

APRESENTAÇÃO

- Apresentamos as Condições Gerais do **Seguro Vida Individual**, que estabelecem as formas de funcionamento das coberturas contratadas.
- Para os devidos fins e efeitos, serão consideradas em cada caso somente as condições correspondentes às coberturas aqui previstas, discriminadas e contratadas, desprezando-se quaisquer outras.
- Salientamos que, para os casos não previstos nestas Condições Gerais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.
- Mediante a contratação deste seguro, o segurado aceita as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições Gerais.
- O Segurado, ao assinar a proposta de seguro, declara o recebimento das presentes Condições Gerais.
- Leia-as cuidadosamente, principalmente os textos em destaques contidos nas Condições Gerais, para que você possa, assim, usufruir com segurança os benefícios deste seguro.
- As coberturas contratadas pelo segurado estarão especificadas na apólice/demonstrativo de coberturas.

INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco.
- O registro deste plano na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.
- 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.

Condições Gerais – Versão 06/2021.

Documento registrado no _____ Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Comarca de São Paulo sob o nº _____.

Seguro Vida Individual – Processo SUSEP nº 15414.900142/2017-31

Este seguro é garantido pela Tokio Marine Seguradora S.A. – CNPJ 33.164.021/0001-00

OUVIDORIA

A Voz do Cliente na Empresa

A Tokio Marine possui na Ouvidoria uma equipe especializada para avaliar com total imparcialidade a sua demanda e possui um prazo de resposta de até 15 (quinze) dias, contados a partir da data do recebimento da sua manifestação, atuando em conformidade com a regulamentação da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

Você e seu corretor podem acionar a Ouvidoria sempre que discordarem de algum posicionamento fornecido pelos canais habituais da Cia. Entretanto, orientamos que previamente ao acionamento da Ouvidoria o cliente acione o Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC), por meio do formulário eletrônico Resolva Aqui ou nos telefones abaixo.

Fale com a Ouvidoria nos seguintes canais: www.tokiomarine.com.br através do formulário de Ouvidoria ou; Através do 0800 449 0000, de 2ª a 6ª das 8h às 18h; Deficientes Auditivos e de Fala 0800 770 1523.

Canais de Atendimento Tokio Marine:

Resolva Aqui - disponível em www.tokiomarine.com.br/atendimento, para registrar sua reclamação.

SAC 0800 703 9000

Central de Atendimento 0300 33 TOKIO (86546)

Deficientes Auditivos e de Fala 0800 770 1523

Disque Fraude 0800 707 6060

Cordialmente,

Ouvidoria

Tokio Marine Seguradora

SUMÁRIO

1.	OBJETIVO DO SEGURO	6
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	7
3.	CARÊNCIA	7
4.	FRANQUIA	7
5.	ÂMBITO GEOGRÁFICO	7
6.	DA ACEITAÇÃO DO PROPONENTE	8
7.	INÍCIO DE VIGÊNCIA	9
8.	BENEFICIÁRIOS	9
9.	CAPITAL SEGURADO	10
10.	PRÊMIO DO SEGURO	10
11.	ATRASO NO PAGAMENTO DO PRÊMIO	10
12.	O CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO	11
13.	ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIOS	11
14.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE	11
15.	PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS	12
16.	CESSAÇÃO DA COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO	13
17.	PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO	14
18.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	15
19.	DISPOSIÇÕES GERAIS	15
20.	PRESCRIÇÃO	15
21.	FORO	15
22.	GLOSSÁRIO – CONDIÇÕES GERAIS	15
I-	COBERTURA BÁSICA DE MORTE	20
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	20
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	20
3.	CAPITAIS SEGURADOS	20
4.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE	20
5.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO	22
II-	COBERTURA ADICIONAL DE MORTE ACIDENTAL	24
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	24
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	24
3.	CAPITAIS SEGURADOS	24
4.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE	24
5.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO	24
III-	COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE	26
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	26
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	30
3.	CAPITAIS SEGURADOS	31
4.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE	31
5.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO	31
	SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL – CONDIÇÕES ESPECIAIS	32
IV-	COBERTURA ADICIONAL DIAGNÓSTICO DE CÂNCER – FEMININO	32
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	32
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	32
3.	CAPITAIS SEGURADOS	33
4.	CARÊNCIA	33
5.	FRANQUIA	33
6.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE	33
7.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO	34
V-	COBERTURA ADICIONAL DIAGNÓSTICO DE CÂNCER – MASCULINO	35
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	35
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	35
3.	CAPITAIS SEGURADOS	35
4.	CARÊNCIA	36
5.	FRANQUIA	36
6.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE	36
7.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO	37



