano de seguro, que eventualmente alteram as condições gerais.
- 2.16. **Condições Gerais:** conjunto de cláusulas comuns a todas as coberturas e/ou modalidades de um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos das partes contratantes.
- 2.17. **Contrato:** instrumento jurídico firmado entre o estipulante, e/ou subestipulante (se houver), e a seguradora que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante e/ou subestipulante, da seguradora, do(s) segurado(s) e do(s) beneficiário(s).
- 2.18. **Corretor:** 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.

- 2.19. **Declaração Pessoal de Saúde e Atividade:** documento utilizado para avaliação do risco pela seguradora, no qual o proponente presta as informações e declarações, sobre a atividade profissional exercida e o seu estado de saúde, sob as penas previstas na legislação vigente.
- 2.20. **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.
- 2.21. **Doença ou Lesão Preexistente:** doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo segurado em data anterior à contratação do seguro, de seu conhecimento, e não declaradas na proposta de adesão do seguro.
- 2.22. **Endosso:** documento pelo qual se formaliza qualquer eventual alteração na apólice ou no certificado individual.
- 2.23. **Estipulante e/ou Subestipulante:** pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo e fica investida de poderes de representação do segurado nos termos da legislação e regulação em vigor.
- 2.24. **Evento Coberto:** acontecimento futuro, possível e incerto, ocorrido durante a vigência do seguro, enquadrado nas coberturas previstas na apólice contratada.
- 2.25. **Excedente Técnico:** saldo positivo obtido pela seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva em determinado período.
- 2.26. **Grupo Segurado:** totalidade do grupo segurável efetivamente aceito e incluído na apólice coletiva.
- 2.27. **Grupo Segurável:** totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante e/ou subestipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.
- 2.28. **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.**
- 2.29. **Prêmio:** valor pago à seguradora correspondente a cada uma das coberturas contratadas.
- 2.30. **Premoriência:** morte do beneficiário antes do falecimento do segurado que o indicou na proposta de adesão.
- 2.31. **Proponente:** pessoa física ou jurídica interessada em contratar o seguro.
- 2.32. **Proposta de Adesão:** documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa sua vontade de aderir à apólice coletiva e manifesta seu pleno conhecimento e concordância das condições contratuais.
- 2.33. **Proposta de Contratação:** documento assinado pelo estipulante ou subestipulante (se houver), com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, no qual o estipulante expressa a intenção de contratação do seguro coletivo, manifestando pleno conhecimento e concordância com as condições contratuais.
- 2.34. **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.
- 2.35. **Recidiva:** reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 2.36. **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).
- 2.37. **Regulação de Sinistro:** é a análise feita pela seguradora das causas e circunstâncias de um evento comunicado, com a finalidade de avaliar se o mesmo caracteriza-se como um risco coberto e verificar se o segurado cumpriu todas as suas obrigações legais e contratuais.
- 2.38. **Relatório Médico:** documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina sobre as condições físicas e de saúde do segurado.
- 2.39. **Riscos Excluídos:** são os riscos previstos nas condições contratuais que não serão cobertos pelo seguro contratado.
- 2.40. **Segurado:** proponente efetivamente aceito pela seguradora, e incluído no seguro, com interesse segurável, sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 2.41. **Seguradora:** empresa legalmente autorizada a comercializar seguros e que se responsabiliza pela(s) cobertura(s) contratada(s), mediante recebimento de prêmio, conforme estabelecido nas condições contratuais do seguro.

- 2.42. **Sequela:** qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 2.43. **Sinistro:** ocorrência do evento coberto, durante o período de vigência do seguro.
- 2.44. **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 decorrente de prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) Doenças ou lesões preexistentes à contratação do seguro, que sejam de conhecimento do segurado ou que o obriguem a fazer acompanhamento médico ou uso de medicamento de forma continuada ou tratamento em regime hospitalar em período cujos efeitos persistam até a data de contratação do seguro e não tenham sido declaradas na proposta de adesão;
 - 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.

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 da cobertura individual ou em relação ao valor do aumento do capital segurado.
- 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.

7. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DO CONTRATO COLETIVO

- 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.
- 7.2. A seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data do recebimento da proposta de contratação, alteração ou renovação, para aceitá-la ou recusá-la.
- 7.3. A seguradora poderá solicitar documentos e/ou informações complementares para análise do risco. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso e voltará a correr no dia subsequente à entrega de toda a informação e/ou documentação solicitada.
- 7.4. Caso o proponente seja pessoa física, a solicitação de documentos complementares poderá ocorrer apenas uma vez. No caso de proponente pessoa jurídica, a solicitação de documentos complementares poderá ocorrer mais de uma vez, durante o prazo previsto no item 7.2, desde que a seguradora indique os fundamentos do pedido de novos elementos, para avaliação da proposta ou taxação do risco.
- 7.5. A recusa do risco será comunicada pela seguradora ao proponente, por escrito, devidamente justificada.
- 7.6. A ausência de manifestação da seguradora, por escrito, no prazo previsto no item 7.2, respeitada as condições de suspensão, caracterizará a aceitação tácita da proposta de adesão.
- 7.7. Qualquer modificação da apólice vigente que implique em ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- 7.8. Qualquer alteração que não implicar em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos poderá ser realizada apenas com a anuência do estipulante e/ou subestipulante.
- 7.9. 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 15 (quinze) dias, a partir da aceitação da proposta.
- 7.10. **No caso de recusa de proposta com antecipação total ou parcial do prêmio, o valor do adiantamento deverá ser restituído, líquido de IOF, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, contados da formalização da recusa, deduzido da parcela “pro rata temporis”, correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, devidamente atualizado, desde a data da formalização da recusa até a data do seu efetivo pagamento, sendo garantida a cobertura do seguro da data do recebimento da proposta até a data da formalização da recusa.**
- 7.11. **O prêmio, a que se refere o item 7.10, será atualizado 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 formalização da recusa e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.**
- 7.12. No caso de extinção do índice pactuado no item 7.11, 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.
- 7.13. **Além do previsto no item 7.11, aplicar-se-ão juros moratórios, sobre o prêmio atualizado pelo IPCA/IBGE, de 0,50% (meio por cento) ao mês “pro rata temporis”, do 1º (primeiro) dia útil posterior ao fim do prazo de 10 (dez) dias corridos para devolução, até a data do efetivo pagamento.**
- 7.14. **É vedada a contratação do seguro por meio 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.

- 8.2. Na proposta deverão ser prestadas todas as informações que permitirão à seguradora avaliar o risco. A constatação de omissões, declarações inexatas, ou circunstâncias que possam influenciar na aceitação da proposta ou na fixação do prêmio do seguro, poderá implicar na perda do direito à indenização, além da obrigação ao pagamento do prêmio vencido. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé, a seguradora terá o direito, a seu critério, de rescindir o contrato ou a cobrar a diferença do prêmio, mesmo após a caracterização do evento coberto.
- 8.3. Serão aplicadas as mesmas regras dos itens 7.2, 7.3, 7.4, 7.5 e 7.6 da Cláusula 7 – CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DO CONTRATO COLETIVO, para avaliação da proposta.
- 8.4. Poderá ser aceito como segurado todo o proponente que esteja, na data da contratação do seguro, em plena atividade profissional e em boas condições de saúde.
- 8.5. **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.**
- 8.6. A aceitação do seguro individual se formalizará com a emissão do certificado individual de seguro pela seguradora no início do contrato e em cada renovação, em até 15 (quinze) dias, a partir da aceitação da proposta.

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. **A periodicidade de pagamento do prêmio será indicada pelo estipulante e/ou subestipulante na proposta de contratação e formalizada no contrato de seguro e poderá ser em parcela mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual, podendo esse último ser à vista ou fracionado, de acordo com o estabelecido nas condições contratuais.**

