



SANCOR SEGUROS VIDA INDIVIDUAL REENQUADRAMENTO ANUAL

Versão 04.2022

Processo Susep 15414.900055/2013-50

CNPJ 17.643.407/0001-30

As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizadas pela sociedade/entidade junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta.

SEGURO DE PESSOAS INDIVIDUAL – REENQUADRAMENTO ANUAL

CONDIÇÕES GERAIS

1. GLOSSÁRIO

Para fins deste contrato de seguro, definir-se-á por:

1.1. Acidente Pessoal: É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a) incluem-se nesse conceito:

a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;

a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

a.3) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

a.4) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e

a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) excluem-se desse conceito:

b.1) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

b.2) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

b.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

b.4) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no subitem 1.1

1.2. **Aditivo:** Equivalente ao endosso, é o termo utilizado para definir o instrumento do contrato de seguro utilizado para proceder a alterações na apólice.

1.3. **Apólice:** Documento emitido pela sociedade seguradora que formaliza a aceitação das coberturas solicitadas pelo proponente, nos planos individuais (apólice individual), ou pelo estipulante, nos planos coletivos (apólice coletiva).

1.4. **Atividade Profissional:** É a ocupação profissional declarada pelo Segurado, reconhecida legalmente, da qual ele aufera seu rendimento e provém seu sustento.

1.5. **Ato Ilícito:** Ação ou omissão voluntária, por negligência, por imprudência ou por imperícia que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

1.6. **Atualização monetária:** É o mesmo que correção monetária, sendo neste plano aplicada: ao valor da indenização, que será atualizada da data do evento até a data do efetivo pagamento; e aos capitais segurados e prêmios, que serão atualizados anualmente; em conformidade com estas Condições Gerais.

1.7. **Aviso de Sinistro:** É a comunicação à Seguradora da ocorrência de evento coberto por este seguro, conforme previsto na Apólice.

1.8. **Beneficiário:** É a pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.

1.9. **Boa Fé:** Princípio básico de qualquer contrato, principalmente no contrato de seguro, pois é indispensável que haja confiança mútua entre as partes envolvidas. Este princípio obriga as partes a agirem com a máxima honestidade e em fiel cumprimento às leis e ao contrato de seguro. Neste conceito inclui-se a obrigação do Segurado de prestar informações verdadeiras na proposta de contratação e durante a vigência de todo o contrato de seguro, declarando, também no decorrer da apólice, qualquer alteração no risco.

- 1.10. **Caducidade do seguro:** É a anulação de sua cobertura em consequência de faltas ou infrações cometidas pelo Segurado, em descumprimento às condições da apólice ou às leis vigentes.
- 1.11. **Capital Segurado:** É a importância máxima estabelecida para cada garantia deste Seguro, a ser paga em caso de ocorrência de evento coberto.
- 1.12. **Carregamento:** Importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.
- 1.13. **Certificado Individual:** Documento emitido para cada segurado no caso de contratação por meio de apólice coletiva, quando da aceitação do proponente ou da renovação do seguro.
- 1.14. **Coberturas de Risco:** Coberturas do plano de seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do Segurado a uma data pré-determinada.
- 1.15. **Companheiro(a):** Pessoa que se une a outra e que se apresente à Seguradora como se fosse legitimamente casado(a), formando uma entidade familiar.
- 1.16. **Condições Contratuais:** Conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro.
- 1.17. **Condições Especiais:** São condições que especificam as diferentes modalidades de cobertura e garantias adicionais que podem existir dentro de um mesmo plano de seguro.
- 1.18. **Condições Gerais:** Conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem direitos e obrigações tanto da Seguradora quanto do Segurado e dos Beneficiários deste seguro.
- 1.19. **Corretor:** É a pessoa física ou jurídica autorizada a angariar e promover contratos de seguros.
- 1.20. **Declaração Pessoal de Saúde e Atividade:** Declaração legal e formal, na qual o proponente presta as informações e declarações sobre o seu estado de saúde e de atividade profissional exercida, sob sua responsabilidade e sob as penas previstas no art. 766 do Código Civil Brasileiro, para avaliação do risco pela Seguradora.
- 1.21. **Doenças e Lesões Preexistentes e suas Consequências:** São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado, anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento na data da contratação de seguro e não declaradas na proposta de contratação do seguro. Caracteriza-se, ainda, quando o Segurado omite tratamento realizado na contratação do plano de seguro.
- 1.22. **Dolo:** É toda espécie de artifício, engano ou manejo astucioso promovido por uma

pessoa, com a intenção de induzir outrem à prática de um ato jurídico, em prejuízo deste e proveito próprio ou de outrem, ou seja, é um ato de má-fé, fraudulento, visando a prejuízo preconcebido, quer físico ou financeiro.

1.23. **Documentos Contratuais:** A apólice, a apólice de averbação, o Certificado Individual, o endosso e o bilhete de seguro.

1.24. **Endosso:** Documento, emitido pela sociedade seguradora, por meio do qual são formalizadas alterações do seguro contratado, de comum acordo entre as partes envolvidas.

1.25. **Evento Coberto:** É o acontecimento futuro e incerto, de natureza súbita, involuntária e imprevisível, descrito nas garantias e ocorrido durante a vigência do seguro.

1.26. **Fator de cálculo:** Resultado numérico, calculado mediante a utilização de taxa de juros e tábua biométrica, quando for o caso, utilizado para obtenção do valor do capital segurado pagável em forma de renda.

1.27. **Franquia:** É um valor inicial do capital segurado ou um período em dias, pelo qual o Segurado fica responsável como Segurador de si próprio.

1.28. **Formulário de Aviso de Sinistro:** O documento pelo qual é formalizada a comunicação da ocorrência de um sinistro à Seguradora, devidamente assinada pelo solicitante.

1.29. **Foro:** Âmbito geográfico ou local de disputas judiciais, relativas à responsabilidade do Segurado e do Segurador.

1.30. **Garantia:** É a designação genérica dos riscos cobertos pelo seguro e assumidos pela Seguradora, nos termos destas Condições Gerais, sendo também este termo empregado como sinônimo de cobertura.

1.31. **Indenização:** É o montante do capital segurado que a Seguradora efetivamente paga ao Segurado ou a seus Beneficiários em decorrência de um evento coberto por este seguro.

1.32. **Indexador:** É o índice adotado para atualização monetária dos valores relativos a este plano de seguro, na forma estabelecida nestas Condições Gerais.

1.33. **Início de Vigência:** É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.

1.34. **Juros de mora:** Multa contratual em face do pagamento do prêmio ou da indenização em atraso, estabelecida nos termos destas Condições Gerais.

1.35. **Médico assistente:** É o profissional legalmente licenciado para a prática da Medicina. Não serão aceitos como médico assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da Medicina.

- 1.36. **Nota Técnica Atuarial:** Documento que contém a descrição e o equacionamento do plano de seguro previamente à sua comercialização.
- 1.37. **Nulidade:** Defeito ou vício próprio do ato nulo, e, por isso, não tem qualquer validade jurídica. É, portanto, o ato que não pode produzir qualquer espécie de efeito jurídico.
- 1.38. **Parâmetros Técnicos:** A taxa de juros, o índice de atualização de valores e as taxas estatísticas e puras utilizadas e/ou tábuas biométricas, quando for o caso.
- 1.39. **Partes contratantes:** São os Segurados e a Seguradora.
- 1.40. **Período de Cobertura:** aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.
- 1.41. **Plano de seguro:** É o conjunto de direitos e obrigações descritos nas Condições Gerais do seguro, em consonância como o disposto na respectiva Nota Técnica Atuarial. Os documentos que compõem um plano de seguro são: a Nota Técnica Atuarial e as Condições Contratuais.
- 1.42. **Prazo de Carência:** É o período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou os Beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.
- 1.43. **Prêmio:** É cada um dos pagamentos efetuados pelo Segurado à Seguradora, para o custeio do seguro. O pagamento em dia do prêmio integral ou das parcelas vencidas antes da ocorrência do sinistro é imprescindível para que o Segurado e/ou o Beneficiário possam fazer jus às garantias deste seguro.
- 1.44. **Prêmio Comercial:** Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.
- 1.45. **Prêmio Puro:** Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento, os impostos e o custo de emissão da apólice, se houver.
- 1.46. **Processo SUSEP:** é o registro deste plano de seguro na SUSEP, porém não implica por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
- 1.47. **Proponente:** É a pessoa física que propõe a sua adesão ao seguro e que passará a condição de Segurado somente após a sua aceitação pela Seguradora.
- 1.48. **Proposta:** Documento que formaliza o interesse do proponente em contratar, alterar ou renovar o seguro, abrangendo, no caso de contratação ou renovação de apólices coletivas, tanto a proposta de contratação formalizada pelo estipulante, como as propostas de adesão dos segurados individuais.

- 1.49. **Proposta de Contratação:** Documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 1.50. **Provisão matemática de benefícios concedidos:** Valor atual dos compromissos da Seguradora para com o Segurado ou Beneficiários durante o período de pagamento das indenizações em forma de renda.
- 1.51. **Reabilitação do Seguro:** É o restabelecimento das coberturas contratadas em função da aceitação da Seguradora, com o pagamento do(s) prêmio(s) em atraso, desde que previsto nas condições do plano de seguro.
- 1.52. **Regime Financeiro de Repartição Simples:** A estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os Segurados do plano de seguro, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse período.
- 1.53. **Reintegração do capital segurado:** Recomposição do capital segurado após a ocorrência de um sinistro.
- 1.54. **Regulação de Sinistro:** É o exame, das causas e circunstâncias do sinistro, a fim de se caracterizar o risco ocorrido e, em face dessas verificações, concluir-se sobre a cobertura, bem como se o Segurado cumpriu todas as suas obrigações legais e contratuais.
- 1.55. **Renda:** Série de pagamentos periódicos a que tem direito o(s) Beneficiário (s), de acordo com a estrutura do plano de seguro.
- 1.56. **Riscos Excluídos:** São aqueles riscos, previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano de seguro.
- 1.57. **Seguradora:** É a Seguradora autorizada a operar no ramo de seguro de pessoas e/ou acidentes pessoais, a qual se responsabilizará pelas garantias deste plano de seguro.
- 1.58. **Segurado:** É a pessoa física, regularmente incluída e aceita no seguro.
- 1.59. **Seguro de pessoas:** Os seguros que proveem cobertura a danos pessoais sofridos pelos Segurados, na forma regulada pela SUSEP.
- 1.60. **Sinistro:** Termo que define o acontecimento do evento previsto e coberto no contrato de seguro.
- 1.61. **Vigência:** Intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o contrato de seguro, podendo ser fixada em anos, meses, dias, horas, minutos, jornada, viagem ou trecho, ou outros critérios, conforme estabelecido no plano de seguro.

2. OBJETIVO DO SEGURO

21. O presente plano de seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma importância ao Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s), até o limite dos respectivos capitais segurados, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos previstos nas garantias contratadas, indicadas na Proposta de Contratação, observadas estas Condições Gerais e as Condições Especiais, expressamente convencionadas.
22. O registro deste plano de seguro na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

3. GARANTIAS DO SEGURO (RISCOS COBERTOS)

31. A(s) cobertura(s) oferecida(s) por este plano de seguro e contratada(s) pelo Segurado encontra(m)-se disciplinada(s) na(s) Condições Especiais, que faz(em) parte integrante e complementar destas Condições Gerais.

32. Para caracterização deste plano em Seguro de Vida, deverá ser contratada obrigatoriamente a cobertura de Morte.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

41. Estão excluídos da cobertura deste seguro os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de:

- a) 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;
- b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de terrorismo, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, golpe militar ou usurpação de poder, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto quando se tratar da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto nos casos de utilização de meio de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esportes ou de atos de humanidade em auxílio a outrem;
- d) lesões ou doenças preexistentes à contratação do plano de seguro, que sejam de conhecimento do Segurado na data de contratação do plano de seguro que não tenham

sido declaradas pelo Segurado na proposta de contratação;

- e) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- f) lesão intencionalmente autoinflicted, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado, ocorrida nos primeiros 02 (dois) anos vigência inicial do contrato ou da sua recondução depois de suspenso;
- g) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;
- g.1. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, a exclusão da alínea "g" acima aplica-se aos sócios controladores, aos seus dirigentes e administradores legais, aos Beneficiários e aos seus respectivos representantes legais;
- h) doenças de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta (doenças preexistentes);
- i) acidentes ocorridos antes da inclusão do Segurado no presente seguro, bem como suas consequências;
- j) epidemias ou pandemias declaradas por órgão competente, envenenamento em caráter coletivo.

4.2. Tendo em vista que este contrato garante o pagamento de um capital predeterminado em virtude da ocorrência de sinistros cobertos, de acordo com as coberturas contratadas, nenhuma indenização será devida diferente das previstas, ainda que decorrentes de eventos cobertos. Não estão garantidas indenizações para danos morais, danos estéticos, lucros cessantes, interrupção de renda, pagamento de pensão, perdas e danos, entre outras.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1. O âmbito geográfico das coberturas será todo globo terrestre, salvo disposição em contrário discriminada nas condições especiais.

5.2. Quando for o caso, eventuais encargos de tradução, referentes ao reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da Seguradora o qual deve ser realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecida, atualizado monetariamente nos termos da legislação.

6. CARÊNCIA E FRANQUIA

6.1. Carência

- **Será aplicada carência para a garantia de Doenças Graves**

Para a garantia de Doenças Graves será adotado um período de Carência de 2 (dois) meses, contados a partir do início de vigência da apólice.

- **Será aplicada carência para a garantia de “Seguro Mulher (Câncer de Mama, Ovário ou Útero)”**

Para a garantia de “Seguro Mulher (Câncer de Mama, Ovário ou Útero)” haverá carência de 60 dias.

Para as garantias de Acidente Vascular Cerebral Agudo, Alzheimer, Angioplastia Coronária, Câncer (Exceto de pele e os não Invasivos), Cirurgia Coronariana Tipo “Bypass”, Cirurgia da Aorta, Cirurgia de válvula do coração, Danos Cerebrais Anatomônicos, Distrofia Muscular, Embolia Pulmonar, Enfisema Pulmonar, Esclerose Múltipla, Grande Queimado, Hérnia, Infarto agudo do Miocárdio, Insuficiência Renal Terminal, LER e DORT, Paralisia Total e Irreversível, Parkinson, Perda de Membros, Perda Total da Audição, Perda Total da Fala, Perda Total da Visão (Cegueira), Transplantes de Órgãos e Tumor Cerebral Benigno.

Quando aplicadas as carências estarão estabelecidas e expressas na proposta de contratação.

6.1.1. O período de carência, quando existir:

- deverá haver prévia e expressa anuência do Segurado;
- será de no máximo 02 (dois) anos;
- não excederá metade do prazo previsto na apólice do Segurado, exceto para o caso de suicídio ou sua tentativa;
- estará fixado na proposta de contratação, nas Condições Gerais e na Nota Técnica Atuarial;
- iniciará concomitantemente com o início de vigência da cobertura ou da sua recondução depois de suspenso;
- não será reiniciado em caso de renovação da apólice ou em caso da migração de Segurados comprovadamente já incluídos anteriormente no plano de seguro pelo contrato anterior, em relação às coberturas e respectivos valores já contratados.

6.1.2. No caso de acidente pessoal não há aplicação de qualquer tipo de carência, exceto para o caso de suicídio ou sua tentativa, quando o período de carência corresponderá a dois (dois) anos ininterruptos, contados da data de contratação ao plano de seguro, ou da sua recondução depois de suspenso.

6.2. Franquia

- **Será aplicada franquia para a garantia de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente e Diárias de Incapacidade Temporária por Doença.**

Para as garantia de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente e Diárias de Incapacidade Temporária por Doença, a Seguradora pagará ao Segurado as diárias a que tiver direito, contadas do 16º(décimo sexto) dia do afastamento por doença ou do dia do acidente, até o dia da sua volta à atividade laborativa, respeitando os limites estabelecidos nos itens 4.1 e 5.1 das respectivas condições especiais.

- **Para as coberturas de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas e Despesas Odontológicas serão aplicadas franquias dedutíveis conforme o tipo de cobertura contratada:**

- (Sem Franquia) - Não haverá franquia para esta cobertura.
- (Franquia de R\$ 200,00) - Haverá franquia dedutível de R\$ 200,00 para esta cobertura.
- (Franquia de R\$ 500,00) - Haverá franquia dedutível de R\$ 500,00 para esta cobertura.

- **Será aplicada franquia para a garantia de Perda Involuntária de Emprego de 30 dias.**

- **Para as garantias de Acidente Vascular Cerebral Agudo, Alzheimer, Angioplastia Coronária, Câncer (Exceto de pele e os não Invasivos), Cirurgia Coronariana Tipo “Bypass”, Cirurgia da Aorta, Cirurgia de válvula do coração, Danos Cerebrais Anatomônicos, Distrofia Muscular, Embolia Pulmonar, Enfisema Pulmonar, Esclerose Múltipla, Grande Queimado, Hérnia, Infarto agudo do Miocárdio, Insuficiência Renal Terminal, LER e DORT, Paralisia Total e Irreversível, Parkinson, Perda de Membros, Perda Total da Audição, Perda Total da Fala, Perda Total da Visão (Cegueira), Transplantes de Órgãos e Tumor Cerebral Benigno.**

Quando aplicadas as franquias estarão estabelecidas e expressas na proposta de contratação.

7. CONDIÇÃO PARA ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

7.1. Somente poderão ser aceitas no seguro as pessoas que na data do preenchimento da proposta:

- a) Estejam em plena atividade profissional/laborativa e em boas condições de saúde; e,
- b) Tenham idade e capitais segurados, dentro dos limites de aceitação estabelecidos pela Seguradora.

7.2. A inclusão do proponente no seguro far-se-á mediante o preenchimento e assinatura da proposta, contendo no mínimo além dos dados pessoais, o número do CPF, na falta deste o RG ou outro documento oficial com validade no território nacional, o plano escolhido com as respectivas coberturas, prêmios devidos, período de cobertura, **declaração de conhecimento**

Sancor Seguros do Brasil S.A. - CNPJ 17.643.407/0001-30 - Av. Duque de Caxias, 882 - Ed. New Tower Plaza - Torre 2 - Zona 1 - Maringá - PR CEP: 87013-180 |

SAC: 0800 200 0392 - www.sancorseguros.com.br

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

prévio da íntegra das Condições Gerais e Especiais do seguro. Declaração de Saúde, indicação de seu(s) beneficiário(s), declaração de existência de outros seguros de pessoas com coberturas similares.

7.3. A Proposta de Adesão, assinada, obrigatoriamente, pelo Segurado Proponente, seu representante legal e/ou Corretor de Seguros, deverá ser entregue à Seguradora, mediante protocolo de recebimento, com indicação de data, hora e local. A referida proposta deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco, além dos dados pessoais. Também deverá haver expressa declaração de saúde do Segurado, indicação de seus beneficiários e informação sobre a existência de outros seguros de pessoas com coberturas similares.

7.3.1. Além de outras informações pessoais do proponente, constará da referida Proposta de Adesão a expressa declaração pessoal de saúde e do conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais.

7.4. Os Proponentes portadores de deficiência devem ressaltar o grau de invalidez preexistente para efeito de limitação de responsabilidade da Seguradora.

7.5. O prêmio inicial será aquele constante da proposta, de acordo com a idade do Segurado, na época da contratação deste seguro, ressalvadas eventuais possibilidades de alterações de risco constatadas na apresentação da proposta.

7.6. Recebida a proposta com todos os dados exigíveis, a seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias contados do seu recebimento para aceitá-la ou recusá-la, devendo a seguradora manifestar-se expressamente sobre o resultado da análise, explicitando, quando for o caso, o (s) motivo (s) da recusa.

7.6.1. A emissão e o envio da apólice ou certificado individual dentro do prazo de que trata o Item 7.5 substitui a manifestação expressa de aceitação da proposta pela sociedade seguradora.

7.6.2. Vencido o prazo de 15 (quinze) dias, sem manifestação da Seguradora, o seguro será considerado tacitamente aceito.

7.7. O prazo de 15 (quinze) dias, do item anterior será suspenso se a Seguradora solicitar a apresentação de novos documentos ou informações, complementares ou explicativas às contidas na proposta de contratação.

7.7.1. Para aceitação do seguro, a Seguradora poderá eventualmente exigir, além dos questionários existentes na proposta, outros documentos necessários à análise do risco, tais como: declaração complementar de saúde, relatório médico, resultado de exames complementares, e informações sobre a situação financeira do Segurado.

7.7.2. A negativa do proponente em submeter-se ao(s) exame(s) implicará a recusa automática do risco.

7.8. A contagem do prazo voltará a correr na data em que for protocolada a entrega da documentação solicitada.

7.8.1. A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez.

7.9. **Quaisquer alterações de risco no contrato, ocorridas durante a vigência do seguro deverão ser comunicadas, por escrito, à Seguradora, de forma a permitir que sejam feitos os devidos ajustes no seguro, tais como mudança de profissão, mudança de residência do Segurado para outro país, prática usual e permanente de esportes tidos como radicais ou de perigos evidente, bem como o uso habitual de substâncias alcoólicas, tóxicas ou entorpecentes.**

7.10. **A não comunicação de circunstâncias que caracterizem o agravamento do risco implicará a perda do direito à indenização do seguro se ficar comprovado que silenciou de má-fé, conforme previsto no art. 769 do Código Civil, que dispõe sobre o dever do Segurado de comunicar ao Segurador todo incidente que, de qualquer modo, possa agravar o risco.**

7.11. No início de vigência, bem como na emissão da apólice do seguro ou endossos, a Seguradora informará o nome do Segurado, beneficiário(s) início e final de vigência do seguro, coberturas, capital segurado, prêmios e que a qualquer tempo, poderá expressamente designar ou substituir o(s) Beneficiário(s) do seguro.

7.12. No ato da contratação, a Seguradora entregará formalmente as Condições Gerais do seguro e as Condições Especiais.

7.13. **No caso de não aceitação da proposta no prazo de 15 (quinze) dias, a mesma será comunicada por escrito ao proponente informando o motivo(s) da recusa; e**

7.13.1. Caso tenha havido adiantamento de pagamento antecipado, total ou parcial de prêmio, este será restituído ao proponente integralmente ou deduzido da parcela pro rata temporis, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, a partir do momento da formalização da recusa. Neste caso, o proponente tem cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa;

7.13.2. A cobrança total ou parcial de prêmio antes da aceitação da proposta somente é admitida em caso de oferecimento de cobertura provisória ao proponente, para sinistros ocorridos no período de análise da proposta, e desde que expressamente prevista nas condições contratuais e solicitada pelo proponente na proposta.

7.13.3. O valor devido será atualizado monetariamente pelo índice definido nestas Condições Gerais, a contar da data do pagamento até a data efetiva da restituição, de acordo com a legislação em vigor.

7.13.4. Em caso de não aceitação de proposta em que tenha havido adiantamento de valor para pagamento parcial ou total do prêmio, o SEGURO SERÁ IMEDIATAMENTE CANCELADO.

7.14. Qualquer alteração no contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo Segurado ou seu representante legal.

7.15. Nenhuma alteração nesses documentos será válida se não for feita por escrito, com a concordância de ambas as partes contratantes, observadas as condições aprovadas.

7.16. Para todos os efeitos de direito, existe a presunção de que a Seguradora somente tenha conhecimento das circunstâncias declaradas pelo proponente na proposta.

8. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

8.1. A Apólice terá seu início e término de vigência às 24 horas da(s) data(s) definida(s) nas Condições Contratuais da Apólice inclusive os endossos correspondentes.

8.2. A Seguradora providenciará a emissão da Apólice ou do endosso no prazo de 15 (quinze) dias, a partir da data de aceitação da proposta.

8.3. Proposta de Adesão, assinada, obrigatoriamente, pelo Segurado, seu representante legal e/ou Corretor de Seguros, deverá ser entregue à Seguradora, mediante protocolo de recebimento, com indicação de data de início de vigência do seguro ou o critério para sua determinação, podendo coincidir com a data de aceitação da proposta.

8.4. A Seguradora providenciará a emissão dos documentos contratuais antes da comunicação ao cliente no prazo de 15(quinze) dias, a partir da data de aceitação da proposta, todos os documentos serão enviados e/ou disponibilizados para o segurado, por meio físico ou remoto com disponibilidade de download.

8.5. Nas propostas que tenham sido recepcionadas, sem pagamento do prêmio, o início de vigência da cobertura será a data de aceitação da proposta ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e indicada nas Condições Contratuais da Apólice.

8.6. As propostas que tenham sido recepcionadas com adiantamento de prêmio, total ou parcial terão seu início de vigência às 24 horas da data em que a Seguradora receber a proposta assinada pelo Proponente.

8.7. A Apólice poderá ser renovada automaticamente, uma única vez, pelo mesmo período, salvo se ocorrer uma das situações previstas no item 18 destas Condições Gerais.