VI-	COBERTURA ADICIONAL DOENÇAS GRAVES – COMBO 1.....	38
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	38
3.	CARÊNCIA.....	40
4.	FRANQUIA.....	40
5.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE.....	40
6.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO	42
VII-	COBERTURA ADICIONAL DOENÇAS GRAVES – COMBO 2.....	43
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	43
2.	CAPITAIS SEGURADOS.....	46
3.	CARÊNCIA.....	46
4.	FRANQUIA.....	46
5.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE.....	46
6.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	48
VIII-	COBERTURA ADICIONAL DOENÇAS GRAVES – COMBO 3.....	49
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	49
2.	CAPITAIS SEGURADOS.....	53
3.	CARÊNCIA.....	53
4.	FRANQUIA.....	53
5.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE.....	53
6.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	55
IX-	COBERTURA ADICIONAL DOENÇAS GRAVES – COMBO 4.....	56
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	56
2.	CAPITAIS SEGURADOS.....	62
3.	CARÊNCIA.....	62
4.	FRANQUIA.....	62
5.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE.....	62
6.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	64
X-	COBERTURA ADICIONAL DOENÇAS GRAVES – COMBO 5.....	65
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	65
2.	CAPITAIS SEGURADOS.....	72
3.	CARÊNCIA.....	72
4.	FRANQUIA.....	72
5.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE.....	73
6.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	74
XI-	COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR	76
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	76
2.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	76
3.	CAPITAIS SEGURADOS.....	77
4.	CARÊNCIA.....	77
5.	FRANQUIA.....	77
6.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE.....	77
7.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	78
XII-	COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO EM UTI	80
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	80
2.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	80
3.	CAPITAIS SEGURADOS.....	81
4.	CARÊNCIA.....	81
5.	FRANQUIA.....	81
6.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE.....	82
7.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	83
XIII-	COBERTURA ADICIONAL DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE.....	84
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	84
2.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	84
3.	CAPITAIS SEGURADOS.....	84
4.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE.....	85
5.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	86
XIV-	COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA	88
	POR ACIDENTE OU DOENÇA	88
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	88



2.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	89
3.	ÂMBITO GEOGRÁFICO	91
4.	CAPITAIS SEGURADOS.....	91
5.	CARÊNCIA.....	91
6.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE.....	91
7.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	93
XV-	COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA.....	95
	LER / DORT / LTC E HÉRNIA.....	95
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	95
2.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	96
3.	ÂMBITO GEOGRÁFICO	97
4.	CAPITAIS SEGURADOS.....	97
5.	CARÊNCIA.....	98
6.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE.....	98
7.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	99
XVI-	COBERTURA ADICIONAL DE FUNERAL FAMILIAR	100
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	100
2.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	100
3.	CAPITAIS SEGURADOS.....	100
4.	CARÊNCIA.....	100
5.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE.....	101
6.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	103
	ANEXO I - ASSISTÊNCIA FUNERAL.....	104

**CONDIÇÕES GERAIS
SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A**

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1 O presente seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização de acordo com a(s) coberturas e limitado ao valor do capital Segurado contratado pelo Segurado, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, durante o período de vigência e mediante o pagamento do prêmio correspondente, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Especiais e nas disposições legais aplicáveis.**

1.2 As coberturas deste Seguro dividem-se em básica e adicionais:

1.2.1 Cobertura Básica:

- **Básica – Morte**

1.2.2 Coberturas Adicionais:

- **MA – Morte Acidental**
- **IPA – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente**
- **DCF – Diagnóstico de Câncer Feminino**
- **DCM – Diagnóstico de Câncer Masculino**
- **DG – Doenças Graves – Combo 1**
- **DG – Doenças Graves – Combo 2**
- **DG – Doenças Graves – Combo 3**
- **DG – Doenças Graves – Combo 4**
- **DG – Doenças Graves – Combo 5**
- **DIH – Diária de Internação Hospitalar**
- **DIH – UTI – Diária de Internação Hospitalar em Unidade Intensiva de Tratamento**
- **DMHO – Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas por Acidente**
- **DIT – Diária por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença**
- **DIT – Diária por Incapacidade Temporária por LER, DORT, LTC e Hérnia**
- **FF – Funeral Familiar**

1.3 O proponente deverá informar na Proposta de Contratação quais as coberturas que pretende contratar, sendo a cobertura de Morte obrigatória, e as demais, facultativas.

1.4 As indenizações previstas para as coberturas conjugadas: Básica – Morte e Morte Acidental (MA), assim como, Diária de Internação Hospitalar e Diária de Internação Hospitalar em Unidade Intensiva de Tratamento, Diária por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença se acumulam e podem ser contratadas de forma conjugada, quando definido na Proposta de Contratação.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 Estão expressamente excluídos de todas as Coberturas deste Seguro, os eventos ocorridos em consequência direta ou indiretamente:

- a) Do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) De atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, ato terrorista e suas decorrências ou outras perturbações da ordem pública, exceto se decorrentes da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) De furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- d) De doenças ou lesões preexistentes à contratação do Seguro e de conhecimento do Segurado, não declaradas na proposta de contratação ou na tele-entrevista para avaliação das condições de saúde do segurado;
- e) Da prática, por parte do Segurado, seu(s) beneficiário(s), ou do representante legal de um ou de outro, de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei;
- f) Suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Contrato de Seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;
- g) Epidemias, Endemias e Pandemias, declaradas por órgão competente;
- h) De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada;
- i) Ato terrorista, cabendo a Seguradora comprovar com toda a documentação hábil, acompanhada de laudo que caracterize a natureza do atentado, independente do seu propósito, desde que tenha sido devidamente reconhecido como atentado à ordem pública por autoridade competente;
- j) Acidentes ocorridos com o Segurado, na condição de condutor do veículo ou operador de equipamento que requeira aptidão, no qual o mesmo não possua habilitação legal para tanto;
- k) Riscos cibernéticos e perdas financeiras, materiais ou corporais decorrentes de atividades maliciosas cibernéticas internas ou externas.