- 12.1.1. Em caso de pagamento fracionado do prêmio, o segurado poderá antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a conseqüente redução proporcional dos juros pactuados, quando couber. Neste seguro não haverá aplicação de juros sobre o prêmio fracionado.
- 12.1.2. Para os prêmios fracionados, a data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice.
- 12.1.3. A data limite para o pagamento do prêmio será a expressa no respectivo documento de cobrança.
- 12.2. Caso a data estabelecida para o pagamento do prêmio de seguro corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, este poderá ser efetuar no 1º (primeiro) dia útil seguinte em que houver expediente bancário sem que haja suspensão de suas coberturas, e sem acréscimo de valor.
- 12.3. O valor do prêmio inicial será determinado na contratação do seguro em função da idade do segurado, da cobertura e do respectivo capital segurado, e da periodicidade de pagamento do prêmio, definidos na proposta de adesão.
- 12.4. Para garantir o seu direito à cobertura, o segurado ou estipulante e/ou subestipulante (se houver) deverão efetuar o pagamento do prêmio do seguro, até a data-limite de seu vencimento, constante no respectivo documento de cobrança, de acordo com a forma de pagamento escolhida na proposta de contratação.
- 12.5. Se não houver o pagamento do prêmio à vista ou da 1ª (primeira) parcela do seguro até a data de seu vencimento, a contratação não será efetivada.
- 12.6. A forma de pagamento do seguro corresponderá ao disponibilizado pela seguradora, respeitada legislação vigente, conforme opções determinadas no contrato de seguro e descritas na proposta de adesão.
- 12.7. O estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos segurados, 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.
- 12.8. Fica facultado à seguradora, mediante comunicação prévia ao responsável pelo pagamento do seguro, alterar a periodicidade de pagamento indicada na proposta de adesão, caso o prêmio não atinja o valor mínimo estabelecido para o plano de seguro.
- 12.9. Qualquer indenização somente passará a ser devida depois que o pagamento do prêmio tiver sido realizado pelo segurado, estipulante e/ou subestipulante até a data de vencimento estabelecida.
- 12.10. Em caso de atraso no pagamento do prêmio será observado o disposto nas Cláusulas 17 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA e 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.
- 12.11. Ocorrendo sinistro, no período de tolerância para pagamento do prêmio, conforme descrito na Cláusula 17 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, o direito ao capital segurado não ficará prejudicado se for realizado dentro do prazo.
- 12.12. OS PRÊMIOS EM ATRASO SERÃO COBRADOS DE UMA SÓ VEZ E ACRESCIDOS DA VARIAÇÃO DO IPCA/IBGE – ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO DA FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DO VENCIMENTO DO PRÊMIO EM ATRASO E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SEU EFETIVO PAGAMENTO, CALCULADA NA BASE “PRO RATA TEMPORIS”.
- 12.13. NO CASO DE EXTINÇÃO DO ÍNDICE PACTUADO NO ITEM 12.12, 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.
- 12.14. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 12.12, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O PRÊMIO ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE, DE 0,50% (MEIO POR CENTO) AO MÊS “PRO RATA TEMPORIS”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO VENCIMENTO DO PRÊMIO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.
- 12.15. Os prêmios poderão ser alterados em função da reavaliação de taxas do seguro, conforme previsto na Cláusula 14 – REAVALIAÇÃO DE TAXAS, destas condições gerais.
- 12.16. NÃO HAVERÁ DEVOLUÇÃO OU RESGATE DE PRÊMIOS NO SEGURO, RESPEITADA A VIGÊNCIA DOS PRÊMIOS PAGOS, EM CASO DE NÃO RENOVAÇÃO OU CANCELAMENTO DA APÓLICE, CONFORME O DISPOSTO NAS CLÁUSULAS 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.

12.17. 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, 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 recebidas, **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 recebidas, **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

16.1. O 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:

a) **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;

b) **No caso de Recebimento Indevido de Prêmio:** a partir da data de recebimento do respectivo prêmio;

c) **No caso de Recusa da Proposta:** em 10 (dez) dias após a data da formalização da recusa.