- 8.8. Feita uma renovação automática, as renovações seguintes deverão ter anuênciia expressa do Segurado.
- 8.9. A renovação automática não se aplica aos segurados, que comunicarem o desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de, no mínimo, sessenta dias que antecedam o final da vigência da apólice.
- 8.10. Caso a sociedade seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, irá comunicar aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, sessenta dias que antecedam o final de vigência da apólice.
- 8.11. A Seguradora fornecerá ao proponente, seu representante e/ou o corretor de seguros, protocolo que identifique o pedido / proposta de renovação por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.
- 8.12. À proposta renovação aplicam-se os mesmo prazos e procedimentos de aceitação indicados no item 7 (Condição Para Aceitação de Segurados) destas Condições Gerais.
- 8.13. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

9. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S)

- 9.1. É facultado ao Segurado indicar livremente o(s) Beneficiário(s).
- 9.2. Na falta de indicação de pessoa ou Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária.
- 9.2.1.** Na falta das pessoas indicadas conforme 9.1 e 9.2 acima, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.
- 9.3. A(o) companheira(o) será equiparada(o) à(ao) esposa(o), nos casos admitidos pela lei Civil, observando o disposto no artigo 793 do Código Civil Brasileiro.
- 9.4. É facultado ao Segurado, em qualquer época, substituir o(s) seu(s) Beneficiário(s), mediante comunicação escrita à Seguradora, devidamente assinada e protocolada pela Seguradora, observado o artigo 791 do Código Civil Brasileiro.
- 9.4.1.** A Seguradora que não for científica oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o capital segurado ao antigo Beneficiário.
- 9.5. Qualquer mudança de Beneficiário(s), desde que respeitada a formalidade acima, entrará

em vigor a partir da data em que for recebida pela Seguradora a comunicação, sob protocolo.

10. CAPITAL SEGURADO

10.1. Para fins deste seguro, capital segurado é a importância máxima estabelecida na apólice, a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento, caracterizada de acordo com as Condições Gerais e Especiais do seguro.

10.1.1. O capital segurado para cada cobertura contratada neste seguro estará estabelecido na apólice.

10.2. O capital segurado e prêmio serão atualizados monetariamente conforme o índice pactuado nestas Condições Gerais.

10.3. O Segurado, a qualquer tempo, poderá preencher nova proposta de alteração ou solicitar emissão de endosso, ficando a critério da Seguradora sua aceitação ou não de acordo com o **item 7** destas Condições Gerais, procedendo, se aceita a proposta, a alteração do prêmio, quando couber.

10.4. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros:

- a) para as coberturas de acidentes pessoais, a data do acidente;
- b) para a cobertura de risco por invalidez, não consequente de acidente, a data indicada na declaração médica;
- c) para as demais coberturas de risco, a data da ocorrência do evento coberto, conforme definido nas condições gerais e/ou especiais, ressalvado o disposto nas alíneas “a” e “b”.

11. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO CAPITAL SEGURADO

11.1. O capital segurado e por consequência o respectivo prêmio, serão atualizados monetariamente a cada 12 (doze) meses, com base na variação acumulada do índice indicado no subitem 11.2 abaixo, durante o período de 12 (doze) meses anteriores, contados a partir do 2º (segundo) mês anterior ao da atualização anual.

11.2. Para efeito de atualização monetária será utilizado o Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IPCA/IBGE.

11.3. Na falta, extinção ou proibição do uso do índice definido, a atualização terá por base o Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo – IPC/FIPE, ou índice que vier a substituí-lo.

11.4. Quando houver pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, deverá ser

previsto que os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo índice pactuado até a data de ocorrência do respectivo evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

12. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

12.1. Este seguro prevê além do aumento do prêmio produzido pela atualização monetária do capital segurado, o reenquadramento do prêmio por mudança de idade, de acordo o plano de seguro contratado.

12.2. Em função das coberturas contratadas, a Seguradora fará constar da apólice o percentual de aumento, a ser aplicado ao prêmio anualmente devido à mudança de idade.

12.3. Os percentuais de aumento, quando couber, serão indicados por cobertura nas respectivas Condições Especiais.

13. PAGAMENTO DO PRÊMIO

13.1. A cobrança do prêmio à vista ou parcelada será efetuada por meio de documento emitido pela Seguradora, do qual deverão constar, no mínimo, os seguintes elementos, independentemente de outros que sejam exigidos pela regulamentação em vigor:

- a) nome do Segurado;
- b) valor do prêmio;
- c) data de emissão;
- d) número da apólice;
- e) data limite para o pagamento.

13.1.1. A Seguradora encaminhará o documento a que se refere o subitem 13.1. diretamente ao Segurado ou seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação a data do respectivo vencimento.

13.2. O Segurado poderá optar se irá efetuar o pagamento do prêmio de forma mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual.

13.3. Caso o Segurado opte pelo pagamento dos prêmios de forma mensal, cada pagamento será correspondente a um mês de cobertura. Na hipótese de rescisão do presente contrato em que o Segurado pague os prêmios mensais, nenhuma devolução de prêmio será devida.

13.4. Caso o Segurado opte pelos prêmios anuais, cada pagamento será correspondente a um ano de cobertura.

13.4.1. No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer das partes e com a concordância recíproca, a Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

13.5. Qualquer que seja a forma de pagamento do prêmio adotada ficará a Seguradora obrigada a manter o registro das datas das operações realizadas.

13.6. O pagamento do prêmio será feito à Seguradora através da rede bancária, cartão de crédito ou outras formas admitidas em lei.

13.6.1. Quando o pagamento for efetuado através da rede bancária, além das informações mínimas a que se refere o **subitem 13.1**, deverão constar do documento de cobrança o número da conta corrente da Seguradora, o nome e respectiva agência do banco recebedor e, se for o caso, a indicação de que o prêmio poderá ser pago em qualquer agência do mesmo ou de outros bancos.

13.7. Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com o dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

13.8. A Seguradora providenciará aviso alertando a inadimplência, no prazo máximo de 10 (dez) dias contados da primeira parcela não paga.

13.9. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio sem que tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.

13.10. Este seguro está estruturado sob Regime Financeiro de Repartição Simples, que não contempla o resgate ou a devolução de prêmios pagos pelo Segurado.

13.11. O(s) prêmio(s) do seguro pagos em atraso terá(ão) seu(s) valor(es) atualizado(s) monetariamente até a data do efetivo pagamento pelo índice indicado no subitem 11.2 destas Condições Gerais.

13.11.1. Sem prejuízo do item anterior incidirá(ão) ainda sobre, o(s) prêmio(s) de seguro referente(s) ao período em atraso, juros moratórios de 12% (doze por cento) ao ano, calculados pro-rata-die.

13.12. A falta de pagamento do prêmio, seja pelo não pagamento do carnê ou outro documento de cobrança, seja pela inexistência de saldo suficiente na conta corrente indicada na proposta de contratação para débito, por um período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, implicará o cancelamento automático do seguro.

13.12.1. Neste período de Tolerância (60 dias) o segurado terá cobertura dos sinistros

ocorridos, com a consequente cobrança do prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga ao(s) beneficiário(s).

14. OCORRÊNCIA DE SINISTROS

14.1. O Segurado ou seu(s) beneficiário(s) deverão, diante da ocorrência de sinistro, proceder à comunicação imediata, através do aviso de sinistro, telegrama ou carta registrada dirigida à Seguradora, indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas.

14.1.1. A comunicação feita por carta registrada, ou telegrama, não exonera a obrigação da apresentação do formulário de aviso de sinistro original à Seguradora, também de forma imediata à ocorrência do Sinistro.

14.2. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento do capital segurado devido pelo presente contrato de seguro, contados a partir do recebimento pela Seguradora de toda documentação e informações ou esclarecimentos solicitados ao(s) beneficiário(s) ou ao Segurado, constante no **item 15** e aqueles indicados nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

14.3. Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar ao(s) Beneficiário(s) ou Segurado outros documentos além daqueles estabelecidos no **item 15** e seus subitens, inclusive informações ou esclarecimentos complementares; neste caso, o prazo mencionado no subitem 14.2 será suspenso, voltando a correr a partir do recebimento pela Seguradora destes documentos e informações ou esclarecimentos.

14.3.1. Os valores das obrigações pecuniárias sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no subitem 11.2 desde a data do evento, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária e serão acrescidos de juros moratórios.

14.3.2. A atualização será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

14.4. A título de juros de mora será utilizado o percentual de 12% (doze por cento) ao ano.

14.5. As indenizações estarão sujeitas à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no **subitem 11.2** destas Condições Gerais, a partir da data de sua exigibilidade.

14.6. O pagamento será feito por meio de crédito em conta, ordem de pagamento ou cheque nominal, pagável no domicílio ou praça indicada pelo(s) beneficiário(s) ou Segurado, no aviso de sinistro.

14.7. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e os documentos necessários correrão por conta do interessado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

14.8. O pagamento da indenização poderá ser realizado sob a forma de parcela única ou em parcelas mensais, conforme descrito nas condições especiais de cada cobertura.

14.9. 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.

15. RELAÇÃO DE DOCUMENTO PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

15.1. Os documentos básicos, necessários para liquidação de sinistro, que deverão ser encaminhados à Seguradora, são os abaixo indicados, sendo que em caso de cópia deverão ser autenticadas:

15.2. Para qualquer sinistro

15.2.1. Formulário

a) Aviso de sinistro, formulário fornecido pela Seguradora.

15.2.2. Documentos do Segurado

a) Cópia da carteira de identidade, do CPF e do comprovante de residência do Segurado ou certidão de nascimento, quando menor(es) de 18 (dezoito) anos;

15.2.3. Documentos do(s) beneficiário(s)

a) Cópia da carteira de identidade, do CPF e do comprovante de residência do(s) beneficiário(s), quando maior(es) de 18 (dezoito) anos, ou certidão de nascimento, quando menor(es) de 18 (dezoito);

b) Cópia do termo de tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de Beneficiário(s) menor(es), órfão(s) de pai e mãe;

c) Cópia do termo de curatela, no caso de Beneficiário(s) incapaz(es);

d) Em caso de companheiro(a), além dos documentos indicados acima, providenciar cópia da anotação na carteira de trabalho ou comprovante de dependente do INSS ou no imposto de renda ou ainda declaração de vida em comum passada em cartório feita pelo Segurado antes do sinistro e declaração de duas testemunhas de que o Segurado vivia maritalmente, especificando data, e se deixou filhos, com assinatura reconhecida em cartório.

16. JUNTA MÉDICA

16.1. As divergências e dúvidas de natureza médicas relacionadas aos serviços objeto do seguro, sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da

incapacidade ou ainda sobre matéria médica não prevista expressamente na apólice será proposto pela Seguradora, por meio de correspondência escrita ao Segurado no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data de contestação, a constituição de uma junta médica com 03 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

16.1.1. O prazo de constituição da junta médica será, no máximo, de 15 (quinze) dias a contar da indicação formal do membro nomeado pelo Segurado.

16.2. Cada uma das partes arcará com os honorários do médico que tiver designado.

Os honorários do terceiro médico serão pagos em partes iguais pelo Segurado e pela Seguradora.

17. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

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

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

I – na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

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

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

III – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital

segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

17.2. O Segurado também perderá o direito ao pagamento do Capital Segurado com base no presente seguro, caso haja por parte dele, seus representantes ou seu(s) Beneficiários:

- a) inobservância das obrigações convencionadas neste seguro; e**
- b) agravamento intencional do risco objeto do contrato, conforme previsto no Código Civil Brasileiro;**

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

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

17.4.1. 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.

18. CANCELAMENTO DO SEGURO

18.1. O seguro poderá ser rescindido a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, observado o disposto no subitem 13.4.1 destas Condições Gerais.

18.2. Sem prejuízo de outras penalidades cabíveis, o seguro estará cancelado, independentemente de notificação ou interpelação judicial, e sem que caiba indenização à parte infratora, preservados os direitos do Segurado, nas seguintes situações:

- a) por falta de pagamento de parcela do prêmio, após o prazo disposto no item 13.12 destas Condições Gerais;**
- b) automaticamente, com a morte do Segurado, ou com o pagamento da cobertura de Morte com pagamento antecipado por invalidez funcional permanente total por doença, preservados os direitos do Segurado ou do(s) Beneficiário(s);**
- c) pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais;**

d) se houver dolo, prática de fraude, consumada ou tentada, por parte do Segurado ou do(s) beneficiário(s), no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato.

18.3. O pagamento de prêmios pelo Segurado, de qualquer valor, à Seguradora após a data a rescisão não implica a reabilitação do seguro, nem gera qualquer efeito, devendo ser devolvido, devidamente corrigido.

18.4. As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

19. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

19.1. A propaganda e a promoção do seguro, por parte do corretor de seguros, podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições da Apólice e as normas do seguro, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

20. SUB-ROGAÇÃO DE DIREITOS

20.1. No seguro de pessoas, a Seguradora não poderá sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado ou do(s) Beneficiários, contra o causador do sinistro, conforme disposto no art. 800 do Código Civil Brasileiro:

21. CLÁUSULA ADICIONAL E SUPLEMENTAR

21.1. As Cláusulas Adicionais e Suplementares somente terão validade quando expressamente ratificadas e incluídas na Apólice pelas Condições Contratuais e/ou Aditivo/Endosso. Sua vigência coincidirá com a da Apólice quando incluídas no início do Seguro, de modo contrário, terão o início de sua vigência fixado no aditivo que as incluir na Apólice.

22. FORO CONTRATUAL

22.1. Para dirimir qualquer dúvida ou questão resultante deste seguro, entre Segurado e Segurador, faculta-se ao Segurado sua adesão à Cláusula Compromissória de Arbitragem, que deverá estar expressamente indicada na Proposta e nas Condições Contratuais/Especificação da Apólice.

22.2. Ao concordar com a aplicação desta cláusula, o Segurado estará se comprometendo a resolver todos seus litígios com a Seguradora por meio de Juízo Arbitral, cujas sentenças

têm o mesmo efeito que as proferidas pelo Poder Judiciário.

22.3. A Cláusula Compromissória de Arbitragem é regida pela Lei nº 9.307, de 23 de Setembro de 1996.

22.4. Surgindo qualquer diferença quanto à indenização a ser paga por esta Apólice, esta deverá ser referida a um Árbitro a ser nomeado pelas partes de acordo com as disposições estabelecidas por lei. Se qualquer diferença pelo presente contrato for referida à arbitragem, o pronunciamento de uma sentença será condição prévia para qualquer direito de ação contra a Seguradora.

22.5. Não havendo opção, expressa, por parte do Segurado, pela Cláusula Compromissória de Arbitragem, fica eleito o foro do domicílio do Segurado ou do beneficiário, para dirimir qualquer dúvida ou questão resultante deste seguro. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes contratantes, será válida a eleição de foro diverso do previsto.

23. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES AO PLANO DE SEGURO

23.1. A aceitação do seguro está sujeita à análise do risco.

23.2. Este plano de seguro foi submetido à Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, estando suas condições registradas através do processo nº 15414.900055/2013-50.

23.3. O registro deste plano de seguro na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

23.4. 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.

23.5. Os tributos decorrentes do presente contrato de seguro serão pagos por quem a lei determinar.

23.6. O segurado pode acessar o link da plataforma digital oficial para registro de reclamações dos consumidores dos mercados supervisionados (www.consumidor.gov.br).

23.7. Fale com a Ouvidoria nos seguintes canais: Ouvidoria Corporativa Sancor 0800 888 0402 (Funcionamento do canal de ouvidoria: De segunda a sexta feira, exceto feriados, das 08:00 às 20:00 horas). Deficientes auditivos ou de fala: 0800 888 0399.

24. PRESCRIÇÃO

24.1. Qualquer direito do Segurado, com fundamento na presente Apólice, prescreve nos

prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

25. RATIFICAÇÃO

25.1. As presentes Condições Gerais passam a fazer parte integrante dos documentos de contratação do seguro.

CONDIÇÕES ESPECIAIS PLANO INDIVIDUAL GARANTIA DE AUXÍLIO FUNERAL

1 – OBJETO DO SEGURO

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, garantir ao(s) Beneficiário(s) do Segurado, o reembolso de valores, comprovadamente gastos com despesas fixas de funeral do Segurado, **até o valor estabelecido e fixado para esta cobertura e desde que a morte do Segurado tenha sido reconhecida como evento coberto por este seguro.**

1.2. O reembolso de valores a título de auxílio funeral poderá ser feito a terceiros, quando as despesas forem devidamente comprovadas e os comprovantes contiverem a assinatura do responsável pelo pagamento, por conta e ordem do(s) Beneficiário(s).

2 - DEFINIÇÕES

2.1. Além das definições constantes no item 1 das Condições Gerais, entender-se-á por:

2.1.1. **AUXÍLIO FUNERAL:** o reembolso de despesas fixas e comprovadas, pagos pelo(s) Beneficiário(s) do Segurado.

2.1.2. **DESPESAS FIXAS DE FUNERAL:** são os valores comprovadamente gastos com o funeral do Segurado, relativos, exclusivamente, às seguintes despesas:

- a) Gastos de Traslado e Remoção do corpo do Segurado, exclusivamente, dentro do Território Nacional;
- b) Aquisição de Urna/Caixão;
- c) Contratação de Carretos;
- d) Registro de Óbito em Cartório;
- e) Locação de Jazigo por período de até 3(três) anos a contar da data do sepultamento;
- f) Cremação, exclusivamente, quando existir no município de moradia habitual do Segurado;
- g) Paramentos, entendidos como castiçais, velas e aparelhos de ozona;
- h) Mesa de Condolências, entendida como mesa para livro de presenças;
- i) Velório, entendido como locação de sala ou capela para tal;
- j) Serviços de Ornamentação, entendidos como véu, enfeite floral e uma coroa de flores;

3 - REENQUADRAMENTO POR IDADE

3.1. O Prêmio de seguro para esta cobertura não sofrerá alteração por Idade.

4 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

4.1. Ao contrário do disposto nas Condições Gerais deste seguro, para a Garantia de Auxílio Funeral, **o âmbito territorial da cobertura é o território brasileiro.**

5 - CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado por esta cobertura estará limitado ao valor do capital da cobertura de morte.

5.2. Considera-se data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento.

6 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1. O pagamento do reembolso das despesas devidas dar-se-á em até 30 (trinta) dias da apresentação dos comprovantes originais de pagamento das despesas estabelecidas pelo item 2.1.2 desta Garantia.

7 - ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

7.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

8 - DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS PARA INDENIZAÇÃO EM CASO DE SINISTRO COBERTO:

- a) Todos os documentos relacionados no subitem 15 das Condições Gerais, conforme o caso.
- b) Comprovantes originais das despesas com funeral e previstas pelo item 2.1.2 desta Garantia.

9 - CONCORRÊNCIA DE SEGUROS

9.1. Por se tratar de reembolso de despesas, existindo mais de uma apólice garantindo as despesas previstas pelo item 2.1.2, a indenização obedecerá aos seguintes critérios:

- a) Quando o total das despesas devidas for superior à soma dos Capitais Segurados das apólices: a indenização será igual ao valor do Capital Segurado estabelecido para esta cobertura.

Sancor Seguros do Brasil S.A. - CNPJ 17.643.407/0001-30 - Av. Duque de Caxias, 882 - Ed. New Tower Plaza - Torre 2 - Zona 1 - Maringá - PR CEP: 87013-180 |

SAC: 0800 200 0392 - www.sancorseguros.com.br

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

b) Quando o total das despesas devidas for inferior à soma dos Capitais Segurados das apólices: a indenização será igual ao resultado da aplicação do Capital Segurado estabelecido para esta cobertura vezes o total das despesas acobertadas pelo item 2.1.2, acima, e dividido pela soma dos Capitais Segurados de todas as apólices.

10 – RATIFICAÇÃO

10.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA ESPECIAL – SEGURO MULHER (CÂNCER DE MAMA, OVÁRIO OU ÚTERO)

1 - OBJETO DO SEGURO

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, garantir o pagamento de uma indenização à Segurada, em caso de ocorrência de um dos eventos expressamente cobertos por esta Garantia, observadas as demais Condições Contratuais.

2 - DEFINIÇÕES

Além das definições constantes do item 1 das Condições Gerais, para fins deste contrato de seguro, definir-se-á por:

2.1. **Câncer:** designação genérica de neoplasia maligna, caracterizada pelo desenvolvimento de células ditas malignas no corpo humano. Para os efeitos da cobertura de diagnóstico de câncer, só estarão cobertas a neoplasia maligna de mama, a neoplasia maligna de ovário e a neoplasia maligna de útero, desde que, cumulativamente, sejam cumpridos os seguintes requisitos:

- a) **não esteja abrangida pelo item 4 (Riscos Excluídos), das Condições Gerais;**
- b) **que a neoplasia tenha o seu primeiro diagnóstico comprovado em data posterior ao início da vigência da cobertura individual da Segurada; e**
- c) **ocorra depois de findo o prazo de carência determinado nas Condições Contratuais, se houver.**

2.2. **Carcinoma in situ:** presença de células malignas, confinadas somente ao epitélio de revestimento, não ultrapassando ou invadindo os limites da membrana basal epitelial.

2.3. **Colo do útero:** região do útero localizada em seu terço externo, em comunicação com a cavidade vaginal, sendo a porção mais externa do útero.

2.4. **Deficiência funcional:** falta de capacidade de função de um membro, órgão ou sistema, total ou parcial, em comparação ao funcionamento normal deste.

2.5. **Diagnóstico anátomo-patológico:** diagnóstico baseado nos achados obtidos nos exames macroscópico e microscópico do espécime avaliado realizado por médico especialista.

2.6. **Diagnóstico de câncer:** constatação de câncer na Segurada, exclusivo para a neoplasia maligna de mama, para neoplasia maligna de ovário, para neoplasia maligna de útero, realizado

em vida na Segurada, efetuada por exame microscópico de tecido fixo afetado pela moléstia, sendo o de maior importância o anátomo-patológico, além de exames complementares realizados por profissional médico especialista. O diagnóstico dado pelo patologista será considerado válido, para fins do pagamento da indenização, desde que precedido de exame histológico minucioso do tumor maligno, ou do tecido coletado, em que efetivamente se evidencie a existência do câncer.

2.7. **Doença:** conjunto característico de sintomas e sinais decorrente da falta de capacidade de função de um membro, órgão ou sistema, total ou parcial, em comparação ao funcionamento normal deste.

2.8. **Estágio da neoplasia:** situação clínica em que se encontra a paciente portadora de neoplasia, baseada nas dimensões da tumoração, presença de metástases em nódulos linfáticos e metástases em outros tecidos à distância, e que determina a conduta e prognóstico da doença.

2.9. **Exames de prevenção:** são exames realizados na paciente para diagnóstico precoce de neoplasias malignas e de doenças predisponentes ao desenvolvimento de neoplasias malignas.

2.10. **Médico especialista:** é o profissional que se dedica com exclusividade a determinado ramo da medicina e que detenha título de especialista reconhecido pelo MEC, associações ou sociedades médicas para este fim reconhecidas pelos Conselhos Federal e Regional de Medicina na referida área de atuação.

2.11. **Metástase:** presença de tecido neoplásico maligno em localização diferente à lesão primária inicial, do mesmo tipo histológico, que surge em decorrência da disseminação do tumor primário, através da corrente sanguínea ou linfática.

2.12. **Neoplasia:** doença caracterizada pela proliferação anormal de células, tumoral ou não, de caráter benigno ou maligno.

2.13. **Neoplasia Benigna:** proliferação anormal de células de diversos tipos de tecidos, que não apresentam potencial de disseminação para outros locais que não o de origem, através de corrente sanguínea ou linfática, não causando metástases e apresentando características celulares benignas, confirmadas através de estudos anátomo-patológicos.

2.14. **Neoplasia Maligna:** proliferação anormal e descontrolada de células, de diversos tipos de tecidos, que podem disseminar pela corrente sanguínea ou através dos vasos linfáticos, com potencial de implantação em outros órgãos e tecidos, causando metástases e que apresenta características celulares e anátomo-patológicas macroscópicas de neoplasia maligna.

2.15. **Prognóstico:** é o parecer médico, baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas, acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

2.16. **Reposição Hormonal:** é o tratamento realizado com hormônios, com o objetivo de

repor as perdas dos níveis hormonais, que ocorre na mulher, decorrente de desequilíbrio ou insuficiência de produção hormonal.

3 - REENQUADRAMENTO POR IDADE

Para esta cobertura serão utilizados os seguintes percentuais de aumento de acordo com a idade que o segurado se encontra, na data do seu aniversário:

IDADE	PERCENTUAL DE AUMENTO	IDADE	PERCENTUAL DE AUMENTO	IDADE	PERCENTUAL DE AUMENTO	IDADE	PERCENTUAL DE AUMENTO
16	0%	29	0%	42	0%	55	9%
17	0%	30	690%	43	0%	56	0%
18	0%	31	0%	44	0%	57	0%
19	0%	32	0%	45	41%	58	0%
20	0%	33	0%	46	0%	59	0%
21	0%	34	0%	47	0%	60	7%
22	0%	35	143%	48	0%	61	0%
23	0%	36	0%	49	0%	62	0%
24	0%	37	0%	50	10%	63	0%
25	0%	38	0%	51	0%	64	0%
26	0%	39	0%	52	0%	Acima de 65	6%
27	0%	40	74%	53	0%		
28	0%	41	0%	54	0%		

4 - RISCO COBERTO – COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

4.1. É a garantia do pagamento, à Segurada, do Capital Segurado desta cobertura, conforme determinado na Proposta, em caso de diagnóstico de câncer na Segurada, desde que:

- a) **O diagnóstico de câncer seja exclusivo para a neoplasia maligna de mama, a neoplasia maligna de ovário e a neoplasia maligna de útero;**
- b) **A neoplasia maligna, de mama, ovário ou de colo do útero deverá ser obrigatoriamente diagnosticada em vida;**
- c) **O câncer não decorra ou de qualquer modo não se relacione com qualquer dos atos, fatos ou situações abrangidos pelo disposto no item 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais;**
- d) **A neoplasia maligna de mama, neoplasia maligna de ovário ou a neoplasia maligna de colo do útero deverá ter o seu primeiro diagnóstico comprovado em data posterior ao início de vigência da cobertura da Segurada e findo o prazo de carência determinado na Proposta de Contratação.**

4.2. Somente haverá garantia desta cobertura para a primeira neoplasia maligna diagnosticada, na mama, ovário ou no colo do útero, conforme alínea “d” acima, estando excluídas, em toda e qualquer hipótese, para os efeitos deste seguro, e de suas renovações, se ocorrerem, possibilidade de acumulação de indenizações pelo diagnóstico de mais de um câncer.

5 - RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Além do disposto no item 4 das Condições Gerais deste plano de seguro, a Seguradora não garante o pagamento da indenização os eventos relacionados a ou ocorridos em consequência de:

- a) Carcinoma in situ no colo do útero;**
- b) Neoplasias malignas primárias de pele, na região das mamas;**
- c) Neoplasias não primárias do tecido mamário, na regiãoanatômica das mamas; e**
- d) Neoplasias benignas das mamas, ovário ou do colo do útero.**

6 - DO CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.

6.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do diagnóstico de câncer, realizado em vida.

7 - CARÊNCIA

7.1. Para esta garantia haverá carência de 60 dias.

8 - DO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

8.1. Na ocorrência do sinistro, tão logo a Segurada tome conhecimento, deverá apresentar à Seguradora os seguintes documentos:

- a) Formulário de aviso de sinistro assinado.**
- b) Cópia autenticada do RG e CPF da Segurada.**
- c) Cópia do comprovante de residência em nome da Segurada e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de sinistro.**
- d) Declaração médica em formulário da Seguradora, devidamente preenchida e assinada pelo médico assistente da Segurada, contendo diagnóstico anátomo-patológico, estágio de**

neoplasia, tratamento realizado e a realizar, de modo detalhado, e prognóstico.

- d1. O médico assistente não poderá ser membro da família da Segurada, para efeito de comprovação da doença.
- e) Cópia do exame anátomo-patológico que comprove o diagnóstico de câncer.
- f) Laudo do perito médico, quando solicitado pela Seguradora.

9 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

9.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

10 - RATIFICAÇÃO

10.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA DE CESTA BÁSICA

1 - OBJETO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, **garantir aos Beneficiários do Segurado o pagamento mensal limitado a 12 parcelas para aquisição de cestas básicas quando ocorrer a morte do segurado, por causas naturais ou acidentais, em caso da morte do Segurado por evento não excluído pelas condições deste seguro.**

2 - CAPITAL SEGURADO

2.1 Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da morte do segurado.

3 - REENQUADRAMENTO POR IDADE

3.1. O Prêmio de seguro para esta cobertura não sofrerá alteração por Idade.

4- ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

4.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

5 - DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS PARA INDENIZAÇÃO EM CASO DE SINISTRO COBERTO:

5.1. Todos os documentos relacionados no item 15 e demais das Condições Gerais, conforme o caso.

5.2. Quando contratada esta cobertura, esta Condição Especial passa a integrar as condições do seguro.

6 - RATIFICAÇÃO

6.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

COBERTURA DE MORTE

1 – OBJETO DO SEGURO

1.1. Este plano de seguro tem por objetivo garantir ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma indenização, até o limite do Capital Segurado contratado, em caso de morte do Segurado por causas naturais ou acidentais, observadas as Condições Gerais e Especiais deste seguro e desde que não se trate de risco expressamente excluído.

2 - DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS PARA A LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

21. Para fins do que estabelece o item 15 das Condições Gerais, a comunicação de ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos básicos:

- a) formulário de aviso de sinistro da Seguradora, devidamente preenchido;
- b) cópia autenticada do atestado de óbito;
- c) cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do Segurado;
- d) cópia autêntica do boletim de ocorrência policial, se for o caso;
- e) cópia autenticada da carteira nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo e dirigido pelo Segurado;
- f) cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- g) comprovante de residência do Segurado; e
- h) cópias autenticadas do(s) documentos de identificação do(s) Beneficiário(s).

3 - REENQUADRAMENTO POR IDADE

Para esta cobertura serão utilizados os seguintes percentuais de aumento de acordo com a idade que o segurado se encontra, na data do seu aniversário:

Idade	Percentual de Aumento
14	-
15	2,3529%
16	2,5287%
17	2,6906%
18	3,0568%
19	3,3898%
20	3,4836%
21	3,9604%
22	4,0000%
23	4,3956%
24	4,5614%
25	4,3624%
26	4,5016%
27	4,1538%
28	3,9882%
29	3,8352%
30	3,8304%
31	3,5573%
32	3,5623%
33	3,5627%
34	3,9146%
35	4,6804%
36	5,5616%
37	6,6116%
38	7,9457%
39	9,1562%
40	10,2796%
41	11,2603%
42	12,1314%
43	12,7316%
44	12,8844%
45	12,6820%
46	12,2551%

Idade	Percentual de Aumento
47	11,7341%
48	11,1000%
49	10,4996%
50	9,8267%
51	9,2186%
52	8,5985%
53	8,0216%
54	7,5606%
55	7,2080%
56	6,9236%
57	6,7093%
58	6,5945%
59	6,7490%
60	7,1447%
61	7,7357%
62	8,4270%
63	9,1376%
64	9,7272%
65	10,1766%
66	10,4895%
67	10,6909%
68	10,7972%
69	10,8074%
70	10,7535%
71	10,6499%
72	10,5045%
73	10,3479%
74	10,2618%
75	10,2283%
76	10,2294%
77	10,2405%
78	10,2473%
79	10,2319%
80	10,1845%

Idade	Percentual de Aumento
81	10,1094%
82	10,0174%
83	9,8826%
84	9,6459%
85	9,3200%
86	8,9408%
87	8,5299%
88	8,1235%
89	7,8046%
90	7,5705%
91	7,4032%
92	7,2864%
93	7,2059%
94	7,1464%
95	7,1005%
96	7,0638%
97	7,0335%
98	7,1262%
99	7,3078%
100	7,5498%
101	7,8274%
102	8,1185%
103	8,4068%
104	8,6773%
105	8,9205%
106	9,1293%
107	9,2994%
108	9,4295%
109	9,5204%
110	9,5733%
111	9,5918%
112	9,5786%
113	9,5381%
114	9,4737%
115	9,3892%

4 - CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.
- 4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data de morte do segurado.

5- ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

- 5.1. **As indenizações por MORTE e INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE (TOTAL E/OU PARCIAL), quando contratada, não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE (TOTAL E/OU PARCIAL) verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de Morte, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente (total e/ou parcial), não exigindo a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de Morte.**

6 - RATIFICAÇÃO

- 6.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

SUPLEMENTAR DE CÔNJUGE

1 - OBJETO DA GARANTIA

1.1. Esta Condição Especial objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão na apólice, garantir ao Segurado o pagamento do Capital Segurado, caso venha a ocorrer a morte de seu cônjuge, observadas as demais Condições Contratuais e estas disposições específicas.

1.2. Caso tenha sido contratada, para o cônjuge, coberturas adicionais de invalidez permanente, e ocorrendo o risco coberto pelo seguro, o Capital Segurado será pago ao próprio cônjuge indicado na apólice.

2 - DEFINIÇÃO DE CÔNJUGE

2.1. A comprovação da condição de cônjuge dar-se-á pela apresentação da certidão de casamento atualizada ou declaração pública de vida comum, com até 30 (trinta) dias da emissão do documento.

2.2. Para efeito de presente Condição Especial a (o) companheira(o) será equiparada ao cônjuge, nos casos previstos na legislação.

3 - REENQUADRAMENTO POR IDADE

3.1. O Prêmio de seguro sofrerá alteração por Idade conforme item 3 da cobertura contratada para o Cônjuge.

4 - COBERTURAS

4.1. As garantias deste seguro somente poderão ser admitidas para a contratação para o cônjuge se o Segurado as contratar, observados, em todos os casos, que este seguro está sujeito às mesmas disposições previstas para o seguro do Segurado.

4.1.1. As coberturas extensíveis ao cônjuge serão as seguintes:

- Morte;**
- Morte Acidental;**
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente;**
- Invalidez Permanente Total por Acidente;**
- Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.**

5 - RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos item 4 das Condições Gerais da apólice e aqueles definidos nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

6 - CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

6.1. Poderá fazer parte deste seguro o cônjuge que tiver sua inclusão solicitada pelo proponente/Segurado, mediante proposta assinada pelo cônjuge, desde que atenda às condições estabelecidas no item 2 acima e respeitadas ainda as demais disposições desta apólice.

6.1.1. As respostas às questões da “Declaração Pessoal de Saúde e Atividade” deverão ser respondidas pelo próprio cônjuge.

7 - CAPITAL SEGURADO

7.1. Para fins desta Condição Especial o Capital Segurado é a Importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na apólice de seguro, vigente na data do evento, conforme definido nas Condições Especiais de cada garantia contratada.

7.2. O Capital Segurado para cada cobertura está limitado a 100% do Capital Segurado estabelecido para o Segurado.

7.3. Considera-se, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do evento.

8 - OCORRÊNCIA DE SINISTRO

8.1. Em caso de sinistro cabe ao Segurado proceder conforme descrito no item 14 das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos no item 15 das mesmas Condições, bem como os documentos indicados nas Condições Especiais de cada cobertura.

9 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

9.1. As indenizações por MORTE ACIDENTAL e INVALIDEZ PERMANENTE, quando contratadas pelo cônjuge, não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por INVALIDEZ PERMANENTE verificar-se a morte do Cônjuge em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de Morte, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente, não exigindo a devolução da diferença se a

indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de Morte.

10 - CESSAÇÃO DO RISCO INDIVIDUAL

10.1. Esta Condição Especial cessará automaticamente quando ocorrer:

- a) Pedido de cancelamento por escrito do Segurado;
- b) Automaticamente, com a morte do cônjuge segurado por estas Condições Especiais;
- c) Morte do Segurado, ou com o pagamento de indenização por invalidez total e permanente do mesmo.
- d) Separação de fato, judicial ou divórcio do casal.

11 - RATIFICAÇÃO

11.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA DE DESPESAS ODONTOLÓGICAS – (SEM FRANQUIA)

1 - OBJETO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, garantir o reembolso das despesas odontológicas, **e ocorridas em decorrência de um acidente pessoal coberto.**

1.1.1. **As despesas devem ser incorridas em um dentista legalmente habilitado e sob sua orientação e o tratamento deverá obrigatoriamente ter-se iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados a partir da data do acidente pessoal.**

2 - LIVRE ESCOLHA

2.1. Faculta-se ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços odontológicos, desde que legalmente habilitados.

2.2. Desde que preservada a livre escolha, pode a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços odontológicos, para facilitar a prestação de assistência ao Segurado.

3 - REENQUADRAMENTO POR IDADE

3.1. O Prêmio de seguro para esta cobertura não sofrerá alteração por Idade.

4 - COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS

4.1. O Segurado deverá comprovar as despesas odontológicas, mediante a apresentação dos recibos originais, acompanhados do aviso de sinistro e de comprovantes satisfatórios, a critério da Seguradora, bem como relatório detalhado do médico assistente e as contas hospitalares dos locais onde se deu o atendimento odontológico.

4.2. Devem ser anexados também, cópias autenticadas dos seguintes documentos:

- a)** Certidão de Registro de Ocorrência Policial, Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), quando for o caso;
- b)** RG, CPF, e Certidão de Nascimento ou Casamento do Segurado;
- c)** Comprovante de residência.

4.3. O reembolso das Despesas Odontológicas poderá ser feito a terceiros, quando as despesas forem efetuadas em favor do Segurado, devidamente comprovadas, e os comprovantes contiverem a assinatura do responsável pelo pagamento, por conta e ordem do Segurado.

4.4. As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se os limites estabelecidos na cobertura, atualizadas segundo os critérios estabelecidos nas condições deste seguro.

5 - OUTROS SEGUROS

5.1. Se o Segurado possuir mais de uma apólice, nesta ou em outra Seguradora, garantindo despesas odontológicas, a responsabilidade desta Seguradora por este seguro será igual à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados, proporcionalmente aos limites segurados para cada garantia de todas as apólices em vigor na data do acidente.

6 - CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.

6.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do acidente.

7 - ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

7.1. As indenizações por Despesas Odontológicas são cumulativas com qualquer outra garantia do presente seguro, isto é, se em consequência do acidente coberto o Segurado vier a falecer ou ficar definitivamente inválido, e antes disso, em virtude do mesmo ou de outro acidente tiver recebido indenização por conta desta garantia contratada, a Seguradora não abaterá da indenização devida por Morte ou Invalidez a indenização paga por despesas odontológicas.

8 - RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA DE DESPESAS ODONTOLÓGICAS – (FRANQUIA DE R\$200,00)

1 - OBJETO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, garantir o reembolso das despesas odontológicas, **e ocorridas em decorrência de um acidente pessoal coberto.**

1.1.1. **As despesas devem ser incorridas em um dentista legalmente habilitado e sob sua orientação e o tratamento deverá obrigatoriamente ter-se iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados a partir da data do acidente pessoal.**

2 - LIVRE ESCOLHA

2.1. Faculta-se ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços odontológicos, desde que legalmente habilitados.

2.2. Desde que preservada a livre escolha, pode a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços odontológicos, para facilitar a prestação de assistência ao Segurado.

3 - REENQUADRAMENTO POR IDADE

3.1. O Prêmio de seguro para esta cobertura não sofrerá alteração por Idade.

4 - FRANQUIA

4.1. Para esta garantia será aplicada franquia dedutível de R\$ 200,00.

5 - COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS

5.1. O Segurado deverá comprovar as despesas odontológicas, mediante a apresentação dos recibos originais, acompanhados do aviso de sinistro e de comprovantes satisfatórios, a critério da Seguradora, bem como relatório detalhado do médico assistente e as contas hospitalares dos locais onde se deu o atendimento odontológico.

5.2. Devem ser anexados também, cópias autenticadas dos seguintes documentos:

a) Certidão de Registro de Ocorrência Policial, Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), quando for o caso;

b) RG,CPF, e Certidão de Nascimento ou Casamento do Segurado;

Sancor Seguros do Brasil S.A. - CNPJ 17.643.407/0001-30 - Av. Duque de Caxias, 882 - Ed. New Tower Plaza - Torre 2 - Zona 1 - Maringá - PR CEP: 87013-180 |

SAC: 0800 200 0392 - www.sancorseguros.com.br

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

c) Comprovante de residência.

5.3. O reembolso das Despesas Odontológicas poderá ser feito a terceiros, quando as despesas forem efetuadas em favor do Segurado, devidamente comprovadas, e os comprovantes contiverem a assinatura do responsável pelo pagamento, por conta e ordem do Segurado.

5.4. As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se os limites estabelecidos na cobertura, atualizadas segundo os critérios estabelecidos nas condições deste seguro.

6 - OUTROS SEGUROS

6.1. Se o Segurado possuir mais de uma apólice, nesta ou em outra Seguradora, garantindo despesas odontológicas, a responsabilidade desta Seguradora por este seguro será igual à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados, proporcionalmente aos limites segurados para cada garantia de todas as apólices em vigor na data do acidente.

7 - CAPITAL SEGURADO

7.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.

7.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do acidente.

8 - ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

8.1. As indenizações por Despesas Odontológicas são cumulativas com qualquer outra garantia do presente seguro, isto é, se em consequência do acidente coberto o Segurado vier a falecer ou ficar definitivamente inválido, e antes disso, em virtude do mesmo ou de outro acidente tiver recebido indenização por conta desta garantia contratada, a Seguradora não abaterá da indenização devida por Morte ou Invalidez a indenização paga por despesas odontológicas.

9 - RATIFICAÇÃO

9.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA DE DESPESAS ODONTOLÓGICAS – (FRANQUIA DE R\$500,00)

1 - OBJETO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, garantir o reembolso das despesas odontológicas, e ocorridas em decorrência de um acidente pessoal coberto.

1.1.1. As despesas devem ser incorridas em um dentista legalmente habilitado e sob sua orientação e o tratamento deverá obrigatoriamente ter-se iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados a partir da data do acidente pessoal.

2 - LIVRE ESCOLHA

2.1. Faculta-se ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços odontológicos, desde que legalmente habilitados.

2.2. Desde que preservada a livre escolha, pode a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços odontológicos, para facilitar a prestação de assistência ao Segurado.

3 - REENQUADRAMENTO POR IDADE

3.1. O Prêmio de seguro para esta cobertura não sofrerá alteração por Idade.

4 - FRANQUIA

4.1. Para esta garantia será aplicada franquia dedutível de R\$ 500,00.

5 - COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS

5.1. O Segurado deverá comprovar as despesas odontológicas, mediante a apresentação dos recibos originais, acompanhados do aviso de sinistro e de comprovantes satisfatórios, a critério da Seguradora, bem como relatório detalhado do médico assistente e as contas hospitalares dos locais onde se deu o atendimento odontológico.

5.2. Devem ser anexados também, cópias autenticadas dos seguintes documentos:

- a) Certidão de Registro de Ocorrência Policial, Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), quando for o caso;
- b) RG,CPF, e Certidão de Nascimento ou Casamento do Segurado;

c) Comprovante de residência.

5.3. O reembolso das Despesas Odontológicas poderá ser feito a terceiros, quando as despesas forem efetuadas em favor do Segurado, devidamente comprovadas, e os comprovantes contiverem a assinatura do responsável pelo pagamento, por conta e ordem do Segurado.

5.4. As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se os limites estabelecidos na cobertura, atualizadas segundo os critérios estabelecidos nas condições deste seguro.

6 - OUTROS SEGUROS

6.1. Se o Segurado possuir mais de uma apólice, nesta ou em outra Seguradora, garantindo despesas odontológicas, a responsabilidade desta Seguradora por este seguro será igual à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados, proporcionalmente aos limites segurados para cada garantia de todas as apólices em vigor na data do acidente.

7 - CAPITAL SEGURADO

7.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.

7.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do acidente.

8 - ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

8.1. As indenizações por Despesas Odontológicas são cumulativas com qualquer outra garantia do presente seguro, isto é, se em consequência do acidente coberto o Segurado vier a falecer ou ficar definitivamente inválido, e antes disso, em virtude do mesmo ou de outro acidente tiver recebido indenização por conta desta garantia contratada, a Seguradora não abaterá da indenização devida por Morte ou Invalidez a indenização paga por despesas odontológicas.

9 - RATIFICAÇÃO

9.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA DE DOENÇAS GRAVES

1 - OBJETO DA GARANTIA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, o pagamento de indenização em caso de ocorrência de uma das doenças abrangidas pela cobertura deste seguro, conforme abaixo, mediante diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, quando exigidos.

1.2. A cobertura está condicionada à circunstância de a doença ser diagnosticada durante a vigência do seguro, observadas as demais Condições Contratuais.

2 - DEFINIÇÃO DAS COBERTURAS

2.1. Para efeito deste seguro estão cobertas as doenças abaixo relacionadas e caracterizadas, sendo necessário que seus diagnósticos sigam os critérios estabelecidos na literatura médica mundial e sejam aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

I – DOENÇA NEOPLÁSICA MALIGNA (CÂNCER OU TUMORMALIGNO)

Definição:

É o resultado do acúmulo de alterações genéticas ou adquiridas que transforma a célula normal em outra estrutura diferente, promovendo o crescimento progressivo e descontrolado de células malignas, com potencial para invadir tecidos ou órgãos vizinhos e disseminar-se a lugares distantes (metástases).

Risco Coberto:

Estão cobertos os portadores de neoplasia maligna com metástases à distância, devidamente comprovada através de exames complementares especializados. Estarão cobertos, também, os tumores malignos cerebrais, de fígado, leucemias agudas (mielóide e linfóide) e os linfomas estágio III e IV com envolvimento de gânglios acima e abaixo do diafragma ou órgãos com pulmão, fígado e medula óssea.

II – DOENÇAS CARDIOLÓGICAS

Definição:

São doenças do coração, incidentes nos músculos, nas artérias e nas válvulas deste órgão.

Risco Coberto:

Estão cobertas as doenças cardiológicas decorrentes de coronariopatias agudas ou crônicas, doenças valvulares, devidamente comprovadas e que necessitem de cirurgia a céu aberto.

III – ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)**Definição:**

Isquemia cerebral (diminuição e/ou interrupção do fluxo sanguíneo nas áreas a serem irrigadas do tecido cerebral) ou hemorragia intracraniana, resultante de problemas vasculares que produza destruição do tecido cerebral e sequela neurológica definitiva.

Risco Coberto:

Estão cobertos os segurados que sofreram AVC.

A avaliação deverá ser realizada por médico especialista em neurologia, comprovado com exames complementares de imagem (Tomografias, Ressonância Magnética, Angiografia ou Doppler de Carótidas).

Risco Excluído:

Ataques isquêmicos transitórios (AIT);

IV – TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS VITAIS**Definição:**

É a transferência do órgão vital de um indivíduo vivo ou morto ou uso de prótese artificial em decorrência da perda irreversível de sua função.

Risco Coberto:

Estará coberto o Segurado que necessitar do transplante caracterizado pela perda irreversível da função dos órgãos vitais relacionados abaixo, mediante indicação do médico especialista na patologia e de exames específicos:

- Coração
- Fígado
- Medula óssea
- Pâncreas
- Pulmão
- Rim

2.2. Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada ou cirurgia realizada, desde que comunicados à Seguradora, não havendo, em hipótese alguma

acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.

2.3. O pagamento de qualquer indenização decorrente da cobertura de doenças graves significa o cancelamento imediato desta cobertura, não havendo reintegração do Capital Segurado ou renovação da cobertura.

2.4. Após o pagamento da indenização, a garantia de que trata esta Condição Especial fica automaticamente cancelada.

2.5. Nenhum benefício será pago com base em diagnóstico feito por uma pessoa que seja membro da família do Segurado ou que esteja vivendo na mesma residência da Segurado, independente de esta pessoa ser um médico habilitado ou profissional de saúde.

2.6. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento da ocorrência a Seguradora poderá realizar perícia médica no Segurado, bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do sinistro.

2.7. O Segurado deverá autorizar por escrito, seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, que participaram no seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

2.8. Os resultados apurados pela perícia, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado e seu médico assistente.

2.9. Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da Seguradora.

2.10. No caso de discordância sobre a causa, natureza ou extensão da doença, bem como sobre matéria médica não prevista expressamente neste seguro, a sociedade seguradora irá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica constituída de 03 (três) médicos especialistas, sendo um indicado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos indicados.

2.10.1. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver indicado; os honorários do terceiro médico serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

2.10.2. 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.

3 - REENQUADRAMENTO POR IDADE

Para esta cobertura serão utilizados os seguintes percentuais de aumento de acordo com a idade que o segurado se encontra, na data do seu aniversário:

IDADE	PERCENTUAL DE AUMENTO	IDADE	PERCENTUAL DE AUMENTO	IDADE	PERCENTUAL DE AUMENTO	IDADE	PERCENTUAL DE AUMENTO
10	0%	26	0%	42	0%	58	0%
11	0%	27	0%	43	0%	59	0%
12	0%	28	0%	44	0%	60	62%
13	0%	29	0%	45	0%	61	0%
14	0%	30	29%	46	0%	62	0%
15	0%	31	0%	47	0%	63	0%
16	0%	32	0%	48	0%	64	0%
17	0%	33	0%	49	0%	65	0%
18	0%	34	0%	50	80%	66	0%
19	0%	35	0%	51	0%	67	0%
20	3%	36	0%	52	0%	68	0%
21	0%	37	0%	53	0%	69	0%
22	0%	38	0%	54	0%	70	36%
23	0%	39	0%	55	0%	Acima de 70	0%
24	0%	40	77%	56	0%		
25	0%	41	0%	57	0%		

4 - CARÊNCIA

- 4.1. Será adotado um período de carência de 2 (dois) meses, contados a partir do início de vigência do seguro individual.
- 4.2. Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.
- 4.3. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

5 - CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.

5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do diagnóstico da doença coberta.

6 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

6.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

7 - RATIFICAÇÃO

7.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE PESSOAL OU DOENÇA (DIH)

1 - OBJETO DA GARANTIA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão destas Condições Especiais na apólice, garantir o pagamento de um valor diário fixo, pagável por dia de hospitalização do Segurado em uma Instituição hospitalar, **desde que a hospitalização seja decorrente de acidente pessoal ou doença cobertos pelo plano de seguro**, do qual esta Condição Especial é parte integrante, observadas as demais disposições contratuais.

1.2. O valor de cada diária será estabelecido na apólice.

1.3. Caracteriza-se como hospitalização uma internação em uma Instituição Hospitalar pelo período mínimo de 12(doze) horas, comprovada a utilização de pelo menos 01 (uma) diária hospitalar.

1.4. O benefício máximo pagável sob este seguro é de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por internação, sendo que, na reinternação, as diárias serão cumulativas para este efeito.

1.4.1. Considerar-se-á como reinternação a internação que se iniciar no período de vigência deste seguro, dentro dos 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias subsequentes ao fim de uma internação já sofrida, e que resulte de causas que sejam iguais ou relacionadas com a mesma, e para a qual já se tenha pago benefício concedido por esta garantia.

1.5. Nos casos de hospitalização no exterior, os encargos de tradução dos documentos comprobatórios ficarão por conta da Seguradora.

2 - RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos mencionados no item 4 das Condições Gerais deste seguro, para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídos os seguintes eventos:

- a) hospitalização quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;**
- b) procedimentos odontológicos;**
- c) tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou antiético;**
- d) tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;**

e) cirurgias estéticas.

2.2. Também são considerados excluídos:

- a) as internações em instituições do tipo abaixo relacionadas:
 - a1. Instituição para atendimento de deficientes mentais, ou seja, uma instituição primordialmente dedicada ao tratamento de enfermidades psiquiátricas, incluindo subnormalidades; ou ainda o departamento psiquiátrico de um hospital;
 - a2. Local para idosos, casas de descanso, asilos e assemelhados;
 - a3. Clínicas ou local para recuperação de viciados em álcool e drogas; e
 - a4. Instituições de saúde hidroterápica ou clínicas de métodos curativos naturais; casa de saúde para convalescentes; unidade especial de hospital usada primordialmente como um lugar para viciados em drogas ou álcool, ou como uma instituição de saúde para convalescentes ou para reabilitados; clínicas de emagrecimento ou SPA.