16.5. **VENCIDO O PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS PARA A REGULAÇÃO DO SINISTRO, APÓS ENTREGA DE TODA A DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÕES SOLICITADAS, AS INDENIZAÇÕES SERÃO ATUALIZADAS 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 0,50% (MEIO 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.** 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.
- 16.8.** 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.** EM CASO DE NÃO PAGAMENTO DA 1ª (PRIMEIRA) PARCELA DO PRÊMIO MENSAL OU DO PRÊMIO ANUAL FRACIONADO NÃO SERÁ EFETIVADA A CONTRAÇÃO DO SEGURO.
- 17.2.** PARA OS CASOS DE OPÇÃO POR PAGAMENTO DE PRÊMIO MENSAL:
- 17.2.1.** NA FALTA DE PAGAMENTO DE PARCELA POSTERIOR À 1ª (PRIMEIRA) INICIARÁ A CONTAGEM DE PRAZO DE TOLERÂNCIA DE 60 (SESENTA) DIAS PARA REGULARIZAÇÃO DO PAGAMENTO, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE VENCIMENTO DO 1º (PRIMEIRO) PRÊMIO INADIMPLENTE.
- 17.2.2.** NÃO SENDO REGULARIZADO O PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO DURANTE O PRAZO DE TOLERÂNCIA CONCEDIDO, A SEGURADORA ENCAMINHARÁ AO SEGURADO UMA NOTIFICAÇÃO, PARA ADVERTI-LO QUANTO À NECESSIDADE DE PAGAMENTO DO PRÊMIO VENCIDO, COM OS SEUS ENCARGOS DEVIDOS, NO PRAZO DE ATÉ 10 (DEZ) DIAS, CONTADOS DA DATA DO SEU RECEBIMENTO, SOB PENA DE CANCELAMENTO DO SEGURO.
- 17.2.3.** DECORRIDO O PRAZO CONCEDIDO PARA A REGULARIZAÇÃO DA INADIMPLÊNCIA MENCIONADO NO SUBITEM 17.2.1, SEM QUE O PAGAMENTO DO PRÊMIO PENDENTE TENHA SIDO EFETUADO, O SEGURO FICARÁ DE PLENO DIREITO 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 ENTRE OS CONTRATOS.
- 17.2.4.** DURANTE O PRAZO DE TOLERÂNCIA, DESCRITO NO SUBITEM 17.2.1, ESTARÃO COBERTOS OS SINISTROS OCORRIDOS DURANTE A INADIMPLÊNCIA, MAS O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO FICARÁ CONDICIONADO AO RECEBIMENTO DO(S) PRÊMIO(S) DEVIDO(S), COM OS ENCARGOS PREVISTOS NOS ITENS 16.5, 16.6 E 16.7 DA CLÁUSULA 16 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.
- 17.3.** PARA OS CASOS DE OPÇÃO POR PAGAMENTO DE PRÊMIO ANUAL FRACIONADO:
- 17.3.1.** NÃO SERÁ PERMITIDA COBRANÇA DE NENHUM VALOR ADICIONAL, A TÍTULO DE CUSTO ADMINISTRATIVO DE FRACIONAMENTO.
- 17.3.2.** NA FALTA DE PAGAMENTO DE PARCELA POSTERIOR À PRIMEIRA, O PRAZO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL SERÁ AJUSTADO EM FUNÇÃO DO PRÊMIO EFETIVAMENTE PAGO, TOMANDO-SE POR BASE O CÁLCULO “PRO RATA TEMPORIS”.
- 17.3.3.** A SEGURADORA DEVERÁ INFORMAR AO SEGURADO OU A SEU REPRESENTANTE, POR MEIO DE COMUNICAÇÃO ESCRITA, O NOVO PRAZO DE VIGÊNCIA AJUSTADO, NOS TERMOS DO SUBITEM 17.3.2. NESTA COMUNICAÇÃO, QUE FUNCIONARÁ COMO NOTIFICAÇÃO, O SEGURADO SERÁ ADVERTIDO QUANTO À NECESSIDADE DE PAGAMENTO DO PRÊMIO VENCIDO, COM SEUS ENCARGOS DEVIDOS, NO PRAZO DE ATÉ 10 (DEZ) DIAS, CONTADOS DA DATA DE SEU RECEBIMENTO, ALERTADO QUE, FINDO O NOVO PRAZO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA, SEM QUE TENHA SIDO RETOMADO O PAGAMENTO DO PRÊMIO, DAR-SE-Á DE PLENO DIREITO O CANCELAMENTO DO CONTRATO DE SEGURO.
- 17.3.4.** RESTABELECIDO O PAGAMENTO DO PRÊMIO ANTES DO CANCELAMENTO DO SEGURO, FICARÁ RESTAURADO O PRAZO ORIGINAL DE VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL.
- 17.3.5.** SENDO O SEGURO CANCELADO, ELE NÃO PODERÁ MAIS SER RESTABELECIDO. HAVENDO INTERESSE DEVERÁ SER CONTRATADO UM NOVO SEGURO COM FIEL OBSERVÂNCIA DE TODOS OS PRÉ-REQUISITOS PARA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DO PROPONENTE NO SEGURO, CONFORME DISPOSTO NA CLÁUSULA 8 – CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ADESÃO INDIVIDUAL AO SEGURO. EM CASO DE NOVA CONTRATAÇÃO, EM HIPÓTESE ALGUMA SERÁ ADMITIDO QUALQUER VÍNCULO COM O SEGURO CANCELADO POR FALTA DE PAGAMENTO.