3 - REENQUADRAMENTO POR IDADE

Para esta cobertura serão utilizados os seguintes percentuais de aumento de acordo com a idade que o segurado se encontra, na data do seu aniversário:

IDADE	PERCENTUAL DE AUMENTO	IDADE	PERCENTUAL DE AUMENTO	IDADE	PERCENTUAL DE AUMENTO	IDADE	PERCENTUAL DE AUMENTO
10	0%	26	0%	42	0%	58	0%
11	0%	27	0%	43	0%	59	0%
12	0%	28	0%	44	0%	60	51%
13	0%	29	0%	45	0%	61	0%
14	0%	30	26%	46	0%	62	0%
15	0%	31	0%	47	0%	63	0%
16	0%	32	0%	48	0%	64	0%
17	0%	33	0%	49	0%	65	0%
18	0%	34	0%	50	37%	66	0%
19	0%	35	0%	51	0%	67	0%
20	34%	36	0%	52	0%	68	0%
21	0%	37	0%	53	0%	69	0%
22	0%	38	0%	54	0%	70	70%
23	0%	39	0%	55	0%	Acima de 70	0%
24	0%	40	33%	56	0%		
25	0%	41	0%	57	0%		

4 - VALOR DAS DIÁRIAS

4.1. O valor de cada diária será estabelecido na apólice com base na Proposta, respeitados os limites indicados no item 6.1. destas Condições Especiais.

5 - PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro coberto por esta Garantia, deverá o Segurado, o Beneficiário(a) ou seu representante legal informar imediatamente o sinistro e comprovar satisfatoriamente sua ocorrência.

5.2. Para o processo de indenização será necessário comunicar o nome completo, cópia simples do RG e CPF do Segurado, data de nascimento, data, hora, local e causa do sinistro, período de internação, DDD e telefone para contato, além dos seguintes documentos:

- a) Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de internação hospitalar, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o Segurado na data do evento;
- b) Documento que comprove a hospitalização do Segurado (declaração do hospital), desde que este seja um documento comprobatório para fins legais, contendo nome do Segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas, identificação do médico assistente;
- c) Prontuário médico hospitalar completo, fornecido pela instituição hospitalar;
- d) Original ou cópia simples de exames realizados que comprovem necessidade da internação hospitalar;
- e) Cópia simples do boletim de ocorrência policial (BO), quando aplicável;
- f) Cópia simples da carteira nacional de habilitação (CNH), quando o Segurado for condutor do veículo;
- g) No caso de internação hospitalar por período superior a 15 (quinze) dias, anexar relatório médico justificativo e com o período estimado de permanência, a cada 15 (quinze) dias de internação.

5.3. A Seguradora se reserva o direito de solicitar, no caso de dúvida fundada e justificável, qualquer outro documento que se faça necessário para regulação do sinistro, para a completa elucidação do evento ocorrido.

5.3.1. O prazo máximo para a apreciação dos documentos básicos previstos no item 4.2, está

Sancor Seguros do Brasil S.A. - CNPJ 17.643.407/0001-30 - Av. Duque de Caxias, 882 - Ed. New Tower Plaza - Torre 2 - Zona 1 - Maringá - PR CEP: 87013-180 |

SAC: 0800 200 0392 - www.sancorseguros.com.br

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

limitado a 30 dias.

5.3.2. Caso haja solicitação de nova documentação o prazo para liquidação de sinistros sofrerá suspensão, assim, a contagem do prazo voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

5.4. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os respectivos documentos solicitados correrão por conta do Segurado ou de seus Beneficiários.

6 - PAGAMENTO DAS DIÁRIAS

6.1. A Seguradora pagará ao Segurado as diárias a que tiver direito, se houver a internação hospitalar de que trata esta Garantia, até o dia de sua alta, ou do momento em que deixe o hospital, o que primeiro acontecer.

6.2. As diárias serão pagas ao Segurado à medida que se tornem devidas, a cada 30 (trinta) dias.

7 - LIMITES

7.1. Pelo mesmo acidente ou doença, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada e estabelecida na apólice.

8 – CAPITAL SEGURADO

8.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.

8.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data de internação.

9 - CARÊNCIAS

9.1. Não obstante o descrito na alínea "d" do item 4-RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estará garantida por esta cobertura a hospitalização resultante de doença ou lesão caracterizada como condição médica preexistente do Segurado ocorrida após 06 (seis) meses da vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso.

9.1.1. Uma condição médica preexistente é a doença de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de contratação.

9.1.2. Se, durante a vigência desta garantia, o Segurado optar pela elevação do valor do benefício diário fixo através de alteração de plano, haverá exclusão para o valor do aumento,

Sancor Seguros do Brasil S.A. - CNPJ 17.643.407/0001-30 - Av. Duque de Caxias, 882 - Ed. New Tower Plaza - Torre 2 - Zona 1 - Maringá - PR CEP: 87013-180 |

SAC: 0800 200 0392 - www.sancorseguros.com.br

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

em caso de condição médica preexistente.

10 - ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

10.1. As indenizações por Diárias de Internação Hospitalar são cumulativas com qualquer outra garantia do presente Seguro, isto é, se em consequência do acidente coberto o Segurado vier a falecer ou ficar definitivamente inválido, e antes disso, em virtude do mesmo ou de outro acidente tiver recebido indenização por conta da garantia de D.I.H.A.D, a Seguradora não abaterá da indenização devida por Morte ou Invalidez, a indenização paga por D.I.H.A.D.

11 - RATIFICAÇÃO

11.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

COBERTURA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DITA)

1 - OBJETO DO SEGURO

- 1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão destas Condições Especiais na apólice, garantir o pagamento de diárias ao Segurado, profissional liberal ou autônomo, que, **em decorrência de um acidente pessoal coberto mantenha-se afastado de sua principal atividade profissional por um período superior ao da franquia estipulada devido a uma impossibilidade contínua e ininterrupta de exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.**
- 1.2. Para os fins deste plano de seguro, considera-se como profissional liberal e autônomo aquele que contribui com a previdência social (INSS) e recebe pagamentos por prestação de serviços, sem qualquer vínculo empregatício, sendo esta a sua forma principal de percepção de rendimentos.
- 1.3. O valor da diária será estabelecido nas Condições Contratuais e informado na apólice, bem como o número de diárias contratadas sob estas Condições Especiais.

2 - VALOR E PAGAMENTO DAS DIÁRIAS

- 2.1. O valor de cada diária será estabelecido nas Condições Contratuais, respeitados os limites indicados no item 3 desta cobertura.
- 2.2. A Seguradora pagará ao Segurado as diárias a que tiver direito, contadas do 16º(décimo sexto) dia do acidente, caracterizando a incapacidade, até o dia da sua volta à atividade laborativa, respeitando os limites estabelecidos no item 3 desta cobertura.
- 2.3. As diárias serão pagas ao Segurado à medida que se tornem devidas, a cada 30(trinta) dias.
- 2.4. **O afastamento somente será reconhecido quando determinado por um médico devidamente habilitado e comprovado posteriormente através do envio dos exames complementares.**

3 - REENQUADRAMENTO POR IDADE

- 3.1. O Prêmio de seguro para esta cobertura não sofrerá alteração por Idade.

4 - LIMITES

4.1. Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada, e estabelecida nas Condições Contratuais da Apólice.

5 - FRANQUIA

5.1. Para esta cobertura, a franquia será de 15 (quinze) dias, a contar da data da incapacidade.

6 - OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro cabe ao Segurado providenciar os documentos básicos como:

- a) aviso de sinistro;
- b) comprovação de exercício de atividade profissional;
- c) cópia autenticada do recolhimento de ISS ou do ICMS; ou
- d) cópia autenticada do último imposto de renda; ou
- e) cópia autenticada do carnê leão.

7 – CAPITAL SEGURADO

7.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.

7.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do afastamento.

8 - ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

8.1. A cobertura de incapacidade temporária decorrente de acidente é cumulativa com qualquer outra cobertura do presente plano de seguro, isto é, se, em consequência de acidente coberto, o Segurado vier a falecer ou ficar total e permanentemente inválido e, antes disso, em virtude do mesmo ou de outro acidente, tiver recebido indenização por conta desta cobertura de DITA, a Seguradora não abaterá, da indenização devida por morte ou invalidez, a indenização paga por DITA.

8.2. No caso de ocorrência simultânea de mais de um acidente que enseje afastamento indenizável, a indenização será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento,

Sancor Seguros do Brasil S.A. - CNPJ 17.643.407/0001-30 - Av. Duque de Caxias, 882 - Ed. New Tower Plaza - Torre 2 - Zona 1 - Maringá - PR CEP: 87013-180 |

SAC: 0800 200 0392 - www.sancorseguros.com.br

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

não havendo acúmulo ou sobreposição de indenização.

9 - TÉRMINO DA COBERTURA

9.1. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais deste plano de seguro, a cobertura do risco a que se refere esta garantia cessará quando a presente cobertura for cancelada, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

10 - RATIFICAÇÃO

10.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR DOENÇA (DITD)

1 - OBJETO DA GARANTIA

11. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão destas Condições Especiais na apólice, garantir o pagamento de diárias ao Segurado, profissional liberal ou autônomo, que, **em decorrência de uma doença coberta, mantenha-se afastado de sua principal atividade profissional por um período superior ao da franquia estipulada devido a uma impossibilidade contínua e ininterrupta de exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.**

12. Para os fins deste plano de seguro, considera-se como profissional liberal e autônomo aquele que contribui com a previdência social (INSS) e recebe pagamentos por prestação de serviços, sem qualquer vínculo empregatício, sendo esta a forma principal de percepção de seus rendimentos.

13. O valor da diária será estabelecido nas Condições Contratuais e informado na apólice, bem como o número de diárias contratadas sob estas Condições Especiais.

2 - RISCOS EXCLUÍDOS

21. Além dos riscos excluídos constantes do item 4 das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura concedida sob estas Condições Especiais:

- a) gravidez, parto e suas consequências;**
- b) anomalias congênitas;**
- c) hérnia discal, exceto quando decorrente de tratamento cirúrgico;**
- d) cirurgias plásticas com finalidades estéticas ou embelezadoras;**
- e) tratamento para obesidade ou estética em suas várias modalidades;**
- f) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- g) doenças mentais, quaisquer que sejam suas espécies e causas;**
- h) abortos, aprovados ou não e suas consequências;**
- i) tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras ou estéticas, salvo se em consequência de acidentes cobertos ocorridos durante a vigência da apólice;**
- j) cirurgia para esterilização.**

3 - REENQUADRAMENTO POR IDADE

31. O Prêmio de seguro para esta cobertura não sofrerá alteração por Idade.

4 - VALOR E PAGAMENTO DAS DIÁRIAS

41. O valor de cada diária será estabelecido nas Condições Contratuais, respeitados os limites indicados no item 4 desta cobertura.

42. A Seguradora pagará ao Segurado as diárias a que tiver direito, contadas do 16º(décimo sexto) dia do afastamento por doença, caracterizando a incapacidade, até o dia da sua volta à atividade laborativa.

43. As diárias serão pagas ao Segurado à medida que se tornem devidas, a cada 30(trinta) dias.

44. **O afastamento somente será reconhecido quando determinado por um médico devidamente habilitado e comprovado posteriormente através do envio dos exames complementares.**

45. **O pagamento das diárias será feito enquanto o Segurado estiver incapacitado e limitar-se-á à quantidade de diárias estabelecidas no contrato, independentemente do número de eventos.**

5 - LIMITES

51. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada, e estabelecida nas Condições Contratuais da Apólice.

6 - FRANQUIA

61. **Para esta cobertura, a franquia será de 15 (quinze) dias, a contar da data da incapacidade.**

7 - OCORRÊNCIA DE SINISTRO

71. Em caso de sinistro deverá o Segurado providenciar os documentos básicos como:

- a) Aviso de sinistro;
- b) comprovação de exercício de atividade profissional;
- c) cópia autenticada do recolhimento de ISS ou do ICMS; ou
- d) cópia autenticada dos conhecimentos de frete dos últimos 02 (dois) meses, quando for

o caso;

- e) cópia autenticada do último imposto de renda; ou
- f) cópia autenticada do carnê leão;
- g) laudo médico com a determinação do afastamento por incapacidade temporária.

8 – CAPITAL SEGURADO

81. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.

82. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data da incapacidade.

9 - ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

91. A cobertura de diárias de incapacidade temporária decorrente de doença é cumulativa com qualquer outra cobertura do presente plano de seguro, isto é, se, em consequência de doença coberta, o Segurado vier a falecer ou ficar total e permanentemente inválido e, antes disso, em virtude da mesma ou de outra doença, tiver recebido indenização por conta desta cobertura de DIT, a Seguradora não abaterá, se houver indenização devida por outra cobertura , a indenização paga por DIT.

92. No caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento indenizável, a indenização será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou sobreposição de indenização.

10 - TÉRMINO DA COBERTURA

101. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais deste plano de seguro, a cobertura do risco a que se refere esta garantia cessará individualmente para cada Segurado quando a presente cobertura for cancelada, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

11- RATIFICAÇÃO

11.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS DECORRENTES DE ACIDENTE – (SEM FRANQUIA)

1 - OBJETO DA GARANTIA

11. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, garantir ao Segurado, até o limite do Capital Segurado, o reembolso das despesas médicas e odontológicas decorrentes de acidente coberto que o Segurado efetuar para seu restabelecimento, bem como das diárias hospitalares, **decorrentes de acidente coberto, e incorridas a critério médico, desde que iniciado o tratamento nos primeiros 30 (trinta) dias contados da data do acidente.**

12. A Seguradora reserva a si o direito de não reembolsar quaisquer despesas caso seja comprovado que o tratamento teve início depois de decorridos 30 (trinta) dias da data da ocorrência do sinistro.

13. Como tratamento considera-se inclusive a internação hospitalar, a critério do médico assistente do Segurado, bem como as despesas com radiografia, ultrassonografia, tomografia computadorizada, medicamentos, sala de operação, anestesia, fisioterapia, laboratório, bem como despesas de pronto-socorro, assistência de enfermeiro(s) diplomado(s) e honorário(s) de médico(s) e dentista(s).

14. **O reembolso de despesas com dentistas abrange exclusivamente a restauração e/ou colocação de prótese em substituição a dentes naturais danificados, parciais ou totalmente, em acidente coberto e sofrido pelo Segurado.**

2 -RISCOS EXCLUIDOS

21. Além das exclusões constantes das Condições Gerais, não estão abrangidas as despesas decorrentes de:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e de dietas especiais, bem como quaisquer despesas de acompanhantes;**
- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais em consequência de acidente coberto;**
- c) eventos não cobertos, relacionados nas Condições Gerais deste seguro.**

3 - REENQUADRAMENTO POR IDADE

31. O Prêmio de seguro para esta cobertura não sofrerá alteração por Idade.

4 - LIVRE ESCOLHA

41. É facultada ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviço médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

5 – CAPITAL SEGURADO

51. **O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.**

52 Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do acidente.

6- COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS

6.1. O Segurado deverá comprovar as despesas de assistência médica-hospitalares, mediante a apresentação dos recibos originais, acompanhados do aviso de sinistro, de receita médica, exames radiológicos, ultrassonográficos, tomográficos, e de comprovantes satisfatórios, a critério da Seguradora, bem como relatório detalhado do médico assistente e contas hospitalares.

6.2. Devem ser anexadas também, cópias autenticadas dos seguintes documentos:

a) Certidão de Registro de Ocorrência Policial, Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), quando for o caso;

b) RG, CPF, e Certidão de Nascimento ou Casamento;

c) Comprovante de residência;

6.3. O reembolso das Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) poderá ser feito a terceiros, quando as despesas, observado o item 1 acima, forem devidamente comprovadas e os comprovantes contiverem a assinatura do responsável pelo pagamento, por conta e ordem do Segurado.

6.4. As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

7 - OUTROS SEGUROS

7.1. Se o Segurado possuir mais de uma apólice, neste ou em outra Seguradora, garantindo despesas médico-hospitalares, a responsabilidade desta Seguradora por este seguro será igual à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados, proporcionalmente aos limites segurados para cada garantia, de todas as apólices em vigor na data do acidente.

8 - ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

8.1. As indenizações por Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (DMHO) são cumulativas com qualquer outra garantia do presente seguro, isto é, se, em consequência do acidente coberto o Segurado vier a falecer ou ficar definitivamente inválido, e antes disso, em virtude do mesmo ou de outro acidente tiver recebido indenização por conta da garantia de DMHO, a Seguradora não abaterá da indenização devida por morte ou invalidez a indenização paga por DMHO.

9 - RATIFICAÇÃO

9.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS DECORRENTES DE ACIDENTE – (FRANQUIA DE R\$200,00)

1 - OBJETO DA GARANTIA

11. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, garantir ao Segurado, até o limite do Capital Segurado, o reembolso das despesas médicas e odontológicas decorrentes de acidente coberto que o Segurado efetuar para seu restabelecimento, bem como das diárias hospitalares, **decorrentes de acidente coberto, e incorridas a critério médico, desde que iniciado o tratamento nos primeiros 30 (trinta) dias contados da data do acidente.**

12. A Seguradora reserva a si o direito de não reembolsar quaisquer despesas caso seja comprovado que o tratamento teve início depois de decorridos 30 (trinta) dias da data da ocorrência do sinistro.

13. Como tratamento considera-se inclusive a internação hospitalar, a critério do médico assistente do Segurado, bem como as despesas com radiografia, ultrassonografia, tomografia computadorizada, medicamentos, sala de operação, anestesia, fisioterapia, laboratório, bem como despesas de pronto-socorro, assistência de enfermeiro(s) diplomado(s) e honorário(s) de médico(s) e dentista(s).

14. **O reembolso de despesas com dentistas abrange exclusivamente a restauração e/ou colocação de prótese em substituição a dentes naturais danificados, parciais ou totalmente, em acidente coberto e sofrido pelo Segurado.**

2 -RISCOS EXCLUIDOS

21. Além das exclusões constantes das Condições Gerais, não estão abrangidas as despesas decorrentes de:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e de dietas especiais, bem como quaisquer despesas de acompanhantes;**
- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais em consequência de acidente coberto;**
- c) eventos não cobertos, relacionados nas Condições Gerais deste seguro.**

3 - REENQUADRAMENTO POR IDADE

31. O Prêmio de seguro para esta cobertura não sofrerá alteração por Idade.

4 - LIVRE ESCOLHA

41. É facultada ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviço médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

5 - FRANQUIA

51. Para esta garantia será aplicada franquia dedutível de R\$ 200,00.

6 – CAPITAL SEGURADO

61. **O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.**

62. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do acidente.

7- COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS

7.1. O Segurado deverá comprovar as despesas de assistência médico-hospitalares, mediante a apresentação dos recibos originais, acompanhados do aviso de sinistro, de receita médica, exames radiológicos, ultrassonográficos, tomográficos, e de comprovantes satisfatórios, a critério da Seguradora, bem como relatório detalhado do médico assistente e contas hospitalares.

7.2. Devem ser anexadas também, cópias autenticadas dos seguintes documentos:

- a) Certidão de Registro de Ocorrência Policial, Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), quando for o caso;
- b) RG, CPF, e Certidão de Nascimento ou Casamento;
- c) Comprovante de residência;

7.3. O reembolso das Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) poderá ser feito a terceiros, quando as despesas, observado o item 1 acima, forem devidamente comprovadas e os comprovantes contiverem a assinatura do responsável pelo pagamento, por conta e ordem do Segurado.

74. As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

8 - OUTROS SEGUROS

8.1. Se o Segurado possuir mais de uma apólice, neste ou em outra Seguradora, garantindo despesas médico-hospitalares, a responsabilidade desta Seguradora por este seguro será igual à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados, proporcionalmente aos limites segurados para cada garantia, de todas as apólices em vigor na data do acidente.

9 - ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

9.1. As indenizações por Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (DMHO) são cumulativas com qualquer outra garantia do presente seguro, isto é, se, em consequência do acidente coberto o Segurado vier a falecer ou ficar definitivamente inválido, e antes disso, em virtude do mesmo ou de outro acidente tiver recebido indenização por conta da garantia de DMHO, a Seguradora não abaterá da indenização devida por morte ou invalidez a indenização paga por DMHO.

10 - RATIFICAÇÃO

10.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

**GARANTIA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E
ODONTOLÓGICAS DECORRENTES DE ACIDENTE – (FRANQUIA DE
R\$500,00)**

1 - OBJETO DA GARANTIA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, garantir ao Segurado, até o limite do Capital Segurado, o reembolso das despesas médicas e odontológicas decorrentes de acidente coberto que o Segurado efetuar para seu restabelecimento, bem como das diárias hospitalares, **decorrentes de acidente coberto, e incorridas a critério médico, desde que iniciado o tratamento nos primeiros 30 (trinta) dias contados da data do acidente.**

1.2. A Seguradora reserva a si o direito de não reembolsar quaisquer despesas caso seja comprovado que o tratamento teve início depois de decorridos 30 (trinta) dias da data da ocorrência do sinistro.

1.3. Como tratamento considera-se inclusive a internação hospitalar, a critério do médico assistente do Segurado, bem como as despesas com radiografia, ultrassonografia, tomografia computadorizada, medicamentos, sala de operação, anestesia, fisioterapia, laboratório, bem como despesas de pronto-socorro, assistência de enfermeiro(s) diplomado(s) e honorário(s) de médico(s) e dentista(s).

1.4. O reembolso de despesas com dentistas abrange exclusivamente a restauração e/ou colocação de prótese em substituição a dentes naturais danificados, parciais ou totalmente, em acidente coberto e sofrido pelo Segurado.

2 -RISCOS EXCLUIDOS

2.1. Além das exclusões constantes das Condições Gerais, não estão abrangidas as despesas decorrentes de:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e de dietas especiais, bem como quaisquer despesas de acompanhantes;
- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais em consequência de acidente coberto;
- c) eventos não cobertos, relacionados nas Condições Gerais deste seguro.

3 - REENQUADRAMENTO POR IDADE

31. O Prêmio de seguro para esta cobertura não sofrerá alteração por Idade.

4 - LIVRE ESCOLHA

41. É facultada ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviço médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

5 - FRANQUIA

51. Para esta garantia será aplicada franquia dedutível de R\$ 500,00.

6 – CAPITAL SEGURADO

61. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.

62. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do acidente.

7- COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS

7.1. O Segurado deverá comprovar as despesas de assistência médica-hospitalares, mediante a apresentação dos recibos originais, acompanhados do aviso de sinistro, de receita médica, exames radiológicos, ultrassonográficos, tomográficos, e de comprovantes satisfatórios, a critério da Seguradora, bem como relatório detalhado do médico assistente e contas hospitalares.

7.2. Devem ser anexadas também, cópias autenticadas dos seguintes documentos:

- a) Certidão de Registro de Ocorrência Policial, Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), quando for o caso;
- b) RG, CPF, e Certidão de Nascimento ou Casamento;
- c) Comprovante de residência;

7.3. O reembolso das Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) poderá ser feito a terceiros, quando as despesas, observado o item 1 acima, forem devidamente comprovadas e os comprovantes contiverem a assinatura do responsável pelo pagamento, por conta e ordem do Segurado.

7.4. As despesas efetuadas no exterior devem ser resarcidas com base no câmbio oficial de Sancor Seguros do Brasil S.A. - CNPJ 17.643.407/0001-30 - Av. Duque de Caxias, 882 - Ed. New Tower Plaza - Torre 2 - Zona 1 - Maringá - PR CEP: 87013-180 | SAC: 0800 200 0392 - www.sancorseguros.com.br
O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

8 - OUTROS SEGUROS

8.1. Se o Segurado possuir mais de uma apólice, neste ou em outra Seguradora, garantindo despesas médico-hospitalares, a responsabilidade desta Seguradora por este seguro será igual à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados, proporcionalmente aos limites segurados para cada garantia, de todas as apólices em vigor na data do acidente.

9 - ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

9.1. As indenizações por Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (DMHO) são cumulativas com qualquer outra garantia do presente seguro, isto é, se, em consequência do acidente coberto o Segurado vier a falecer ou ficar definitivamente inválido, e antes disso, em virtude do mesmo ou de outro acidente tiver recebido indenização por conta da garantia de DMHO, a Seguradora não abaterá da indenização devida por morte ou invalidez a indenização paga por DMHO.

10 - RATIFICAÇÃO

10.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

SUPLEMENTAR DE FILHO (S)

1 – OBJETO DA CONDIÇÃO ESPECIAL DE DEPENDENTE(S) FILHO (s)

1.1. Esta Condição Especial de Dependente(s) Filho(s) objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente, garantir ao Segurado o pagamento do Capital Segurado, caso venha a ocorrer a morte do(s) filho(s), ou dependentes equiparados a filhos, para efeito deste seguro, observadas as Condições Gerais e estas disposições específicas.

2 - DEFINIÇÃO DE FILHOS

2.1. Será(ão) considerado(s) Filho(s), para fins de inclusão nesta Condição Especial, filho(s) até 21 anos de idade ou 24 anos, se universitário(a).

2.2. Para efeito de presente Condição Especial equiparam-se aos filhos os enteados, considerados dependentes econômicos do Segurado, desde que atendam as condições do item anterior.

2.3. Para menores de 14 anos é permitido exclusivamente o pagamento do reembolso de despesas com funeral.

3 - REENQUADRAMENTO POR IDADE

3.1. O Prêmio de seguro sofrerá alteração por Idade conforme item 3 da cobertura contratada para o Filho.

4 - COBERTURAS

4.1. Ao(s) Filho(s) somente poderá ser concedida a cobertura de Morte e de Morte Acidental, desde que as mesmas tenham sido contratadas pelo Segurado Principal, respeitando o disposto nas Condições Gerais e Condições Especiais de cada cobertura.