17.4. NÃO CABERÁ RESTITUIÇÃO DE QUALQUER PARCELA DE PRÊMIO MENSAL QUE JÁ TENHA SIDO PAGA OU EM CASO DE PRÊMIO ANUAL À VISTA OU FRACIONADO, OU AINDA, PRÊMIO BIMESTRAL, TRIMESTRAL OU SEMESTRAL, CUJA VIGÊNCIA DO ÚLTIMO PRÊMIO PAGO JÁ TENHA TERMINADO.

18. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

18.1. A cobertura individual de cada segurado termina:

- a) No final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitada as respectivas vigências em curso dos seguros individuais, cujo(s) prêmio(s) tenha(m) sido pagos integralmente;
- b) Em caso de cancelamento da apólice, respeitando o disposto nas Cláusulas 17 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA e 20 – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE, destas condições gerais;
- c) Com a exclusão do segurado da apólice, por falta de pagamento do prêmio, conforme Cláusula 17 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA;
- d) Com o término do vínculo entre o segurado e o estipulante e/ou subestipulante;
- e) Com o pagamento da indenização.

19. PERDA DE DIREITOS

19.1. A SEGURADORA NÃO PAGARÁ QUALQUER INDENIZAÇÃO REFERENTE AO PRESENTE SEGURO, NEM RESTITUIRÁ O PRÊMIO DO SEGURO, E TERÁ AINDA O DIREITO AO RECEBIMENTO DO PRÊMIO VENCIDO, SE O SEGURADO AGRAVAR INTENCIONALMENTE O RISCO, OU CASO O ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE, O SEGURADO, SEU(S) PREPOSTO(S), SEU(S) BENEFICIÁRIO(S), SEU CORRETOR OU SEU(S) REPRESENTANTE(S) LEGAL(IS) TENHAM QUALQUER RELAÇÃO COM AS SEGUINTE SITUAÇÕES:

- A) DECLARAÇÕES INEXATAS OU OMISSÃO DE CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUENCIAR NA ACEITAÇÃO DA PROPÓSTA DE ADESAO OU NO VALOR DO PRÊMIO. NESTE CASO, O SEGURADO TAMBÉM FICARÁ OBRIGADO AO PAGAMENTO DO PRÊMIO VENCIDO;
- B) NÃO CUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES DEFINIDAS NAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO;
- C) PROMOVER DECLARAÇÕES FALSAS, SIMULAÇÃO DE ACIDENTE OU AGRAVAMENTO DAS SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA OBTER OU AUMENTAR A INDENIZAÇÃO;
- D) NO CASO DE FRAUDE OU TENTATIVA DE FRAUDE EM LAUDOS MÉDICOS QUE VENHAM JUSTIFICAR FALSAS MOLÉSTIAS OU FALSAS DATAS DE INÍCIO DE MOLÉSTIAS;
- E) NA TENTATIVA DE IMPEDIR OU DIFICULTAR QUALQUER EXAME OU DILIGÊNCIA DA SEGURADORA NA ELUCIDAÇÃO DO EVENTO COBERTO;
- F) ATUAREM COM DOLO, FRAUDE, SIMULAÇÃO OU CULPA GRAVE NA CONTRATAÇÃO DO SEGURO, POR PARTE DOS SEGURADOS, SEU(S) REPRESENTANTE(S) OU SEU(S) BENEFICIÁRIO(S) PARA OBTER OU MAJORAR SEU CAPITAL SEGURADO.

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

I. NA HIPÓTESE DE NÃO OCORRÊNCIA DO SINISTRO:

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

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

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

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

- 19.3. 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.
- 19.3.1. ENTENDE-SE COMO “ALTERAÇÃO DO RISCO” AS OCORRÊNCIAS COMO MUDANÇA DE ATIVIDADE OU DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NA PROPOSTA DE ADESÃO E NA DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADES.
- 19.4. COMUNICADA A RESPEITO DE QUALQUER INCIDENTE, A SEGURADORA PODERÁ CANCELAR O SEGURO, MEDIANTE COMUNICAÇÃO POR ESCRITO AO SEGURADO, DESDE QUE O FAÇA NO PRAZO MÁXIMO DE 15 (QUINZE) DIAS APÓS O RECEBIMENTO DO AVISO DA AGRAVAÇÃO DO RISCO.
- 19.5. O CANCELAMENTO DO SEGURO SOMENTE SERÁ EFICAZ 30 (TRINTA) DIAS APÓS A NOTIFICAÇÃO, DEVENDO SER RESTITUÍDA A DIFERENÇA DO PRÊMIO, CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO PERÍODO A DECORRER.

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, 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.
- 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 anuência 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, 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.

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. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 22.1. Ocorrendo qualquer um dos eventos cobertos pelo seguro, o estipulante, o segurado, o(s) beneficiário(s) ou seu representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicar imediatamente o sinistro à seguradora, por meio da Central de Atendimento ou outros meios disponibilizados pela seguradora.
- 22.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do segurado, do(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.
- 22.3. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte dos beneficiários, a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.
- 22.3.1. A documentação especificada nas respectivas condições especiais das coberturas não é restritiva. A seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros

documentos/informações que se façam necessários durante a regulação do sinistro, para conclusão da análise e sua completa elucidação.

- 22.3.2.** Caso a seguradora solicite apresentação de outros documentos/informações necessários à conclusão da análise e regulação do sinistro, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 22.3 será suspenso, voltando a contar a partir do 1º (primeiro) dia útil seguinte à data da entrega dos documentos/informações solicitados.
- 22.4. 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.**
- 22.5. 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.**
- 22.6.** 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.
- 22.7. A SEGURADORA SE RESERVA AO DIREITO DE SUBMETER O SEGURADO A EXAMES REALIZADOS POR MÉDICO DE SUA INDICAÇÃO, PARA CONFIRMAR O DIAGNÓSTICO.**
- 22.8.** 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.
- 22.9.** A junta médica de que trata o item 22.8, 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.
- 22.10. 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.**
- 22.11. 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.**
- 22.12.** 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.
- 22.13. 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.**
- 22.14. O segurado autoriza a realização de pesquisas em hospitais, clínicas e consultórios, de prontuários, exames e outras informações pertinentes ao seguro contratado.**
- 22.14.1. 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.
- 22.15.** A indenização da cobertura contratada será paga sob a forma de parcela única, em moeda corrente e em território nacional.
- 22.16.** Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da seguradora.
- 22.17. 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.**
- 22.18. 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.**
- 22.19. NOS CASOS DE EVENTOS OCORRIDOS FORA DO BRASIL, EVENTUAIS ENCARGOS DE TRADUÇÃO NECESSÁRIOS À REGULAÇÃO DE SINISTROS, FICARÃO TOTALMENTE A CARGO DA SEGURADORA.**

23. MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS

- 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.
- 23.2. 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, $\frac{3}{4}$ (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) 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 COSSEGURO, 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 REPRESENTA, 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 FIDÉDIGNIDADE 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.

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. Fica a seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas respectivas divulgações **por ela expressamente autorizada, por escrito.**

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 plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

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

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 de acordo com o número do processo constante na apólice/proposta 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 – DEFINIÇÕES das condições gerais será aplicável a esta cobertura a seguinte definição:
 - a) **Período de Sobrevivência:** 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 médico-científica, além dos documentos indicados na Cláusula 11 – 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 subaracnóideia, 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 líquido. 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 Linfóide 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 ecocardiograma ou eletrocardiograma;
 - b) Toda a Angina do Peito, incluindo Angina estável e instável;
 - c) Infarto do Miocárdio sem elevação do segmento ST no Ecocardiograma 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 início 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. 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 anatomopatológico, estágio de neoplasia, tratamento realizado e a realizar de modo detalhado e prognóstico;
 - b) Cópia do exame anatomopatológico que comprove o diagnóstico de câncer;

- c) Laudo de exames citológicos e histológicos conclusivos (apropriados para cada caso); e
 - d) Laudo do perito médico, **quando solicitado pela seguradora.**
- 11.3. 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 – 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 – DEFINIÇÕES 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 Linfóide 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. 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 – 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.

SAC

0800 771 8978**Deficiente Auditivo ou de Fala: 0800 775 5045**

Atendimento 24 horas.

OUIDORIA

0800 771 8978**Deficiente Auditivo ou de Fala: 0800 962 7373**Atendimento de 2^a a 6^a feira, das 8h às 18h, exceto feriados. A Ouvidoria poderá ser acionada para atuar na defesa dos direitos dos consumidores, esclarecer e/ou solucionar demandas já tratadas pelos canais de atendimento habituais.

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.