4.1.1. As coberturas extensíveis ao(s) filho(s) será(ão) as seguintes:

- **Morte;**
- **Morte Acidental.**

5 - RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos item 4 das Condições Gerais da apólice e aqueles definidos nas Condições Especiais de cada

cobertura contratada.

6 - CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

6.1. Poderão fazer parte deste seguro todos os filhos que tiverem suas inclusões solicitadas, mediante Proposta devidamente preenchida e assinada pelo Segurado, e desde que atendam as condições estabelecidas no item 2 acima, respeitadas, ainda as demais disposições da apólice.

7 - CAPITAL SEGURADO

7.1. Para fins desta Condição Especial o Capital Segurado é a Importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na apólice de seguro, vigente na data do evento.

7.1.1. Considera-se data do evento:

- a) No caso de morte: a data do falecimento;
- b) No caso de morte accidental: a data do acidente.

7.2. O Capital Segurado para cada cobertura está limitado a 100% do Capital Segurado estabelecido para o Segurado.

8 - OCORRÊNCIA DE SINISTRO

8.1. Em caso de sinistro cabe ao Segurado proceder conforme descrito no item 14 das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos no item 15 das mesmas Condições, bem como os documentos indicados nas Condições Especiais de cada cobertura.

9 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

9.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

10 - CESSAÇÃO DA GARANTIA

10.1. Esta Condição Especial cessará automaticamente quando ocorrer:

- a) Pedido de cancelamento por escrito do Segurado;**
- b) Automaticamente, com a morte do filho segurado por estas Condições Especiais;**
- c) Morte do Segurado Principal, ou com o pagamento de indenização por invalidez total e permanente do mesmo.**

11 - RATIFICAÇÃO

11.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

1 - OBJETO DO SEGURO

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, garantir o interesse legítimo do Segurado, na hipótese da ocorrência de sua invalidez funcional permanente e total por doença, que cause a perda de sua existência independente, nos termos das Condições Contratuais, observado o disposto no item 3 abaixo enunciado e os demais critérios especificados nestas Condições Especiais.

1.1.1. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos para fins desta cobertura os Segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

1.1.2. Haverá um Capital Segurado específico para esta Cobertura de Invalidez Permanente e Total por Doença.

1.2. O seguro ora contratado foi estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, cuja natureza técnica não permite a constituição de provisões matemáticas passíveis de serem resgatadas ou devolvidas, posto que os prêmios pagos destinam-se ao custeio das despesas de administração e de comercialização e ao pagamento de indenizações.

1.3. É obrigatória a contratação da cobertura de Morte em conjunto com esta cobertura.

1.3.1. A cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD) será definida como uma antecipação à cobertura de Morte.

2 – GLOSSÁRIO

Além das definições constantes das Condições Gerais, para fins desta cobertura, definir-se-á por:

2.1. **Aceitação:** aceitação, por parte da Seguradora, da Proposta de Contratação e/ou da Proposta de Contratação.

2.2. **Alienação Mental:** distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o Segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.

- 2.3. **Aparelho Locomotor:** conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.
- 2.4. **Atividade Laborativa:** qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.
- 2.5. **Auxílio:** ajuda através de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- 2.6. **Cancelamento da Apólice:** ato pelo qual a apólice é cancelada antes do término de sua vigência.
- 2.7. **Cardiopatia Grave:** doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave, volume 61, de 1993” e a “II Diretriz Brasileira de Cardiopatia Grave, volume 87, nº 2, de agosto de 2006”, ambos publicados pela Sociedade Brasileira de Cardiopatia.
- 2.8. **Cognição:** conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento, etc.
- 2.9. **Dados Antropométricos:** peso e altura do Segurado.
- 2.10. **Deficiência Visual:** qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
- 2.11. **Disfunção Imunológica:** incapacidade de o corpo prover uma resposta imunológica normal às doenças que o acometem, podendo a disfunção ser genética ou adquirida em virtude de doença.
- 2.12. **Doenças:** para efeitos deste plano de seguro considera-se doença como o conjunto característico de sinais e sintomas, decorrentes da falta de capacidade de função em um membro, órgão ou sistema, total ou parcial, em comparação ao funcionamento normal deste e desde que se configure como uma das patologias mencionadas no subitem 3.2 destas Condições Especiais.
- 2.13. **Doença Crônica em Atividade:** doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado e que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 2.14. **Doença Crônica de Caráter Progressivo:** doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado e que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 2.15. **Doença Terminal:** doença em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o doente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

- 2.16. **Doença Neoplásica Maligna Ativa:** crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação, sendo conhecidos como cânceres ou tumores malignos em atividade.
- 2.17. **Doença Profissional:** aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.
- 2.18. **Doença ou Lesão Preexistente:** lesão ou conjunto característico de sinais e sintomas, decorrentes da falta de capacidade de função de um membro, órgão ou sistema, total ou parcial, em comparação ao funcionamento normal deste, que o proponente saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão.
- 2.19. **Estados Conexos:** o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
- 2.20. **Estado Mórbido:** piora de uma doença.
- 2.21. **Etiologia:** causa da doença.
- 2.22. **Fatores de Risco e Morbidade:** aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- 2.23. **Hígido:** saudável.
- 2.24. **Perda da Existência Independente:** ocorrência de quadro clínico incapacitante decorrente de doença que inviabilize, de forma irreversível, o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado, o qual deverá ser comprovado por meio dos parâmetros e documentos especificados no item 3.
- 2.25. **Prognóstico:** juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 2.26. **Quadro Clínico:** conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 2.27. **Recidiva:** reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 2.28. **Refratariedade Terapêutica:** incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.
- 2.29. **Relações Existenciais:** relação que capacitam à autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a Vida.
- 2.30. **Risco Coberto:** invalidez funcional permanente e total por doença, que cause a perda da existência independente do Segurado ocorrida na vigência da apólice.
- 2.31. **Sentido de Orientação:** faculdade de o individuo se identificar, relacionar e se

deslocar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca.

2.32. **Sequela:** qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

2.33. **Transferência Corporal:** capacidade de o Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3 - REENQUADRAMENTO POR IDADE

Para esta cobertura serão utilizados os seguintes percentuais de aumento de acordo com a Idade que o segurado se encontra, na data do seu aniversário:

-

Idade	Percentual de Aumento	Idade	Percentual de Aumento	Idade	Percentual de Aumento
14		47	11,7341%	81	10,1094%
15	2,3529%	48	11,1000%	82	10,0174%
16	2,5287%	49	10,4996%	83	9,8826%
17	2,6906%	50	9,8267%	84	9,6459%
18	3,0568%	51	9,2186%	85	9,3200%
19	3,3898%	52	8,5985%	86	8,9408%
20	3,4836%	53	8,0216%	87	8,5299%
21	3,9604%	54	7,5606%	88	8,1235%
22	4,0000%	55	7,2080%	89	7,8046%
23	4,3956%	56	6,9236%	90	7,5705%
24	4,5614%	57	6,7093%	91	7,4032%
25	4,3624%	58	6,5945%	92	7,2864%
26	4,5016%	59	6,7490%	93	7,2059%
27	4,1538%	60	7,1447%	94	7,1464%
28	3,9882%	61	7,7357%	95	7,1005%
29	3,8352%	62	8,4270%	96	7,0638%
30	3,8304%	63	9,1376%	97	7,0335%
31	3,5573%	64	9,7272%	98	7,1262%
32	3,5623%	65	10,1766%	99	7,3078%
33	3,5627%	66	10,4895%	100	7,5498%
34	3,9146%	67	10,6909%	101	7,8274%
35	4,6804%	68	10,7972%	102	8,1185%
36	5,5616%	69	10,8074%	103	8,4068%
37	6,6116%	70	10,7535%	104	8,6773%
38	7,9457%	71	10,6499%	105	8,9205%
39	9,1562%	72	10,5045%	106	9,1293%
40	10,2796%	73	10,3479%	107	9,2994%
41	11,2603%	74	10,2618%	108	9,4295%
42	12,1314%	75	10,2283%	109	9,5204%
43	12,7316%	76	10,2294%	110	9,5733%
44	12,8844%	77	10,2405%	111	9,5918%
45	12,6820%	78	10,2473%	112	9,5786%
46	12,2551%	79	10,2319%	113	9,5381%
		80	10,1845%	114	9,4737%
				115	9,3892%

4 - RISCO COBERTO

4.1. Considera-se risco coberto, para efeito desta cobertura, a invalidez funcional permanente e total por doença, que cause a perda da existência independente do Segurado, na vigência da apólice.

4.1.1. Caracterizado o risco coberto, observado o disposto nos itens abaixo, nas disposições das Condições Contratuais e na apólice, garante-se ao Segurado/Beneficiário o pagamento da indenização.

4.2. O risco coberto, comprovado segundo critérios vigentes à época do pagamento da indenização e adotado pela classe médica especializada, deverá ser proveniente exclusivamente dos seguintes quadros clínicos:

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico.
- c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais e, consequentemente, sua consumção, sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;
- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
- e) Doenças manifestadas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou funções de dois membros, em grau máximo;
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) Deficiência visual decorrente de doença proveniente de:
 - I Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - II Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção ótica;
 - III Casos nos quais o somatório da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou

- h) Estados mórbidos decorrentes de doença que acarretem:
 - I Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - II Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - III Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.
- i) Doença em estágio terminal, diagnosticada por médico assistente habilitado durante a vigência do contrato.

4.2.1. Outros quadros clínicos incapacitantes poderão ser reconhecidos como riscos cobertos desde que, quando avaliados por meio do instrumento de avaliação de invalidez funcional – IAIF (Anexo I), atinjam, no mínimo, 60 (sessenta) pontos, de um total de 80 (oitenta) pontos possíveis.

4.2.1.1. O IAIF é composto por dois documentos:

a) Tabela de relações existenciais, condições médicas e estruturais e de estados conexos, a qual avalia, por meio de escala com 03 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade do Segurado com a vida, os quais são denominados atributos e avaliados conforme abaixo:

I O 1º grau de cada atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto, considerando que o quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas; e

II Para a classificação no 2º ou no 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

b) Tabela de dados antropométricos, fatores de risco e morbidade, a qual mensura as evidências médicas positivas de cada uma das situações ali previstas.

4.2.1.2. Todos os atributos constantes do anexo serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados, devendo os itens ser pontuados sempre que houver o reconhecimento da situação descrita.

4.3. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público- privadas, não caracteriza por si só quadro clínico incapacitante que comprove a invalidez funcional permanente e total por doença para efeitos destas Condições Especiais.

4.4. Poderá ser fixada no Contrato uma carência para o pagamento da indenização, contada do início da vigência da apólice ou do aumento do Capital Segurado, no que diz respeito à parcela do Capital Segurado que foi aumentada.

5 - RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Além do disposto no item 4 das Condições Gerais deste plano de seguro, a Seguradora não garante o pagamento da indenização caso a invalidez funcional permanente e total do Segurado, decorrente de doença e que cause a perda da existência independente do Segurado, na vigência da apólice, ocorra por consequência, direta ou indireta, de:

- a) perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b) quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a uma atividade profissional;
- c) doença agravadas por traumatismos; e

5.2. Não se considera risco excluído a invalidez funcional permanente e total do Segurado, decorrente de doença e que cause a perda da existência independente de Segurado durante a vigência da apólice, proveniente da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação do serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

6 - CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado será estabelecido na apólice, em moeda corrente nacional.

6.2. O Capital Segurado somente será alterado após submissão e aceitação pela Seguradora de nova Proposta de contratação.

6.3. A data do evento, para fins de determinação do capital segurado, é a data do relatório médico indicando a perda da existência independente do Segurado.

7 - PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

7.1. Na ocorrência do sinistro, tão logo dele se tome conhecimento, deverão ser apresentados à Seguradora os seguintes documentos:

- a) Formulário de aviso de sinistro integralmente preenchido e assinado pelo médico assistente, com a data do sinistro;
- b) Relatório médico assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, data do diagnóstico da doença, os tratamentos realizados e evolução da doença, com o detalhamento do quadro clínico incapacitante irreversível;

- c) Cópia de todos os laudos e exames médicos efetuados até a caracterização da presumida invalidez por doença;
- d) Cópia autenticada da carteira de identidade do Segurado;
- e) Cópia autenticada do CPF do Segurado;
- f) Cópia autenticada do comprovante de residência do Segurado;
- g) Cópia autenticada do Termo Definitivo de Curatela ou de Tutela, se houver, relacionado ao Segurado inválido, bem como cópia autenticada da carteira de identidade, do CPF e de comprovante de residência do Curador ou do Tutor, respectivamente;

7.2. Eventuais despesas efetuadas pelo Segurado relacionadas à comprovação do sinistro deverão ser por ele suportadas.

7.3. A Seguradora pagará a indenização no prazo de até 30 (trinta) dias contados a partir da entrega de todos os documentos relacionados acima.

7.3.1. Será suspensa a contagem do prazo acima mencionado caso a Seguradora solicite documentação ou informação complementar, fundamentada em dúvida justificável, sendo que a contagem do prazo voltará a correr a partir do 1º (primeiro) dia útil subsequente àquele em que for atendida completamente a solicitação da Seguradora.

7.3.2. Caso a indenização não seja paga no prazo previsto, quando do seu pagamento será acrescida de juros moratórios de 12% (doze por cento) ao ano, computados a partir do primeiro dia útil subsequente ao término do prazo, e atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE ou, no caso de inexistência ou não aplicabilidade deste, o Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo – IPC/FIPE, desde a data da ocorrência do risco coberto até a data do pagamento da indenização.

7.4. O relatório médico deverá ter informações e registros médicos que comprovem o momento exato em que foi atingido o estágio da doença em que se caracterize a perda da existência independente do Segurado.

7.5. Fica facultado à Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do sinistro e/ou, se for o caso, à sua liquidação.

7.6. Eventuais encargos de tradução necessários para a liquidação do sinistro, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão integralmente a cargo da Seguradora.

7.7. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão da invalidez, bem como dúvida quanto ao correto enquadramento do risco coberto, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a

contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica.

7.7.1. A referida junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados, onde cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e Seguradora.

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

7.8. Não será paga indenização com base em diagnóstico feito por membro da família ou por pessoa que viva na mesma residência do Segurado, independentemente de ser um médico habilitado ou profissional de saúde.

7.8.1. Neste caso, a invalidez do Segurado deverá ser comprovada por relatório de médico habilitado que com ele não possua vínculo/ou deverá haver submissão à junta médica de que trata o subitem 7.7.

7.9. Reconhecida a invalidez funcional pela sociedade seguradora, a indenização deve ser paga de uma só vez.

8 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

8.1. Após ser paga a indenização pelo evento coberto, verificar-se a morte do segurado, a importância já paga deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, não ocorrendo acúmulo de indenizações.

9 - CANCELAMENTO DA COBERTURA

9.1. O pagamento de indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, efetivamente comprovada, extingue, imediata e automaticamente, esta cobertura.

9.1.1. Nessa hipótese, os prêmios relativos à relativos a cobertura de Invalidez Funcional Permanente por Doença, eventualmente pagos após a data do requerimento do pagamento do Capital Segurado, serão devolvidos, atualizados monetariamente.

9.2. A cobertura de morte, assim como quaisquer outras coberturas contratadas, vigentes à época do pagamento do Capital Segurado por Invalidez Funcional Permanente por Doença, continuarão vigentes, sendo devidos os prêmios correspondentes.

9.3. Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente por Doença, esta cobertura permanecerá em vigor, assim como as demais eventualmente contratadas, não sendo devida

qualquer devolução de prêmio.

10 - RATIFICAÇÃO

10.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

ANEXO – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

Documento 1

TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
	<p>1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.</p>	00
RELAÇÕES DO SEGURADO COM COTIDIANO	<p>2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; O NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.</p>	10
	<p>3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA</p>	20

	ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES	
	MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	
	1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E/OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS	00
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E/OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADA(S) COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA	20

	A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.	
CONECTIVIDA DE SEGURADO COM A VIDA	<p>1º GRAU:</p> <p>O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AOBANHEIRO; Lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugarse, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autosuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.</p>	00
	<p>2º GRAU:</p> <p>O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).</p>	10
	<p>3º GRAU:</p> <p>O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR</p>	20

DIÁRIAS.

Documento 2

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E/OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40.	02
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	02
HÁ OU HOUVE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	04
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E/OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	04
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTESobrevida E OU REFRA TARIEDADE TERAPÊUTICA.	08

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

1 - OBJETO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, garantir ao Segurado/Beneficiário o pagamento de uma indenização de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta cobertura, conforme tabela e critérios do item 5 abaixo, em caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, por lesão física, **desde que ocorrida exclusivamente em consequência de acidente pessoal do Segurado, caracterizado como risco coberto, segundo as condições deste seguro.**

2 – RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além do disposto no item 4 das Condições Gerais deste plano de seguro, estão expressamente excluídos desta Garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente os eventos ocorridos em decorrência de:

- a) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, salvo decorrente da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou ainda por ato de humanidade em auxílio de outrem.
- b) acidentes médicos do tipo: apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose ou outros similares.
- c) doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimentos visíveis;
- d) acidentes com tratamento ou exames clínicos, cirúrgicos, medicamentos, por meio de agentes físicos, raio X, radium ou outros – quando tais tratamentos ou exames não sejam exigidos diretamente por acidente coberto.
- e) acidente(s) ocorrido(s) em data anterior ao inicio de vigência do seguro.

2.2. Estão também excluídos da garantia desta Condição Especial, quaisquer pagamentos, mesmo quando em consequência de evento coberto, decorrentes de:

- 2.2.1. danos morais e estéticos, assim entendido como indenizações de natureza compensatória, decorrentes de qualquer evento coberto por este contrato, na qual esteja o Segurado obrigado a pagar, ainda que proveniente de ação judicial ou extrajudicial, bem como em casos de acordo amigável;**
- 2.2.2. lucros cessantes resultante da paralisação, temporária ou definitiva, das atividades profissionais do Segurado, em virtude da ocorrência de qualquer risco coberto e indenizável;**
- 2.2.3. perdas ou danos materiais decorrentes direta ou indiretamente de qualquer evento, mesmo quando coberto pela apólice.**
- 2.3. Consideram-se ainda como riscos excluídos da cobertura concedida por esta garantia quaisquer tipos de hérnia e suas consequências, o parto ou aborto e suas consequências, e o choque anafilático e suas consequências, salvo quando decorrentes de acidente coberto.**

3 - REENQUADRAMENTO POR IDADE

- 3.1. O Prêmio de seguro para esta cobertura não sofrerá alteração por Idade.

4 - ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

- 4.1. As indenizações por **MORTE** e **INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE** não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por **INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE** verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de Morte, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente, não exigindo, entretanto a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de Morte.

5 – CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.**
- 5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do acidente.**

6 - REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 6.1. Após cada acidente o Capital Segurado relativo a esta garantia será reintegrado

automaticamente sem cobrança de prêmio adicional, observado o subitem 7.12 abaixo.

7 - TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

Concluído o tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e verificada a existência de invalidez permanente, avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará ao próprio Segurado uma indenização, de acordo com a tabela abaixo.

7.1. EM CASO de INVALIDEZ PERMANENTE E TOTAL

DESCRIÇÃO	<i>Indenização</i>
da visão de ambos os olhos	100% da IS
do uso de ambos os membros superiores	100% da IS
do uso de ambos os membros inferiores	100% da IS
do uso das mãos	100% da IS
do uso de um membro superior e um membro inferior	100% da IS
do uso de uma das mãos e um dos pés	100% da IS
do uso de ambos os pés	100% da IS
Alienação mental total e incurável	100% da IS

7.2. EM CASO de INVALIDEZ PERMANENTE E PARCIAL (DIVERSAS)

DESCRIÇÃO	<i>Indenização</i>
Perda total da visão de um olho	30% da I.S.
Perda total da visão de 1 olho, quando o Segurado já não tiver outra vista	70% da I.S.
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40% da I.S.
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20% da I.S.
Mudez incurável	50% da I.S.
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20% da I.S.
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20% da I.S.

Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25% da I.S.
--	-------------

7.3. EM CASO de INVALIDEZ PERMANENTE E PARCIAL DOS MEMBROS SUPERIORES

DESCRIÇÃO	<i>Indenização</i>
Perda Total de um dos membros superiores	70% da I.S.
Perda total do uso de uma das mãos	60% da I.S.
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50% da I.S.
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio – ulnares	30% da I.S.
Anquilose total de um dos ombros	25% da I.S.
Anquilose total de um dos cotovelos	25% da I.S.
DESCRIÇÃO	<i>Indenização</i>
Anquilose total de um dos punhos	20% da I.S.
Perda total do uso de um dos polegares inclusive o metacarpiano	25% da I.S.
Perda total do uso de um dos polegares exclusive o metacarpiano	18% da I.S.
Perda total do uso da falange distal do polegar	9% da I.S.
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15% da I.S.
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12% da I.S.
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9% da I.S.
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar	1/3 do valor do dedo respectivo

7.4. EM CASO de INVALIDEZ PERMANENTE E PARCIAL DOS MEMBROS INFERIORES

DESCRIÇÃO	<i>INDENIZAÇÃO</i>
-----------	--------------------

Perda total de um dos membros inferiores	70% da I.S.
Perda total do uso de um dos pés	50% da I.S.
Fratura não consolidada de um fêmur	50% da I.S.
Fratura não consolidada de um dos segmentos tibio-peroneiros	25% da I.S.
Fratura não consolidada da rótula	20% da I.S.
Fratura não consolidada de um pé	20% da I.S.
Anquilose total de um dos joelhos	20% da I.S.
Anquilose total de um dos tornozelos	20% da I.S.
Anquilose total de um quadril	20% da I.S.
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25% da I.S.
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10% da I.S.
Amputação de qualquer outro dedo	3% da I.S.
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo,	indenização equivalente a $\frac{1}{2}$, e dos demais dedos, equivalente a $\frac{1}{3}$ do respectivo dedo.
ENCURTAMENTO DE UM DOS MEMBROS INFERIORES:	
De 5 (cinco) centímetros ou mais	15%
De 4 (quatro) centímetros	10%
De 3 (três) centímetros	6%
De menos de 3 (três) centímetros	Sem indenização

7.5. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

7.5.1. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o

referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%.

752. Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

753. Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento). Da mesma, forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à indenização prevista para sua perda total.

7.6. A invalidez permanente prevista nesta condição especial deve ser comprovada através de declaração médica, subscrita por profissional médico devidamente habilitado na sua especialização.

7.7. A aposentadoria por invalidez, concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que trata esta cláusula.

7.8. Se houver divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como sobre a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de constatação, a constituição de junta médica, que será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

7.8.1. Neste caso cada uma das partes pagará os honorário do médico que tiver designado e os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

7.8.2. 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.

7.9. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, será deduzida do grau de invalidez definitiva.

7.10. A constatação da invalidez permanente se fará por laudo subscrito por médico, devidamente habilitado na sua especialização.

7.11. A perda de dentes e os dedos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

7.12. A reintegração do Capital Segurado contratado para esta garantia se dá de forma automática após cada acidente, ou seja, sem cobrança de prêmio adicional.

7.13. Ocorrendo o pagamento total do Capital Segurado previsto para esta cobertura, ficará automaticamente cancelada esta Condição Especial.

8 - DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS PARA INDENIZAÇÃO EM CASO DE SINISTRO COBERTO

8.1. Para fins do que estabelece o item 14 das Condições Gerais, a comunicação de ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos básicos:

- a) formulário de aviso de sinistro da Seguradora, devidamente preenchido;
- b) cópia autenticada da declaração médica comprovando a invalidez;
- c) cópia autenticada do atestado de alta médica, indicando o grau de redução funcional do membro ou órgão lesado;
- d) cópia autenticada de todos os resultados dos exames médicos realizados;
- e) cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do Segurado;
- f) cópia autentica do boletim de ocorrência policial, se for o caso;
- g) cópia autenticada da carteira nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo e dirigido pelo Segurado;
- h) cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- i) comprovante de residência do Segurado.

9 - RATIFICAÇÃO

9.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1 - OBJETO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, garantir ao Segurado/Beneficiário o pagamento de uma indenização de 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta cobertura, conforme tabela do subitem 2.6 e critérios do item 5 abaixo, em caso de sua invalidez permanente total por acidente, conforme caracterização estabelecida neste documento.

1.2. A invalidez permanente total do Segurado, objeto desta cobertura, deve ser insuscetível de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, e ser comprovada por laudo médico, observadas as demais Condições Contratuais.

2 - RISCOS COBERTOS

2.1. Para fins deste seguro entende-se como invalidez permanente total por acidente a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total, de um membro ou órgão, constantes da tabela contida no subitem 2.6 abaixo, em virtude de lesão física, causada por acidente pessoal caracterizado como evento coberto.

2.2. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, e verificada a existência de invalidez permanente avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora deve pagar ao próprio Segurado uma indenização, de acordo, com “TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL”, constante no subitem 2.6 destas Condições Especiais.

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

2.31. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução de um membro ou órgão defeituoso antes do acidente não dá direito à indenização, e será deduzida do grau de invalidez definitiva.

2.4. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

2.5. A invalidez permanente total por acidente deve ser comprovada com a apresentação à Sancor Seguros do Brasil S.A. - CNPJ 17.643.407/0001-30 - Av. Duque de Caxias, 882 - Ed. New Tower Plaza - Torre 2 - Zona 1 - Maringá - PR CEP: 87013-180 | SAC: 0800 200 0392 - www.sancorseguros.com.br

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

Seguradora de Declaração Médica.

2.6. TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL

Discriminação	Sobre a Importância Segurada
Invalidez Permanente Total	%
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total de uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100

3 - REENQUADRAMENTO POR IDADE

3.1. O Prêmio de seguro para esta cobertura não sofrerá alteração por Idade.

4 - CAPITAL SEGURADO

4.1. Para fins desta cobertura o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na apólice, vigente na data do acidente.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5 - ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

5.1. As indenizações por **MORTE** e **INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE** não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por **INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE** verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de Morte, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente, não exigindo, entretanto a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de Morte.

6 - OCORRÊNCIA DO SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 14 das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos no item 15 das mesmas Condições, bem como os abaixo indicados, sendo que em caso de cópia deverão ser autenticadas:

- a) Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver);
- b) Radiografias do Segurado (quando houver);
- c) Guia de internação hospitalar (quando houver);
- d) Cópia da Carteira de Habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
- e) Cópia do Laudo de Dosagem alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- f) Cópia Comunicação Acidente de Trabalho (CAT) nos casos de Acidente de Trabalho;
- g) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- h) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito(IML);
- i) Atestado de alta médica definitiva, discriminando as sequelas deixadas pelo acidente, e se o Segurado encontrava-se em tratamento quando da entrega do aviso de sinistro.
- j) Em caso de sinistro em decorrência de alienação mental, total e incurável, deverá ser apresentado o termo de interdição judicial do Segurado, de forma a permitir o pagamento da indenização ao curador.

7 - RATIFICAÇÃO

7.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

MORTE ACIDENTAL

1 - OBJETO DO SEGURO

11. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, garantir ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma indenização, em caso de morte do Segurado **causada exclusivamente por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência desta garantia.**

2 – CAPITAL SEGURADO

21. Para fins desta cobertura o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na apólice, vigente na data do acidente.
22. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

3 - REENQUADRAMENTO POR IDADE

31. O Prêmio de seguro para esta cobertura não sofrerá alteração por Idade.

4 – OCORRÊNCIA DE SINISTROS

41. Em caso de sinistro cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 14 das Condições Gerais , providenciando os documentos básicos descritos no item 15 das mesmas condições, bem como os abaixo indicados, sendo que em caso de cópia deverão ser autenticadas:

- a) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- b) Cópia da Certidão de Casamento, emitida após o óbito do Segurado, se for o caso;
- c) Radiografias do Segurado (quando houver);
- d) Declaração médica indicando causa mortis com firma reconhecida;
- e) Cópia da Carteira de Habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
- f) Cópia do Laudo de Dosagem alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- g) Cópia Comunicação Acidente de Trabalho (CAT) nos casos de Acidente de Trabalho;
- h) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;

- i) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito(IML);
- j) Cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se for morte por carbonização.

5 - ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

51. As indenizações por MORTE ACIDENTAL e INVALIDEZ PERMANENTE, quando contratada, não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por INVALIDEZ PERMANENTE verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de Morte, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente, não exigindo a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de Morte.

6 - RATIFICAÇÃO

61. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

COBERTURA DE PERDA INVOLUNTÁRIA DE EMPREGO - PIE

1 - OBJETO DO SEGURO

1.1. A cobertura de Perda Involuntária de Emprego, concedida por esta Condição Especial, garante o pagamento ao Segurado com vínculo empregatício (regime CLT), do Capital Segurado, parcial ou total, especificado nesta Garantia, quando, após o período de carência, ocorrer a perda de emprego por vontade exclusiva de seu empregador, após transcorrido o período de franquia, se o Segurado permanecer desempregado, observadas as demais condições para a validade desta cobertura.

2 – CONDIÇÕES PARA A CONCESSÃO DA GARANTIA

2.1. O Segurado deverá ter no emprego uma permanência mínima de 12 (doze) meses, sem interrupção.

2.1.1. Caso o Segurado tenha permanecido no emprego por um prazo inferior a 12 (doze) meses, sem interrupção, poderá comprovar a existência de outro emprego imediatamente anterior, de no mínimo 24 (vinte e quatro) meses consecutivos de duração, e desde que intervalo de tempo entre a data de demissão e a data de contratação não seja superior a 90 (noventa) dias.

2.1.2. A forma de elegibilidade prevista no subitem 2.1.1é válida apenas para a reclamação do primeiro sinistro do Segurado, para as demais reclamações será considerada somente a condição prevista no subitem 2.1.

2.2. O início do pagamento se dará a partir do cumprimento da franquia estabelecida, e desde que o Segurado permaneça desempregado.

2.3. Não se enquadram nesta cobertura os contratos de trabalho celebrados por estagiários, temporários, provisórios, admitidos por prazo determinado nem os celebrados por aposentados e pensionistas.

3 - REENQUADRAMENTO POR IDADE

3.1. O Prêmio de seguro para esta cobertura não sofrerá alteração por Idade.

4 - RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídas desta cobertura os eventos que decorrentes de:

- a) renúncia ou demissão voluntária do Segurado;**
- b) demissão do Segurado por justa causa;**

- c) **pensão ou aposentadoria do Segurado;**
- d) **adesão do Segurado a qualquer tipo de plano de demissão voluntária (PDV) ou assemelhados, incentivados pelo empregador;**
- e) **cargos de eleição pública, incluindo-se aqueles de nomeação em Diário Oficial, ou não regidos pela CLT;**
- f) **falência do empregador; e**
- g) **alistamento no serviço militar.**

5 - CAPITAL SEGURADO

5.1. É o valor máximo que será indenizado, por parcela, no caso de evento coberto ocorrido com o Segurado.

5.1.1 O pagamento ao segurado estará limitado a 12 parcelas.

5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do efetivo desligamento do Segurado junto ao empregador.

5.3. O pagamento da indenização cessa caso o segurado seja empregado durante o recebimento, reintegrando automaticamente o capital segurado.

6 - FRANQUIA

6.1. Para esta garantia será aplicada franquia de 30 dias.

7 - OCORRÊNCIA DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro cabe ao Segurado proceder e providenciar os documentos básicos abaixo relacionados:

- a) cópia autenticada das seguintes páginas da carteira profissional
 - a.1. identificação do Segurado;
 - a.2. qualificação civil;
 - a.3. contrato de trabalho;
 - a.4. rescisão do contrato
- b) cópia autenticada do formulário de seguro desemprego.

8 - TÉRMINO DA COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta cláusula cessará quando a presente cobertura for cancelada, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

9 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

9.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

10 - RATIFICAÇÃO

10.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL AGUDO

1 - OBJETO DA GARANTIA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, o pagamento de indenização em decorrência de diagnóstico da doença devidamente especificada e caracterizada no item 2 - COBERTURA DO SEGURO, mediante diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, quando exigidos.

1.2. A cobertura está condicionada à circunstância de a doença ser diagnosticada durante a vigência do seguro, observadas as demais Condições Contratuais.

2 - COBERTURA DO SEGURO

2.1. Para efeito deste seguro está coberta a doença abaixo relacionada e caracterizada, sendo necessário que seu diagnóstico siga o critério estabelecido na literatura médica mundial e seja aceito pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL AGUDO

Definição:

Isquemia cerebral (diminuição e/ou interrupção do fluxo sanguíneo nas áreas a serem irrigadas do tecido cerebral) ou hemorragia intracraniana, resultante de problemas vasculares que produza destruição do tecido cerebral e sequela neurológica definitiva.

Risco Coberto: Estão cobertos os segurados que sofreram AVC.

A avaliação deverá ser realizada por médico especialista em neurologia, comprovado com exames complementares de imagem (Tomografias, Ressonância Magnética, Angioressonância ou Doppler de Carótidas).

Risco Excluído:

Ataques isquêmicos transitórios (AIT);

2.2. **Após o pagamento da indenização, a garantia de que trata esta Condição Especial fica automaticamente cancelada.**

2.3. **Nenhum benefício será pago com base em diagnóstico feito por uma pessoa que seja membro da família do Segurado ou que esteja vivendo na mesma residência da Segurado, independente de esta pessoa ser um médico habilitado ou profissional de saúde.**

2.4. **Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento da ocorrência a Seguradora poderá realizar perícia médica no Segurado, bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do sinistro.**

2.5. **O Segurado deverá autorizar por escrito, seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médica-hospitalar, que participaram no seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.**

2.6. **Os resultados apurados pela perícia, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado e seu médico assistente.**

2.7. Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da Seguradora.

2.8. No caso de discordância sobre a causa, natureza ou extensão da doença, bem como sobre matéria médica não prevista expressamente neste seguro, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica constituída de 03 (três) médicos especialistas, sendo um indicado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos indicados.

2.8.1. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver indicado; os honorários do terceiro médico serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

3 REENQUADRAMENTO POR FAIXAETÁRIA

3.1. Os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado.

4 CARÊNCIA

4.1. É facultado à Seguradora a aplicação de carência nesta cobertura.

4.2. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

5 CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.

5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do diagnóstico da doença coberta.

6 ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

6.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

7 DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro coberto pela presente Condição Especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;**
- b) formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado, com firma reconhecida (existe este formulário);**
- c) laudo ou declaração médica, fornecido pela Seguradora, atestando a doença, totalmente preenchida e assinada pelo médico assistente profissional habilitado, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM), e ainda os exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico da doença;**
- d) cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado, se menor, declaração de residência feita por terceiros;**
- e) dados bancários completo em nome do beneficiário /Segurado.**

Caso o segurado venha a falecer, deverão ser apresentados os documentos

comprobatórios dos beneficiários.

8 RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA **ALZHEIMER**

1 - OBJETO DA GARANTIA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, o pagamento de indenização em decorrência de diagnóstico da doença devidamente especificada e caracterizada no item 2 - COBERTURA DO SEGURO, mediante diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, quando exigidos.

1.2. A cobertura está condicionada à circunstância de a doença ser diagnosticada durante a vigência do seguro, observadas as demais Condições Contratuais.

2 - COBERTURA DO SEGURO

2.1. Para efeito deste seguro está coberta a doença abaixo relacionada e caracterizada, sendo necessário que seu diagnóstico siga o critério estabelecido na literatura médica mundial e seja aceito pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

ALZHEIMER

Definição:

É uma doença degenerativa do cérebro, incurável, que se agrava ao longo do tempo e atinge sobretudo pessoas entre 60 e 90 anos. O Mal de Alzheimer caracteriza-se por demência ou perda de funções cognitivas (memória, orientação, comportamento, linguagem, cálculo), causada pela morte de células cerebrais.

Risco Coberto:

Estão cobertos os segurados que obtiveram Alzheimer.

2.2. **Após o pagamento da indenização, a garantia de que trata esta Condição Especial fica automaticamente cancelada.**

2.3. **Nenhum benefício será pago com base em diagnóstico feito por uma pessoa que seja membro da família do Segurado ou que esteja vivendo na mesma residência da Segurado, independente de esta pessoa ser um médico habilitado ou profissional de saúde.**

2.4. **Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento da ocorrência a Seguradora poderá realizar perícia médica no Segurado, bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do sinistro.**

2.5. **O Segurado deverá autorizar por escrito, seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médica-hospitalar, que participaram no seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.**

2.6. **Os resultados apurados pela perícia, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado e seu médico assistente.**

2.7. **Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da Seguradora.**

2.8. **No caso de discordância sobre a causa, natureza ou extensão da doença, bem como sobre matéria médica não prevista expressamente neste seguro, a sociedade seguradora deverá**

propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica constituída de 03 (três) médicos especialistas, sendo um indicado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos indicados.

2.8.1. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver indicado; os honorários do terceiro médico serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

3 REENQUADRAMENTO POR FAIXAETÁRIA

3.1. Os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado.

4 CARÊNCIA

4.1. É facultado à Seguradora a aplicação de carência nesta cobertura.

4.2. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

5 CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.

5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do diagnóstico da doença coberta.

6 ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

6.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

7 DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro coberto pela presente Condição Especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;**
- b) formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado, com firma reconhecida (existe este formulário);**
- c) laudo ou declaração médica, fornecido pela Seguradora, atestando a doença, totalmente preenchida e assinada pelo médico assistente profissional habilitado, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM), e ainda os exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico da doença;**
- d) cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado, se menor, declaração de residência feita por terceiros;**
- e) dados bancários completo em nome do beneficiário /Segurado.**

Caso o segurado venha a falecer, deverão ser apresentados os documentos comprobatórios dos beneficiários.

8 RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA

ANGIOPLASTIA CORONÁRIA

1 - OBJETO DA GARANTIA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, o pagamento de indenização em decorrência de diagnóstico da doença devidamente especificada e caracterizada no item 2 - COBERTURA DO SEGURO, mediante diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, quando exigidos.

1.2. A cobertura está condicionada à circunstância de a doença ser diagnosticada durante a vigência do seguro, observadas as demais Condições Contratuais.

2 - COBERTURA DO SEGURO

2.1. Para efeito deste seguro está coberta a doença abaixo relacionada e caracterizada, sendo necessário que seu diagnóstico siga o critério estabelecido na literatura médica mundial e seja aceito pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

ANGIOPLASTIA CORONÁRIA

Definição:

Procedimento cirúrgico realizado para corrigir o estreitamento ou obstrução de uma ou mais artérias coronárias utilizando um cateter específico chamado balão de angioplastia.

Risco Coberto:

Estão cobertos os segurados que obtiveram indicação de angioplastia coronária (uma ou mais artérias).

2.2. Após o pagamento da indenização, a garantia de que trata esta Condição Especial fica automaticamente cancelada.

2.3. Nenhum benefício será pago com base em diagnóstico feito por uma pessoa que seja membro da família do Segurado ou que esteja vivendo na mesma residência da Segurado, independente de esta pessoa ser um médico habilitado ou profissional de saúde.

2.4. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento da ocorrência a Seguradora poderá realizar perícia médica no Segurado, bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do sinistro.

2.5. O Segurado deverá autorizar por escrito, seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médica-hospitalar, que participaram no seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

2.6. Os resultados apurados pela perícia, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado e seu médico assistente.

2.7. Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da Seguradora.

2.8. No caso de discordância sobre a causa, natureza ou extensão da doença, bem como sobre matéria médica não prevista expressamente neste seguro, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias,

a contar da data da contestação, a constituição de junta médica constituída de 03 (três) médicos especialistas, sendo um indicado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos indicados.

2.8.1. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver indicado; os honorários do terceiro médico serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

3 REENQUADRAMENTO POR FAIXAETÁRIA

3.1. Os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado.

4 CARÊNCIA

4.1. É facultado à Seguradora a aplicação de carência nesta cobertura.

4.2. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

5 CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.

5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do diagnóstico da doença coberta.

6 ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

6.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

7 DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro coberto pela presente Condição Especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a)** cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;
- b)** formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado, com firma reconhecida (existe este formulário);
- c)** laudo ou declaração médica, fornecido pela Seguradora, atestando a doença, totalmente preenchida e assinada pelo médico assistente profissional habilitado, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM), e ainda os exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico dadoença;
- d)** cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado, se menor, declaração de residência feita por terceiros;
- e)** dados bancários completo em nome do beneficiário /Segurado.

Caso o segurado venha a falecer, deverão ser apresentados os documentos comprobatórios dos beneficiários.

8 RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA

CÂNCER (EXCETO DE PELE E OS NÃO INVASIVOS)

1 - OBJETO DA GARANTIA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, o pagamento de indenização em decorrência de diagnóstico da doença devidamente especificada e caracterizada no item 2 - COBERTURA DO SEGURO, mediante diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, quando exigidos.

1.2. A cobertura está condicionada à circunstância de a doença ser diagnosticada durante a vigência do seguro, observadas as demais Condições Contratuais.

2 – COBERTURA DO SEGURO

2.1. Para efeito deste seguro está coberta a doença abaixo relacionada e caracterizada, sendo necessário que seu diagnóstico siga o critério estabelecido na literatura médica mundial e seja aceito pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

CÂNCER (EXCETO DE PELE E OS NÃO INVASIVOS)

Definição:

É o resultado do acúmulo de alterações genéticas ou adquiridas que transforma a célula normal em outra estrutura diferente, promovendo o crescimento progressivo e descontrolado de células malignas, com potencial para invadir tecidos ou órgãos vizinhos e disseminar-se a lugares distantes (metástases).

Risco Coberto:

Estão cobertos os portadores de neoplasia maligna com metástases à distância, devidamente comprovada através de exames complementares especializados. Estarão cobertos, também, os tumores malignos cerebrais, de fígado, leucemias agudas (mieloide e linfoide) e os linfomas estágio III e IV com envolvimento de gânglios acima e abaixo do diafragma ou órgãos com pulmão, fígado e medula óssea.

2.2. Após o pagamento da indenização, a garantia de que trata esta Condição Especial fica automaticamente cancelada.

2.3. Nenhum benefício será pago com base em diagnóstico feito por uma pessoa que seja membro da família do Segurado ou que esteja vivendo na mesma residência da Segurado, independente de esta pessoa ser um médico habilitado ou profissional de saúde.

2.4. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento da ocorrência a Seguradora poderá realizar perícia médica no Segurado, bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do sinistro.

2.5. O Segurado deverá autorizar por escrito, seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médica-hospitalar, que participaram no seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

2.6. Os resultados apurados pela perícia, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado e seu médico assistente.

2.7. Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da Seguradora.

2.8. No caso de discordância sobre a causa, natureza ou extensão da doença, bem como sobre matéria médica não prevista expressamente neste seguro, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica constituída de 03 (três) médicos especialistas, sendo um indicado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos indicados.

2.8.1. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver indicado; os honorários do terceiro médico serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

3 REENQUADRAMENTO POR FAIXAETÁRIA

3.1. Os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado.

4 CARÊNCIA

4.1. É facultado à Seguradora a aplicação de carência nesta cobertura.

4.2. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

5 CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.

5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do diagnóstico da doença coberta.

6 ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

6.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

7 DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro coberto pela presente Condição Especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;**
- b) formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado, com firma reconhecida (existe este formulário);**
- c) laudo ou declaração médica, fornecido pela Seguradora, atestando a doença, totalmente preenchida e assinada pelo médico assistente profissional habilitado, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM), e ainda os exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico dadoença;**
- d) cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado, se menor, declaração de residência feita por terceiros;**
- e) dados bancários completo em nome do beneficiário /Segurado.**

Caso o segurado venha a falecer, deverão ser apresentados os documentos comprobatórios dos beneficiários.

8 RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA **CIRURGIA CORONARIANA TIPO “BYPASS”**

1 - OBJETO DA GARANTIA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, o pagamento de indenização em decorrência de diagnóstico da doença devidamente especificada e caracterizada no item 2 - COBERTURA DO SEGURO, mediante diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, quando exigidos.

1.2. A cobertura está condicionada à circunstância de a doença ser diagnosticada durante a vigência do seguro, observadas as demais Condições Contratuais.

2 – COBERTURA DO SEGURO

2.1. Para efeito deste seguro está coberta a doença abaixo relacionada e caracterizada, sendo necessário que seu diagnóstico siga o critério estabelecido na literatura médica mundial e seja aceito pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

CIRURGIA CORONARIANA TIPO “BYPASS”

Definição:

É um procedimento que permite que o sangue contorne (ou faça uma ponte sobre) uma seção obstruída em uma ou mais artérias coronárias, também denominado cirurgia de pontagem coronária ou de revascularização coronária.

Risco Coberto:

Estão cobertos os segurados que necessitarem da Cirurgia Coronariana tipo Bypass.

2.2. Após o pagamento da indenização, a garantia de que trata esta Condição Especial fica automaticamente cancelada.

2.3. Nenhum benefício será pago com base em diagnóstico feito por uma pessoa que seja membro da família do Segurado ou que esteja vivendo na mesma residência da Segurado, independente de esta pessoa ser um médico habilitado ou profissional de saúde.

2.4. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento da ocorrência a Seguradora poderá realizar perícia médica no Segurado, bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do sinistro.

2.5. O Segurado deverá autorizar por escrito, seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médica-hospitalar, que participaram no seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

2.6. Os resultados apurados pela perícia, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado e seu médico assistente.

2.7. Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da Seguradora.

2.8. No caso de discordância sobre a causa, natureza ou extensão da doença, bem como sobre matéria médica não prevista expressamente neste seguro, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica constituída de 03 (três) médicos especialistas, sendo um indicado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um

terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos indicados.

2.8.1. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver indicado; os honorários do terceiro médico serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

3 REENQUADRAMENTO POR FAIXAETÁRIA

3.1. Os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado.

4 CARÊNCIA

4.1. É facultado à Seguradora a aplicação de carência nesta cobertura.

4.2. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

5 CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.

5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do diagnóstico da doença coberta.

6 ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

6.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

7 DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro coberto pela presente Condição Especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;**
- b) formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado, com firma reconhecida (existe este formulário);**
- c) laudo ou declaração médica, fornecido pela Seguradora, atestando a doença, totalmente preenchida e assinada pelo médico assistente profissional habilitado, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM), e ainda os exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico dadoença;**
- d) cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado, se menor, declaração de residência feita por terceiros;**
- e) dados bancários completo em nome do beneficiário /Segurado.**

Caso o segurado venha a falecer, deverão ser apresentados os documentos comprobatórios dos beneficiários.

8 RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA

CIRURGIA DA AORTA

1 - OBJETO DA GARANTIA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, o pagamento de indenização em decorrência de diagnóstico da doença devidamente especificada e caracterizada no item 2 - COBERTURA DO SEGURO, mediante diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, quando exigidos.

1.2. A cobertura está condicionada à circunstância de a doença ser diagnosticada durante a vigência do seguro, observadas as demais Condições Contratuais.

2 - COBERTURA DO SEGURO

2.1. Para efeito deste seguro está coberta a doença abaixo relacionada e caracterizada, sendo necessário que seu diagnóstico siga o critério estabelecido na literatura médica mundial e seja aceito pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

CIRURGIA DA AORTA

Definição:

Cirurgia convencional que visa corrigir qualquer doença da artéria aorta por excisão de uma parte doente desta artéria e substituição por enxerto. Estará coberta exclusivamente a cirurgia da artéria aorta em sua porção torácica e abdominal, excluindo-se todos seus ramos. A cirurgia deve ser indicada por cirurgião cardíaco ou vascular, respaldado por exames complementares apropriados.

Risco Coberto:

Estão cobertos os segurados que obtiveram indicação de Cirurgia da Aorta.

2.2. **Após o pagamento da indenização, a garantia de que trata esta Condição Especial fica automaticamente cancelada.**

2.3. **Nenhum benefício será pago com base em diagnóstico feito por uma pessoa que seja membro da família do Segurado ou que esteja vivendo na mesma residência da Segurado, independente de esta pessoa ser um médico habilitado ou profissional de saúde.**

2.4. **Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento da ocorrência a Seguradora poderá realizar perícia médica no Segurado, bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do sinistro.**

2.5. **O Segurado deverá autorizar por escrito, seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médica-hospitalar, que participaram no seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.**

2.6. **Os resultados apurados pela perícia, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado e seu médico assistente.**

2.7. **Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da Seguradora.**

2.8. **No caso de discordância sobre a causa, natureza ou extensão da doença, bem como sobre matéria médica não prevista expressamente neste seguro, a sociedade seguradora deverá**

propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica constituída de 03 (três) médicos especialistas, sendo um indicado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos indicados.

2.8.1. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver indicado; os honorários do terceiro médico serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

3 REENQUADRAMENTO POR FAIXAETÁRIA

3.1. Os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado.

4 CARÊNCIA

4.1. É facultado à Seguradora a aplicação de carência nesta cobertura.

4.2. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

5 CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.

5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do diagnóstico da doença coberta.

6 ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

6.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

7 DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro coberto pela presente Condição Especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;**
- b) formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado, com firma reconhecida (existe este formulário);**
- c) laudo ou declaração médica, fornecido pela Seguradora, atestando a doença, totalmente preenchida e assinada pelo médico assistente profissional habilitado, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM), e ainda os exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico da doença;**
- d) cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado, se menor, declaração de residência feita por terceiros;**
- e) dados bancários completo em nome do beneficiário /Segurado.**

Caso o segurado venha a falecer, deverão ser apresentados os documentos comprobatórios dos beneficiários.

8 RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA **CIRURGIA DE VÁLVULA DO CORAÇÃO**

1 - OBJETO DA GARANTIA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, o pagamento de indenização em decorrência de diagnóstico da doença devidamente especificada e caracterizada no item 2 - COBERTURA DO SEGURO, mediante diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, quando exigidos.

1.2. A cobertura está condicionada à circunstância de a doença ser diagnosticada durante a vigência do seguro, observadas as demais Condições Contratuais.

2 - COBERTURA DO SEGURO

2.1. Para efeito deste seguro está coberta a doença abaixo relacionada e caracterizada, sendo necessário que seu diagnóstico siga o critério estabelecido na literatura médica mundial e seja aceito pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

CIRURGIA DE VÁLVULA DO CORAÇÃO

Definição:

Cirurgia cardíaca convencional que visa recuperar ou substituir uma ou mais válvulas cardíacas, indicada por cirurgião cardíaco, respaldado por exames complementares apropriados.

Risco Coberto:

Estão cobertos os segurados que obtiveram indicação de Cirurgia de Válvula do Coração.

2.2. Após o pagamento da indenização, a garantia de que trata esta Condição Especial fica automaticamente cancelada.

2.3. Nenhum benefício será pago com base em diagnóstico feito por uma pessoa que seja membro da família do Segurado ou que esteja vivendo na mesma residência da Segurado, independente de esta pessoa ser um médico habilitado ou profissional de saúde.

2.4. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento da ocorrência a Seguradora poderá realizar perícia médica no Segurado, bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do sinistro.

2.5. O Segurado deverá autorizar por escrito, seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médica-hospitalar, que participaram no seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

2.6. Os resultados apurados pela perícia, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado e seu médico assistente.

2.7. Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da Seguradora.

2.8. No caso de discordância sobre a causa, natureza ou extensão da doença, bem como sobre matéria médica não prevista expressamente neste seguro, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica constituída de 03 (três)

médicos especialistas, sendo um indicado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos indicados.

2.8.1. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver indicado; os honorários do terceiro médico serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

3 REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA

3.1. Os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado.

4 CARÊNCIA

4.1. É facultado à Seguradora a aplicação de carência nesta cobertura.

4.2. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

5 CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.

5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do diagnóstico da doença coberta.

6 ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

6.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

7 DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro coberto pela presente Condição Especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;**
- b) formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado, com firma reconhecida (existe este formulário);**
- c) laudo ou declaração médica, fornecido pela Seguradora, atestando a doença, totalmente preenchida e assinada pelo médico assistente profissional habilitado, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM), e ainda os exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico da doença;**
- d) cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado, se menor, declaração de residência feita por terceiros;**
- e) dados bancários completo em nome do beneficiário /Segurado.**

Caso o segurado venha a falecer, deverão ser apresentados os documentos comprobatórios dos beneficiários.

8 RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA DANOS CEREBRAIS ANATÔMICOS

1 - OBJETO DA GARANTIA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, o pagamento de indenização em decorrência de diagnóstico da doença devidamente especificada e caracterizada no item 2 - COBERTURA DO SEGURO, mediante diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, quando exigidos.

1.2. A cobertura está condicionada à circunstância de a doença ser diagnosticada durante a vigência do seguro, observadas as demais Condições Contratuais.

2 - COBERTURA DO SEGURO

2.1. Para efeito deste seguro está coberta a doença abaixo relacionada e caracterizada, sendo necessário que seu diagnóstico siga o critério estabelecido na literatura médica mundial e seja aceito pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

DANOS CEREBRAIS ANATÔMICOS

Definição:

Conjunto de distúrbios cerebrais envolvendo a perda das funções cerebrais, causado exclusivamente por acidente.

Risco Coberto:

Estão cobertos os segurados que obtiveram indicação de Cirurgia por Danos Cerebrais Anatômicos.

2.2. Após o pagamento da indenização, a garantia de que trata esta Condição Especial fica automaticamente cancelada.

2.3. Nenhum benefício será pago com base em diagnóstico feito por uma pessoa que seja membro da família do Segurado ou que esteja vivendo na mesma residência da Segurado, independente de esta pessoa ser um médico habilitado ou profissional de saúde.

2.4. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento da ocorrência a Seguradora poderá realizar perícia médica no Segurado, bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do sinistro.

2.5. O Segurado deverá autorizar por escrito, seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médica-hospitalar, que participaram no seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

2.6. Os resultados apurados pela perícia, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado e seu médico assistente.

2.7. Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da Seguradora.

2.8. No caso de discordância sobre a causa, natureza ou extensão da doença, bem como sobre matéria médica não prevista expressamente neste seguro, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica constituída de 03 (três)

médicos especialistas, sendo um indicado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos indicados.

2.8.1. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver indicado; os honorários do terceiro médico serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

3 REENQUADRAMENTO POR FAIXAETÁRIA

3.1. Os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado.

4 CARÊNCIA

4.1. É facultado à Seguradora a aplicação de carência nesta cobertura.

4.2. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

5 CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.

5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do diagnóstico da doença coberta.

6 ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

6.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

7 DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro coberto pela presente Condição Especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;**
- b) formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado, com firma reconhecida (existe este formulário);**
- c) laudo ou declaração médica, fornecido pela Seguradora, atestando a doença, totalmente preenchida e assinada pelo médico assistente profissional habilitado, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM), e ainda os exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico da doença;**
- d) cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado, se menor, declaração de residência feita por terceiros;**
- e) dados bancários completo em nome do beneficiário /Segurado.**

Caso o segurado venha a falecer, deverão ser apresentados os documentos comprobatórios dos beneficiários.

8 RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA

DISTROFIA MUSCULAR

1 - OBJETO DA GARANTIA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, o pagamento de indenização em decorrência de diagnóstico da doença devidamente especificada e caracterizada no item 2 - COBERTURA DO SEGURO, mediante diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, quando exigidos.

1.2. A cobertura está condicionada à circunstância de a doença ser diagnosticada durante a vigência do seguro, observadas as demais Condições Contratuais.

2 - COBERTURA DO SEGURO

2.1. Para efeito deste seguro está coberta a doença abaixo relacionada e caracterizada, sendo necessário que seu diagnóstico siga o critério estabelecido na literatura médica mundial e seja aceito pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

DISTROFIA MUSCULAR

Definição:

Grupo de doenças genéticas, que se caracterizam por uma degeneração progressiva do tecido muscular levando à perda dos movimentos. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista e mediante a comprovação da necessidade do auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene.

Risco Coberto:

Estão cobertos os segurados em caso de Distrofia Muscular.

2.2. **Após o pagamento da indenização, a garantia de que trata esta Condição Especial fica automaticamente cancelada.**

2.3. **Nenhum benefício será pago com base em diagnóstico feito por uma pessoa que seja membro da família do Segurado ou que esteja vivendo na mesma residência da Segurado, independente de esta pessoa ser um médico habilitado ou profissional de saúde.**

2.4. **Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento da ocorrência a Seguradora poderá realizar perícia médica no Segurado, bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do sinistro.**

2.5. **O Segurado deverá autorizar por escrito, seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médica-hospitalar, que participaram no seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.**

2.6. **Os resultados apurados pela perícia, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado e seu médico assistente.**

2.7. **Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da Seguradora.**

2.8. **No caso de discordância sobre a causa, natureza ou extensão da doença, bem como sobre matéria médica não prevista expressamente neste seguro, a sociedade seguradora deverá**

propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica constituída de 03 (três) médicos especialistas, sendo um indicado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos indicados.

2.8.1. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver indicado; os honorários do terceiro médico serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

3 REENQUADRAMENTO POR FAIXAETÁRIA

3.1. Os prêmios não serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado.

4 CARÊNCIA

4.1. É facultado à Seguradora a aplicação de carência nesta cobertura.

4.2. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

5 CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.

5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do diagnóstico da doença coberta.

6 ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

6.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

7 DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro coberto pela presente Condição Especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;**
- b) formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado, com firma reconhecida (existe este formulário);**
- c) laudo ou declaração médica, fornecido pela Seguradora, atestando a doença, totalmente preenchida e assinada pelo médico assistente profissional habilitado, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM), e ainda os exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico da doença;**
- d) cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado, se menor, declaração de residência feita por terceiros;**
- e) dados bancários completo em nome do beneficiário /Segurado.**

Caso o segurado venha a falecer, deverão ser apresentados os documentos comprobatórios dos beneficiários.

8 RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA

EMBOLIA PULMONAR

1 - OBJETO DA GARANTIA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, o pagamento de indenização em decorrência de diagnóstico da doença devidamente especificada e caracterizada no item 2 - COBERTURA DO SEGURO, mediante diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, quando exigidos.

1.2. A cobertura está condicionada à circunstância de a doença ser diagnosticada durante a vigência do seguro, observadas as demais Condições Contratuais.

2 - COBERTURA DO SEGURO

2.1. Para efeito deste seguro está coberta a doença abaixo relacionada e caracterizada, sendo necessário que seu diagnóstico siga o critério estabelecido na literatura médica mundial e seja aceito pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

EMBOLIA PULMONAR

Definição:

É quando as artérias ou veias do pulmão ficam obstruídas por coágulos.

Risco Coberto:

Estão cobertos os segurados que sofreram Embolia Pulmonar.

2.2. Após o pagamento da indenização, a garantia de que trata esta Condição Especial fica automaticamente cancelada.

2.3. Nenhum benefício será pago com base em diagnóstico feito por uma pessoa que seja membro da família do Segurado ou que esteja vivendo na mesma residência da Segurado, independente de esta pessoa ser um médico habilitado ou profissional de saúde.

2.4. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento da ocorrência a Seguradora poderá realizar perícia médica no Segurado, bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do sinistro.

2.5. O Segurado deverá autorizar por escrito, seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médica-hospitalar, que participaram no seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

2.6. Os resultados apurados pela perícia, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado e seu médico assistente.

2.7. Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da Seguradora.

2.8. No caso de discordância sobre a causa, natureza ou extensão da doença, bem como sobre matéria médica não prevista expressamente neste seguro, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica constituída de 03 (três) médicos especialistas, sendo um indicado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um

terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos indicados.

2.8.1. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver indicado; os honorários do terceiro médico serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

3 REENQUADRAMENTO POR FAIXAETÁRIA

3.1. Os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado.

4 CARÊNCIA

4.1. É facultado à Seguradora a aplicação de carência nesta cobertura.

4.2. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

5 CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.

5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do diagnóstico da doença coberta.

6 ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

6.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

7 DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro coberto pela presente Condição Especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;**
- b) formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado, com firma reconhecida (existe este formulário);**
- c) laudo ou declaração médica, fornecido pela Seguradora, atestando a doença, totalmente preenchida e assinada pelo médico assistente profissional habilitado, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM), e ainda os exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico da doença;**
- d) cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado, se menor, declaração de residência feita por terceiros;**
- e) dados bancários completo em nome do beneficiário /Segurado.**

Caso o segurado venha a falecer, deverão ser apresentados os documentos comprobatórios dos beneficiários.

8 RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA

ENFISEMA PULMONAR

1 - OBJETO DA GARANTIA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, o pagamento de indenização em decorrência de diagnóstico da doença devidamente especificada e caracterizada no item 2 - COBERTURA DO SEGURO, mediante diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, quando exigidos.

1.2. A cobertura está condicionada à circunstância de a doença ser diagnosticada durante a vigência do seguro, observadas as demais Condições Contratuais.

2 - COBERTURA DO SEGURO

2.1. Para efeito deste seguro está coberta a doença abaixo relacionada e caracterizada, sendo necessário que seu diagnóstico siga o critério estabelecido na literatura médica mundial e seja aceito pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

ENFISEMA PULMONAR

Definição:

Doença crônica caracterizada pela destruição parcial ou total do tecido pulmonar que se torna hiperinsuflado. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por pneumologista.

Risco Coberto:

Estão cobertos os segurados em caso de Enfisema Pulmonar.

2.2. Após o pagamento da indenização, a garantia de que trata esta Condição Especial fica automaticamente cancelada.

2.3. Nenhum benefício será pago com base em diagnóstico feito por uma pessoa que seja membro da família do Segurado ou que esteja vivendo na mesma residência da Segurado, independente de esta pessoa ser um médico habilitado ou profissional de saúde.

2.4. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento da ocorrência a Seguradora poderá realizar perícia médica no Segurado, bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do sinistro.

2.5. O Segurado deverá autorizar por escrito, seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médica-hospitalar, que participaram no seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

2.6. Os resultados apurados pela perícia, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado e seu médico assistente.

2.7. Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da Seguradora.

2.8. No caso de discordância sobre a causa, natureza ou extensão da doença, bem como sobre matéria médica não prevista expressamente neste seguro, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica constituída de 03 (três)

médicos especialistas, sendo um indicado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos indicados.

2.8.1. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver indicado; os honorários do terceiro médico serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

3 REENQUADRAMENTO POR FAIXAETÁRIA

3.1. Os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado.

4 CARÊNCIA

4.1. É facultado à Seguradora a aplicação de carência nesta cobertura.

4.2. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

5 CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.

5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do diagnóstico da doença coberta.

6 ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

6.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

7 DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro coberto pela presente Condição Especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;**
- b) formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado, com firma reconhecida (existe este formulário);**
- c) laudo ou declaração médica, fornecido pela Seguradora, atestando a doença, totalmente preenchida e assinada pelo médico assistente profissional habilitado, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM), e ainda os exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico da doença;**
- d) cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado, se menor, declaração de residência feita por terceiros;**
- e) dados bancários completo em nome do beneficiário /Segurado.**

Caso o segurado venha a falecer, deverão ser apresentados os documentos comprobatórios dos beneficiários.

8 RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA

ESCLEROSE MÚLTIPLA

1 - OBJETO DA GARANTIA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, o pagamento de indenização em decorrência de diagnóstico da doença devidamente especificada e caracterizada no item 2 - COBERTURA DO SEGURO, mediante diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, quando exigidos.

1.2. A cobertura está condicionada à circunstância de a doença ser diagnosticada durante a vigência do seguro, observadas as demais Condições Contratuais.

2 - COBERTURA DO SEGURO

2.1. Para efeito deste seguro está coberta a doença abaixo relacionada e caracterizada, sendo necessário que seu diagnóstico siga o critério estabelecido na literatura médica mundial e seja aceito pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

ESCLEROSE MÚLTIPLA

Definição:

É uma doença neurológica, crônica e autoimune. O que quer dizer que as células do organismo atacam o próprio sistema nervoso, causando lesões medulares e cerebrais.

Risco Coberto:

Estão cobertos os segurados que sofreram Esclerosa Múltipla.

2.2. Após o pagamento da indenização, a garantia de que trata esta Condição Especial fica automaticamente cancelada.

2.3. Nenhum benefício será pago com base em diagnóstico feito por uma pessoa que seja membro da família do Segurado ou que esteja vivendo na mesma residência da Segurado, independente de esta pessoa ser um médico habilitado ou profissional de saúde.

2.4. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento da ocorrência a Seguradora poderá realizar perícia médica no Segurado, bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do sinistro.

2.5. O Segurado deverá autorizar por escrito, seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médica-hospitalar, que participaram no seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

2.6. Os resultados apurados pela perícia, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado e seu médico assistente.

2.7. Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da Seguradora.

2.8. No caso de discordância sobre a causa, natureza ou extensão da doença, bem como sobre matéria médica não prevista expressamente neste seguro, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica constituída de 03 (três)

médicos especialistas, sendo um indicado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos indicados.

2.8.1. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver indicado; os honorários do terceiro médico serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

3 REENQUADRAMENTO POR FAIXAETÁRIA

3.1. Os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado.

4 CARÊNCIA

4.1. É facultado à Seguradora a aplicação de carência nesta cobertura.

4.2. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

5 CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.

5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do diagnóstico da doença coberta.

6 ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

6.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

7 DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro coberto pela presente Condição Especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;**
- b) formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado, com firma reconhecida (existe este formulário);**
- c) laudo ou declaração médica, fornecido pela Seguradora, atestando a doença, totalmente preenchida e assinada pelo médico assistente profissional habilitado, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM), e ainda os exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico da doença;**
- d) cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado, se menor, declaração de residência feita por terceiros;**
- e) dados bancários completo em nome do beneficiário /Segurado.**

Caso o segurado venha a falecer, deverão ser apresentados os documentos comprobatórios dos beneficiários.

8 RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA

GRANDE QUEIMADO

1 - OBJETO DA GARANTIA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, o pagamento de indenização em decorrência de diagnóstico da doença devidamente especificada e caracterizada no item 2 - COBERTURA DO SEGURO, mediante diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, quando exigidos.

1.2. A cobertura está condicionada à circunstância de a doença ser diagnosticada durante a vigência do seguro, observadas as demais Condições Contratuais.

2 - COBERTURA DO SEGURO

2.1. Para efeito deste seguro está coberta a doença abaixo relacionada e caracterizada, sendo necessário que seu diagnóstico siga o critério estabelecido na literatura médica mundial e seja aceito pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

GRANDE QUEIMADO

Definição:

Queimaduras de segundo grau que atingem 20% (vinte por cento) da superfície corporal, queimaduras de terceiro grau que atingem mais de 10% (dez por cento) da superfície corporal, queimaduras de segundo ou terceiro grau que atingem o períneo, queimaduras de terceiro grau que atingem mão ou pé ou face ou axila e queimaduras por corrente elétrica

Risco Coberto:

Estão cobertos os segurados em caso de Grandes Queimaduras.

2.2. **Após o pagamento da indenização, a garantia de que trata esta Condição Especial fica automaticamente cancelada.**

2.3. **Nenhum benefício será pago com base em diagnóstico feito por uma pessoa que seja membro da família do Segurado ou que esteja vivendo na mesma residência da Segurado, independente de esta pessoa ser um médico habilitado ou profissional de saúde.**

2.4. **Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento da ocorrência a Seguradora poderá realizar perícia médica no Segurado, bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do sinistro.**

2.5. **O Segurado deverá autorizar por escrito, seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médica-hospitalar, que participaram no seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.**

2.6. **Os resultados apurados pela perícia, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado e seu médico assistente.**

2.7. **Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da Seguradora.**

2.8. **No caso de discordância sobre a causa, natureza ou extensão da doença, bem como sobre matéria médica não prevista expressamente neste seguro, a sociedade seguradora deverá**

propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica constituída de 03 (três) médicos especialistas, sendo um indicado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos indicados.

2.8.1. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver indicado; os honorários do terceiro médico serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

3 REENQUADRAMENTO POR FAIXAETÁRIA

3.1. Os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado.

4 CARÊNCIA

4.1. É facultado à Seguradora a aplicação de carência nesta cobertura.

4.2. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

5 CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.

5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do diagnóstico da doença coberta.

6 ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

6.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

7 DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro coberto pela presente Condição Especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;**
- b) formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado, com firma reconhecida (existe este formulário);**
- c) laudo ou declaração médica, fornecido pela Seguradora, atestando a doença, totalmente preenchida e assinada pelo médico assistente profissional habilitado, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM), e ainda os exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico da doença;**
- d) cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado, se menor, declaração de residência feita por terceiros;**
- e) dados bancários completo em nome do beneficiário /Segurado.**

Caso o segurado venha a falecer, deverão ser apresentados os documentos comprobatórios dos beneficiários.

8 RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA

HÉRNIA

1 - OBJETO DA GARANTIA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, o pagamento de indenização em decorrência de diagnóstico da doença devidamente especificada e caracterizada no item 2 - COBERTURA DO SEGURO, mediante diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, quando exigidos.

1.2. A cobertura está condicionada à circunstância de a doença ser diagnosticada durante a vigência do seguro, observadas as demais Condições Contratuais.

2 - COBERTURA DO SEGURO

2.1. Para efeito deste seguro está coberta a doença abaixo relacionada e caracterizada, sendo necessário que seu diagnóstico siga o critério estabelecido na literatura médica mundial e seja aceito pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

HÉRNIA

Definição:

É a protusão, ou seja, o escape parcial ou total de um ou mais órgãos por um orifício que se abriu, seja por má formação ou enfraquecimento, nas camadas de tecido protetoras dos órgãos internos do abdome.

Risco Coberto:

Estão cobertos os segurados em caso de Hérnia.

2.2. Após o pagamento da indenização, a garantia de que trata esta Condição Especial fica automaticamente cancelada.

2.3. Nenhum benefício será pago com base em diagnóstico feito por uma pessoa que seja membro da família do Segurado ou que esteja vivendo na mesma residência da Segurado, independente de esta pessoa ser um médico habilitado ou profissional de saúde.

2.4. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento da ocorrência a Seguradora poderá realizar perícia médica no Segurado, bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do sinistro.

2.5. O Segurado deverá autorizar por escrito, seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médica-hospitalar, que participaram no seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

2.6. Os resultados apurados pela perícia, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado e seu médico assistente.

2.7. Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da Seguradora.

2.8. No caso de discordância sobre a causa, natureza ou extensão da doença, bem como sobre matéria médica não prevista expressamente neste seguro, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias,

a contar da data da contestação, a constituição de junta médica constituída de 03 (três) médicos especialistas, sendo um indicado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos indicados.

2.8.1. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver indicado; os honorários do terceiro médico serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

3 REENQUADRAMENTO POR FAIXAETÁRIA

3.1. Os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado.

4 CARÊNCIA

4.1. É facultado à Seguradora a aplicação de carência nesta cobertura.

4.2. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

5 CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.

5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do diagnóstico da doença coberta.

6 ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

6.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

7 DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro coberto pela presente Condição Especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;**
- b) formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado, com firma reconhecida (existe este formulário);**
- c) laudo ou declaração médica, fornecido pela Seguradora, atestando a doença, totalmente preenchida e assinada pelo médico assistente profissional habilitado, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM), e ainda os exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico da doença;**
- d) cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado, se menor, declaração de residência feita por terceiros;**
- e) dados bancários completo em nome do beneficiário /Segurado.**

Caso o segurado venha a falecer, deverão ser apresentados os documentos comprobatórios dos beneficiários.

8 RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

1 - OBJETO DA GARANTIA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, o pagamento de indenização em decorrência de diagnóstico da doença devidamente especificada e caracterizada no item 2 - COBERTURA DO SEGURO, mediante diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, quando exigidos.

1.2. A cobertura está condicionada à circunstância de a doença ser diagnosticada durante a vigência do seguro, observadas as demais Condições Contratuais.

2 - COBERTURA DO SEGURO

2.1. Para efeito deste seguro está coberta a doença abaixo relacionada e caracterizada, sendo necessário que seu diagnóstico siga o critério estabelecido na literatura médica mundial e seja aceito pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

Definição:

São doenças do coração, incidentes nos músculos, nas artérias e nas válvulas deste órgão.

Risco Coberto:

Estão cobertas as doenças cardiológicas decorrentes de coronariopatias agudas ou crônicas, doenças valvulares, devidamente comprovadas e que necessitem de cirurgia a céu aberto.

2.2. Após o pagamento da indenização, a garantia de que trata esta Condição Especial fica automaticamente cancelada.

2.3. Nenhum benefício será pago com base em diagnóstico feito por uma pessoa que seja membro da família do Segurado ou que esteja vivendo na mesma residência da Segurado, independente de esta pessoa ser um médico habilitado ou profissional de saúde.

2.4. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento da ocorrência a Seguradora poderá realizar perícia médica no Segurado, bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do sinistro.

2.5. O Segurado deverá autorizar por escrito, seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médica-hospitalar, que participaram no seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

2.6. Os resultados apurados pela perícia, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado e seu médico assistente.

2.7. Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da Seguradora.

2.8. No caso de discordância sobre a causa, natureza ou extensão da doença, bem como sobre matéria médica não prevista expressamente neste seguro, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica constituída de 03 (três)

médicos especialistas, sendo um indicado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos indicados.

2.8.1. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver indicado; os honorários do terceiro médico serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

3 REENQUADRAMENTO POR FAIXAETÁRIA

3.1. Os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado.

4 CARÊNCIA

4.1. É facultado à Seguradora a aplicação de carência nesta cobertura.

4.2. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

5 CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.

5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do diagnóstico da doença coberta.

6 ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

6.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

7 DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro coberto pela presente Condição Especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;**
- b) formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado, com firma reconhecida (existe este formulário);**
- c) laudo ou declaração médica, fornecido pela Seguradora, atestando a doença, totalmente preenchida e assinada pelo médico assistente profissional habilitado, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM), e ainda os exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico da doença;**
- d) cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado, se menor, declaração de residência feita por terceiros;**
- e) dados bancários completo em nome do beneficiário /Segurado.**

Caso o segurado venha a falecer, deverão ser apresentados os documentos comprobatórios dos beneficiários.

8 RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA

INSUFICIÊNCIA RENAL TERMINAL

1 - OBJETO DA GARANTIA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, o pagamento de indenização em decorrência de diagnóstico da doença devidamente especificada e caracterizada no item 2 - COBERTURA DO SEGURO, mediante diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, quando exigidos.

1.2. A cobertura está condicionada à circunstância de a doença ser diagnosticada durante a vigência do seguro, observadas as demais Condições Contratuais.

2 - COBERTURA DO SEGURO

2.1. Para efeito deste seguro está coberta a doença abaixo relacionada e caracterizada, sendo necessário que seu diagnóstico siga o critério estabelecido na literatura médica mundial e seja aceito pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

INSUFICIÊNCIA RENAL TERMINAL

Definição:

É a lesão renal e perda progressiva e irreversível da função dos rins (glomerular, tubular e endócrina). Em sua fase mais avançada (chamada de fase terminal de insuficiência renal crônica-IRC), os rins não conseguem mais manter a normalidade do meio interno do paciente.

Risco Coberto:

Estão cobertos os segurados que sofreram Insuficiência Renal Terminal.

2.2. **Após o pagamento da indenização, a garantia de que trata esta Condição Especial fica automaticamente cancelada.**

2.3. **Nenhum benefício será pago com base em diagnóstico feito por uma pessoa que seja membro da família do Segurado ou que esteja vivendo na mesma residência da Segurado, independente de esta pessoa ser um médico habilitado ou profissional de saúde.**

2.4. **Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento da ocorrência a Seguradora poderá realizar perícia médica no Segurado, bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do sinistro.**

2.5. **O Segurado deverá autorizar por escrito, seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médica-hospitalar, que participaram no seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.**

2.6. **Os resultados apurados pela perícia, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado e seu médico assistente.**

2.7. **Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da Seguradora.**

2.8. **No caso de discordância sobre a causa, natureza ou extensão da doença, bem como sobre matéria médica não prevista expressamente neste seguro, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias,**

a contar da data da contestação, a constituição de junta médica constituída de 03 (três) médicos especialistas, sendo um indicado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos indicados.

2.8.1. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver indicado; os honorários do terceiro médico serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

3 REENQUADRAMENTO POR FAIXAETÁRIA

3.1. Os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado.

4 CARÊNCIA

4.1. É facultado à Seguradora a aplicação de carência nesta cobertura.

4.2. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

5 CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.

5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do diagnóstico da doença coberta.

6 ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

6.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

7 DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro coberto pela presente Condição Especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;**
- b) formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado, com firma reconhecida (existe este formulário);**
- c) laudo ou declaração médica, fornecido pela Seguradora, atestando a doença, totalmente preenchida e assinada pelo médico assistente profissional habilitado, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM), e ainda os exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico da doença;**
- d) cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado, se menor, declaração de residência feita por terceiros;**
- e) dados bancários completo em nome do beneficiário /Segurado.**

Caso o segurado venha a falecer, deverão ser apresentados os documentos comprobatórios dos beneficiários.

8 RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA **LER e DORT**

1 - OBJETO DA GARANTIA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, o pagamento de indenização em decorrência de diagnóstico da doença devidamente especificada e caracterizada no item 2 - COBERTURA DO SEGURO, mediante diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, quando exigidos.

1.2. A cobertura está condicionada à circunstância de a doença ser diagnosticada durante a vigência do seguro, observadas as demais Condições Contratuais.

2 - COBERTURA DO SEGURO

2.1. Para efeito deste seguro está coberta a doença abaixo relacionada e caracterizada, sendo necessário que seu diagnóstico siga o critério estabelecido na literatura médica mundial e seja aceito pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

Lesões por Esforços Repetitivos- LER e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - DORT

Definição:

Representa um grupo de afecções do sistema musculoesquelético (tendão, nervo, músculo, ligamento, osso, articulação, disco intervertebral, entre outras estruturas) que são decorrentes de sobrecargas mecânicas.

Risco Coberto:

Estão cobertos os segurados em caso de LER e DORT.

2.2. **Após o pagamento da indenização, a garantia de que trata esta Condição Especial fica automaticamente cancelada.**

2.3. **Nenhum benefício será pago com base em diagnóstico feito por uma pessoa que seja membro da família do Segurado ou que esteja vivendo na mesma residência da Segurado, independente de esta pessoa ser um médico habilitado ou profissional de saúde.**

2.4. **Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento da ocorrência a Seguradora poderá realizar perícia médica no Segurado, bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do sinistro.**

2.5. **O Segurado deverá autorizar por escrito, seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médica-hospitalar, que participaram no seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.**

2.6. **Os resultados apurados pela perícia, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado e seu médico assistente.**

2.7. **Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da Seguradora.**

2.8. **No caso de discordância sobre a causa, natureza ou extensão da doença, bem como sobre**

matéria médica não prevista expressamente neste seguro, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica constituída de 03 (três) médicos especialistas, sendo um indicado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos indicados.

2.8.1. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver indicado; os honorários do terceiro médico serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

3 REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA

3.1. Os prêmios não serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado.

4 CARÊNCIA

4.1. É facultado à Seguradora a aplicação de carência nesta cobertura.

4.2. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

5 CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.

5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do diagnóstico da doença coberta.

6 ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

6.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

7 DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro coberto pela presente Condição Especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a)** cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;
- b)** formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado, com firma reconhecida (existe este formulário);
- c)** laudo ou declaração médica, fornecido pela Seguradora, atestando a doença, totalmente preenchida e assinada pelo médico assistente profissional habilitado, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM), e ainda os exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico da doença;
- d)** cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado, se menor, declaração de residência feita por terceiros;
- e)** dados bancários completo em nome do beneficiário /Segurado.

Caso o segurado venha a falecer, deverão ser apresentados os documentos comprobatórios dos beneficiários.

8 RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA PARALISIA TOTAL E IRREVERSÍVEL

1 - OBJETO DA GARANTIA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, o pagamento de indenização em decorrência de diagnóstico da doença devidamente especificada e caracterizada no item 2 - COBERTURA DO SEGURO, mediante diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, quando exigidos.

1.2. A cobertura está condicionada à circunstância de a doença ser diagnosticada durante a vigência do seguro, observadas as demais Condições Contratuais.

2 - COBERTURA DO SEGURO

2.1. Para efeito deste seguro está coberta a doença abaixo relacionada e caracterizada, sendo necessário que seu diagnóstico siga o critério estabelecido na literatura médica mundial e seja aceito pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

PARALISIA TOTAL E IRREVERSÍVEL

Definição:

É a incapacidade de contração voluntária de um músculo ou grupo de músculos, resultante de uma lesão orgânica de natureza destrutiva ou degenerativa, a qual implica interrupção de uma das vias motoras, em qualquer ponto, desde o córtex cerebral até a própria fibra muscular, pela lesão do neurônio motor central ou periférico.

Risco Coberto:

Estão cobertos os segurados que sofreram Paralisia Total e Irreversível.

2.2. **Após o pagamento da indenização, a garantia de que trata esta Condição Especial fica automaticamente cancelada.**

2.3. **Nenhum benefício será pago com base em diagnóstico feito por uma pessoa que seja membro da família do Segurado ou que esteja vivendo na mesma residência da Segurado, independente de esta pessoa ser um médico habilitado ou profissional de saúde.**

2.4. **Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento da ocorrência a Seguradora poderá realizar perícia médica no Segurado, bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do sinistro.**

2.5. **O Segurado deverá autorizar por escrito, seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, que participaram no seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.**

2.6. **Os resultados apurados pela perícia, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado e seu médico assistente.**

2.7. **Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da Seguradora.**

2.8. **No caso de discordância sobre a causa, natureza ou extensão da doença, bem como sobre matéria médica não prevista expressamente neste seguro, a sociedade seguradora deverá**

propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica constituída de 03 (três) médicos especialistas, sendo um indicado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos indicados.

2.8.1. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver indicado; os honorários do terceiro médico serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

3 REENQUADRAMENTO POR FAIXAETÁRIA

3.1. Os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado.

4 CARÊNCIA

4.1. É facultado à Seguradora a aplicação de carência nesta cobertura.

4.2. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

5 CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.

5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do diagnóstico da doença coberta.

6 ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

6.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

7 DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro coberto pela presente Condição Especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;**
- b) formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado, com firma reconhecida (existe este formulário);**
- c) laudo ou declaração médica, fornecido pela Seguradora, atestando a doença, totalmente preenchida e assinada pelo médico assistente profissional habilitado, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM), e ainda os exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico da doença;**
- d) cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado, se menor, declaração de residência feita por terceiros;**
- e) dados bancários completo em nome do beneficiário /Segurado.**

Caso o segurado venha a falecer, deverão ser apresentados os documentos comprobatórios dos beneficiários.

8 RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA PARKINSON

1 - OBJETO DA GARANTIA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, o pagamento de indenização em decorrência de diagnóstico da doença devidamente especificada e caracterizada no item 2 - COBERTURA DO SEGURO, mediante diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, quando exigidos.

1.2. A cobertura está condicionada à circunstância de a doença ser diagnosticada durante a vigência do seguro, observadas as demais Condições Contratuais.

2 - COBERTURA DO SEGURO

2.1. Para efeito deste seguro está coberta a doença abaixo relacionada e caracterizada, sendo necessário que seu diagnóstico siga o critério estabelecido na literatura médica mundial e seja aceito pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

PARKINSON

Definição:

É uma doença degenerativa do sistema nervoso central, crônica e progressiva. É causada por uma diminuição intensa da produção de dopamina, que é um neurotransmissor (substância química que ajuda na transmissão de mensagens entre as células nervosas).

Risco Coberto:

Estão cobertos os segurados que sofreram Parkinson.

2.2. Após o pagamento da indenização, a garantia de que trata esta Condição Especial fica automaticamente cancelada.

2.3. Nenhum benefício será pago com base em diagnóstico feito por uma pessoa que seja membro da família do Segurado ou que esteja vivendo na mesma residência da Segurado, independente de esta pessoa ser um médico habilitado ou profissional de saúde.

2.4. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento da ocorrência a Seguradora poderá realizar perícia médica no Segurado, bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do sinistro.

2.5. O Segurado deverá autorizar por escrito, seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médica-hospitalar, que participaram no seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

2.6. Os resultados apurados pela perícia, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado e seu médico assistente.

2.7. Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da Seguradora.

2.8. No caso de discordância sobre a causa, natureza ou extensão da doença, bem como sobre matéria médica não prevista expressamente neste seguro, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias,

a contar da data da contestação, a constituição de junta médica constituída de 03 (três) médicos especialistas, sendo um indicado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos indicados.

2.8.1. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver indicado; os honorários do terceiro médico serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

3 REENQUADRAMENTO POR FAIXAETÁRIA

3.1. Os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado.

4 CARÊNCIA

4.1. É facultado à Seguradora a aplicação de carência nesta cobertura.

4.2. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

5 CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.

5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do diagnóstico da doença coberta.

6 ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

6.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

7 DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro coberto pela presente Condição Especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;**
- b) formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado, com firma reconhecida (existe este formulário);**
- c) laudo ou declaração médica, fornecido pela Seguradora, atestando a doença, totalmente preenchida e assinada pelo médico assistente profissional habilitado, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM), e ainda os exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico da doença;**
- d) cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado, se menor, declaração de residência feita por terceiros;**
- e) dados bancários completo em nome do beneficiário /Segurado.**

Caso o segurado venha a falecer, deverão ser apresentados os documentos comprobatórios dos beneficiários.

8 RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA

PERDA DE MEMBROS

1 - OBJETO DA GARANTIA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, o pagamento de indenização em decorrência de diagnóstico da doença devidamente especificada e caracterizada no item 2 - COBERTURA DO SEGURO, mediante diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, quando exigidos.

1.2. A cobertura está condicionada à circunstância de a doença ser diagnosticada durante a vigência do seguro, observadas as demais Condições Contratuais.

2 - COBERTURA DO SEGURO

2.1. Para efeito deste seguro está coberta a doença abaixo relacionada e caracterizada, sendo necessário que seu diagnóstico siga o critério estabelecido na literatura médica mundial e seja aceito pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

PERDA DE MEMBROS

Definição:

Amputação de dois ou mais membros provocada por acidente ou doença. Será considerada coberta exclusivamente a amputação ocorrida acima do joelho (membros inferiores) ou acima do cotovelo (membros superiores).

Risco Coberto:

Estão cobertos os segurados em caso de Perda de Membros.

2.2. Após o pagamento da indenização, a garantia de que trata esta Condição Especial fica automaticamente cancelada.

2.3. Nenhum benefício será pago com base em diagnóstico feito por uma pessoa que seja membro da família do Segurado ou que esteja vivendo na mesma residência da Segurado, independente de esta pessoa ser um médico habilitado ou profissional de saúde.

2.4. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento da ocorrência a Seguradora poderá realizar perícia médica no Segurado, bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do sinistro.

2.5. O Segurado deverá autorizar por escrito, seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médica-hospitalar, que participaram no seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

2.6. Os resultados apurados pela perícia, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado e seu médico assistente.

2.7. Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da Seguradora.

2.8. No caso de discordância sobre a causa, natureza ou extensão da doença, bem como sobre matéria médica não prevista expressamente neste seguro, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias,

a contar da data da contestação, a constituição de junta médica constituída de 03 (três) médicos especialistas, sendo um indicado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos indicados.

2.8.1. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver indicado; os honorários do terceiro médico serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

3 REENQUADRAMENTO POR FAIXAETÁRIA

3.1. Os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado.

4 CARÊNCIA

4.1. É facultado à Seguradora a aplicação de carência nesta cobertura.

4.2. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

5 CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.

5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do diagnóstico da doença coberta.

6 ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

6.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

7 DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro coberto pela presente Condição Especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;**
- b) formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado, com firma reconhecida (existe este formulário);**
- c) laudo ou declaração médica, fornecido pela Seguradora, atestando a doença, totalmente preenchida e assinada pelo médico assistente profissional habilitado, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM), e ainda os exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico da doença;**
- d) cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado, se menor, declaração de residência feita por terceiros;**
- e) dados bancários completo em nome do beneficiário /Segurado.**

Caso o segurado venha a falecer, deverão ser apresentados os documentos comprobatórios dos beneficiários.

8 RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA

PERDA TOTAL DA AUDIÇÃO

1 - OBJETO DA GARANTIA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, o pagamento de indenização em decorrência de diagnóstico da doença devidamente especificada e caracterizada no item 2 - COBERTURA DO SEGURO, mediante diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, quando exigidos.

1.2. A cobertura está condicionada à circunstância de a doença ser diagnosticada durante a vigência do seguro, observadas as demais Condições Contratuais.

2 - COBERTURA DO SEGURO

2.1. Para efeito deste seguro está coberta a doença abaixo relacionada e caracterizada, sendo necessário que seu diagnóstico siga o critério estabelecido na literatura médica mundial e seja aceito pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

PERDA TOTAL DA AUDIÇÃO

Definição:

É a deficiência auditiva total, podendo ser de nascença ou causada por doenças.

Risco Coberto:

Estão cobertos os segurados que sofreram Perda Total da Audição.

2.2. **Após o pagamento da indenização, a garantia de que trata esta Condição Especial fica automaticamente cancelada.**

2.3. **Nenhum benefício será pago com base em diagnóstico feito por uma pessoa que seja membro da família do Segurado ou que esteja vivendo na mesma residência da Segurado, independente de esta pessoa ser um médico habilitado ou profissional de saúde.**

2.4. **Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento da ocorrência a Seguradora poderá realizar perícia médica no Segurado, bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do sinistro.**

2.5. **O Segurado deverá autorizar por escrito, seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médica-hospitalar, que participaram no seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.**

2.6. **Os resultados apurados pela perícia, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado e seu médico assistente.**

2.7. **Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da Seguradora.**

2.8. **No caso de discordância sobre a causa, natureza ou extensão da doença, bem como sobre matéria médica não prevista expressamente neste seguro, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica constituída de 03 (três) médicos especialistas, sendo um indicado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um**

terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos indicados.

2.8.1. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver indicado; os honorários do terceiro médico serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

3 REENQUADRAMENTO POR FAIXAETÁRIA

3.1. Os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado.

4 CARÊNCIA

4.1. É facultado à Seguradora a aplicação de carência nesta cobertura.

4.2. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

5 CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.

5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do diagnóstico da doença coberta.

6 ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

6.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

7 DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro coberto pela presente Condição Especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;**
- b) formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado, com firma reconhecida (existe este formulário);**
- c) laudo ou declaração médica, fornecido pela Seguradora, atestando a doença, totalmente preenchida e assinada pelo médico assistente profissional habilitado, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM), e ainda os exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico da doença;**
- d) cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado, se menor, declaração de residência feita por terceiros;**
- e) dados bancários completo em nome do beneficiário /Segurado.**

Caso o segurado venha a falecer, deverão ser apresentados os documentos comprobatórios dos beneficiários.

8 RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA

PERDA TOTAL DA FALA

1 - OBJETO DA GARANTIA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, o pagamento de indenização em decorrência de diagnóstico da doença devidamente especificada e caracterizada no item 2 - COBERTURA DO SEGURO, mediante diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, quando exigidos.

1.2. A cobertura está condicionada à circunstância de a doença ser diagnosticada durante a vigência do seguro, observadas as demais Condições Contratuais.

2 - COBERTURA DO SEGURO

2.1. Para efeito deste seguro está coberta a doença abaixo relacionada e caracterizada, sendo necessário que seu diagnóstico siga o critério estabelecido na literatura médica mundial e seja aceito pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

PERDA TOTAL DA FALA

Definição:

É a deficiência total relacionada à fala, podendo ser de nascença ou causada por doenças.

Risco Coberto:

Estão cobertos os segurados que sofreram Perda Total da Fala.

2.2. **Após o pagamento da indenização, a garantia de que trata esta Condição Especial fica automaticamente cancelada.**

2.3. **Nenhum benefício será pago com base em diagnóstico feito por uma pessoa que seja membro da família do Segurado ou que esteja vivendo na mesma residência da Segurado, independente de esta pessoa ser um médico habilitado ou profissional de saúde.**

2.4. **Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento da ocorrência a Seguradora poderá realizar perícia médica no Segurado, bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do sinistro.**

2.5. **Os resultados apurados pela perícia, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado e seu médico assistente.**

2.6. **Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da Seguradora.**

2.7. **No caso de discordância sobre a causa, natureza ou extensão da doença, bem como sobre matéria médica não prevista expressamente neste seguro, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica constituída de 03 (três) médicos especialistas, sendo um indicado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos indicados.**

2.7.1. **Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver indicado; os honorários do terceiro médico serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.**

3 REENQUADRAMENTO POR FAIXAETÁRIA

3.1. Os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado.

4 CARÊNCIA

4.1. É facultado à Seguradora a aplicação de carência nesta cobertura.

4.2. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

5 CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.

5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do diagnóstico da doença coberta.

6 ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

6.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

7 DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro coberto pela presente Condição Especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;**
- b) formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado, com firma reconhecida (existe este formulário);**
- c) laudo ou declaração médica, fornecido pela Seguradora, atestando a doença, totalmente preenchida e assinada pelo médico assistente profissional habilitado, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM), e ainda os exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico dadoença;**
- d) cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado, se menor, declaração de residência feita por terceiros;**
- e) dados bancários completo em nome do beneficiário /Segurado.**

Caso o segurado venha a falecer, deverão ser apresentados os documentos comprobatórios dos beneficiários.

8 RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA PERDA TOTAL DA VISÃO (CEGUEIRA)

1 - OBJETO DA GARANTIA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, o pagamento de indenização em decorrência de diagnóstico da doença devidamente especificada e caracterizada no item 2 - COBERTURA DO SEGURO, mediante diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, quando exigidos.

1.2. A cobertura está condicionada à circunstância de a doença ser diagnosticada durante a vigência do seguro, observadas as demais Condições Contratuais.

2 - COBERTURA DO SEGURO

2.1. Para efeito deste seguro está coberta a doença abaixo relacionada e caracterizada, sendo necessário que seu diagnóstico siga o critério estabelecido na literatura médica mundial e seja aceito pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

PERDA TOTAL DA VISÃO (CEGUEIRA)

Definição:

É quando a visão torna-se nula, isto é, quando nem a percepção luminosa está presente.

Risco Coberto:

Estão cobertos os segurados que sofreram Perda Total da Visão.

2.2. **Após o pagamento da indenização, a garantia de que trata esta Condição Especial fica automaticamente cancelada.**

2.3. **Nenhum benefício será pago com base em diagnóstico feito por uma pessoa que seja membro da família do Segurado ou que esteja vivendo na mesma residência da Segurado, independente de esta pessoa ser um médico habilitado ou profissional de saúde.**

2.4. **Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento da ocorrência a Seguradora poderá realizar perícia médica no Segurado, bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do sinistro.**

2.5. **O Segurado deverá autorizar por escrito, seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, que participaram no seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.**

2.6. **Os resultados apurados pela perícia, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado e seu médico assistente.**

2.7. **Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da Seguradora.**

2.8. **No caso de discordância sobre a causa, natureza ou extensão da doença, bem como sobre**

matéria médica não prevista expressamente neste seguro, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica constituída de 03 (três) médicos especialistas, sendo um indicado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos indicados.

2.8.1. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver indicado; os honorários do terceiro médico serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

3 REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA

3.1. Os prêmios não serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado.

4 CARÊNCIA

4.1. É facultado à Seguradora a aplicação de carência nesta cobertura.

4.2. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

5 CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.

5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do diagnóstico da doença coberta.

6 ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

6.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

7 DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro coberto pela presente Condição Especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a)** cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;
- b)** formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado, com firma reconhecida (existe este formulário);
- c)** laudo ou declaração médica, fornecido pela Seguradora, atestando a doença, totalmente preenchida e assinada pelo médico assistente profissional habilitado, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM), e ainda os exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico da doença;
- d)** cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado, se menor, declaração de residência feita por terceiros;
- e)** dados bancários completo em nome do beneficiário /Segurado.

Caso o segurado venha a falecer, deverão ser apresentados os documentos comprobatórios dos beneficiários.

8 RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA

TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

1 - OBJETO DA GARANTIA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, o pagamento de indenização em decorrência de diagnóstico da doença devidamente especificada e caracterizada no item 2 - COBERTURA DO SEGURO, mediante diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, quando exigidos.

1.2. A cobertura está condicionada à circunstância de a doença ser diagnosticada durante a vigência do seguro, observadas as demais Condições Contratuais.

2 - COBERTURA DO SEGURO

2.1. Para efeito deste seguro está coberta a doença abaixo relacionada e caracterizada, sendo necessário que seu diagnóstico siga o critério estabelecido na literatura médica mundial e seja aceito pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

Definição:

É a transferência do órgão vital de um indivíduo vivo ou morto ou uso de prótese artificial em decorrência da perda irreversível de sua função.

Risco Coberto:

Estará coberto o Segurado que necessitar do transplante caracterizado pela perda irreversível da função dos órgãos vitais relacionados abaixo, mediante indicação do médico especialista na patologia e de exames específicos:

- Coração
- Fígado
- Medula óssea
- Pâncreas
- Pulmão
- Rim
- intestino delgado (inclui transplante parcial)

O transplante parcial ou total da face, mão braço e perna (aloenxertos de tecido composto) também estão cobertos nesta definição.

2.2. Após o pagamento da indenização, a garantia de que trata esta Condição Especial fica automaticamente cancelada.

2.3. Nenhum benefício será pago com base em diagnóstico feito por uma pessoa que seja membro da família do Segurado ou que esteja vivendo na mesma residência da Segurado, independente de esta pessoa ser um médico habilitado ou profissional de saúde.

2.4. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento da ocorrência a Seguradora poderá realizar perícia médica no Segurado, bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do sinistro.

2.5. O Segurado deverá autorizar por escrito, seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médica-hospitalar, que participaram no seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

2.6. Os resultados apurados pela perícia, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado e seu médico assistente.

2.7. Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da Seguradora.

2.8. No caso de discordância sobre a causa, natureza ou extensão da doença, bem como sobre matéria médica não prevista expressamente neste seguro, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica constituída de 03 (três) médicos especialistas, sendo um indicado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos indicados.

2.8.1. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver indicado; os honorários do terceiro médico serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

3 REENQUADRAMENTO POR FAIXAETÁRIA

3.1. Os prêmios não serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado.

4 CARÊNCIA

4.1. É facultado à Seguradora a aplicação de carência nesta cobertura.

4.2. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

5 CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.

5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do diagnóstico da doença coberta.

6 ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

6.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

7 DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro coberto pela presente Condição Especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a)** cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;
- b)** formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado, com firma reconhecida (existe este formulário);
- c)** laudo ou declaração médica, fornecido pela Seguradora, atestando a doença, totalmente preenchida e assinada pelo médico assistente profissional habilitado, contendo o carimbo com

o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM), e ainda os exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico dadoença;

d) cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado, se menor, declaração de residência feita por terceiros;

e) dados bancários completo em nome do beneficiário /Segurado.

Caso o segurado venha a falecer, deverão ser apresentados os documentos comprobatórios dos beneficiários.

8 RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA

TUMOR CEREBRAL BENIGNO

1 - OBJETO DA GARANTIA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, o pagamento de indenização em decorrência de diagnóstico da doença devidamente especificada e caracterizada no item 2 - COBERTURA DO SEGURO, mediante diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, quando exigidos.

1.2. A cobertura está condicionada à circunstância de a doença ser diagnosticada durante a vigência do seguro, observadas as demais Condições Contratuais.

2 – COBERTURA DO SEGURO

2.1. Para efeito deste seguro está coberta a doença abaixo relacionada e caracterizada, sendo necessário que seu diagnóstico siga o critério estabelecido na literatura médica mundial e seja aceito pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

TUMOR CEREBRAL BENIGNO

Definição:

É o tumor benigno no cérebro que provoca sequelas neurológicas permanentes. A cobertura se restringe aos tumores cerebrais benignos acompanhados obrigatoriamente de hidrocefalia.

Risco Coberto:

Estão cobertos os segurados em caso de diagnóstico de Tumor Cerebral Benigno.

2.2. Após o pagamento da indenização, a garantia de que trata esta Condição Especial fica automaticamente cancelada.

2.3. Nenhum benefício será pago com base em diagnóstico feito por uma pessoa que seja membro da família do Segurado ou que esteja vivendo na mesma residência da Segurado, independente de esta pessoa ser um médico habilitado ou profissional de saúde.

2.4. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento da ocorrência a Seguradora poderá realizar perícia médica no Segurado, bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do sinistro.

2.5. O Segurado deverá autorizar por escrito, seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, que participaram no seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

2.6. Os resultados apurados pela perícia, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado e seu médico assistente.

2.7. Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da Seguradora.

No caso de discordância sobre a causa, natureza ou extensão da doença, bem como sobre matéria médica não prevista expressamente neste seguro, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica constituída 03 (três) médicos

especialistas, sendo um indicado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos indicados.

2.7.1. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver indicado; os honorários do terceiro médico serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

3 REENQUADRAMENTO POR FAIXAETÁRIA

3.1. Os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado.

4 CARÊNCIA

4.1. É facultado à Seguradora a aplicação de carência nesta cobertura.

4.2. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

5 CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.

5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do diagnóstico da doença coberta.

6 ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

6.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

7 DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro coberto pela presente Condição Especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a)** cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;
- b)** formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado, com firma reconhecida (existe este formulário);
- c)** laudo ou declaração médica, fornecido pela Seguradora, atestando a doença, totalmente preenchida e assinada pelo médico assistente profissional habilitado, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM), e ainda os exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico dadoença;
- d)** cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado, se menor, declaração de residência feita por terceiros;
- e)** dados bancários completo em nome do beneficiário /Segurado.

Caso o segurado venha a falecer, deverão ser apresentados os documentos comprobatórios dos beneficiários.

8 RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.