3. CARÊNCIA

3.1 As carências, quando aplicáveis, serão estabelecidas nas Condições Especiais de acordo com a cobertura contratada.

4. FRANQUIA

4.1 As franquias, quando aplicáveis, serão estabelecidas nas Condições Especiais de acordo com a cobertura contratada.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO

5.1 O presente seguro cobre os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, salvo disposição contrária especificada nas Condições Especiais, desde que não sejam caracterizados como risco excluído.

5.2 As eventuais indenizações serão pagas sempre no Brasil e em moeda corrente nacional.

6. DA ACEITAÇÃO DO PROPONENTE

6.1 Somente poderão ser aceitas no seguro as pessoas que na data do preenchimento da Proposta de Contratação estejam em boas condições de saúde e tenham idade dentro dos limites estabelecidos na Proposta de Contratação.

6.2 A aceitação do proponente estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

6.3 A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da Proposta de Contratação, para aceitar ou recusar a inclusão ou alteração do proponente no seguro. Caso a Seguradora não se pronuncie no prazo descrito, a proposta será considerada aceita.

6.3.1 Para análise da Proposta de Contratação, a Seguradora poderá exigir, **por uma única vez**, a apresentação de documentos complementares e/ou outras informações que julgar necessárias.

6.3.2 **Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise do risco, na forma do disposto no item 6.3.1, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item 6.4 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora destas informações adicionais.**

6.4 A não aceitação da Proposta de Contratação, por parte da Seguradora, bem como a justificativa da recusa, será comunicada por escrito ao Proponente e implicará na devolução integral de qualquer pagamento de Prêmio eventualmente efetuado **no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos**, contados da data da formalização da recusa, deduzido do valor “por rata temporis” a parcela correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, atualizados da data do pagamento pelo Proponente até a data da efetiva restituição, **pelo índice estabelecido no item 13 destas Condições Gerais**, conforme legislação vigente.

6.4.1 **Nos contratos de Seguro cuja Proposta de Contratação tenha sido recepcionada com adiantamento de prêmio, o Proponente terá cobertura entre a data do recebimento da Proposta até a data da formalização da recusa.**

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

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

6.5.1.1 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.

6.5.2 A aceitação do Proponente se fará mediante aplicação de questionário para avaliação das condições de saúde e atividade do proponente, e ainda, quando a Seguradora julgar necessário,

informações financeiras e relatório médico e/ou exames complementares, observadas as especificações dos itens 6.3.1 e 6.3.2.

6.5.2.1 A aplicação do(s) questionário(s) será realizada por meio de tele entrevista ou preenchimento de formulários da Seguradora.

6.6 A alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1 A apólice vigorará por 60 (sessenta) meses e poderá ser renovada, automaticamente, uma única vez, salvo se a Seguradora ou o Segurado, manifestar-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

7.1.1 Na renovação do seguro não haverá necessidade de nova avaliação das condições de saúde e atividade do proponente para permanência no seguro.

7.1.2 A cada renovação será enviada uma nova apólice ao segurado.

7.2 O início e término de vigência de cada Segurado dar-se-ão às 24 (vinte e quatro) horas das datas definidas na Apólice.

7.3 O início de vigência é o dia da recepção da proposta pela Seguradora, ou outra data posterior, se solicitado pelo proponente, condicionado à realização da tele-entrevista com o Proponente e sujeita a aceitação do risco pela Seguradora.

8. BENEFICIÁRIOS

8.1 O Segurado poderá indicar livremente seus Beneficiários, ressalvadas as restrições legais.

8.2 O Segurado poderá a qualquer tempo, alterar a indicação de beneficiários mediante manifestação por escrito à Seguradora.

8.2.1 Em caso de sinistro, será considerada a última alteração de beneficiários de que a Seguradora tenha conhecimento.

8.2.2 **Não havendo Beneficiário indicado na ocasião do falecimento do Segurado, o Capital Segurado será pago de acordo com a legislação vigente.**

8.3 No caso das coberturas de Invalidez Permanente por Acidente, Diagnóstico de Câncer Feminino, Diagnóstico de Câncer Masculino, Doenças Graves, Diária de Internação Hospitalar, Diária de Internação Hospitalar em UTI, Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas por Acidente, Diária por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença, Diária por Incapacidade Temporária por LER, DORT, LTC e Hérnia previstas nestas Condições Gerais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

9. CAPITAL SEGURADO

9.1 O valor limite do capital segurado para cada cobertura contratada será estabelecido na Apólice do Seguro e será caracterizado de acordo com as Condições Especiais do Seguro.

9.2 O capital segurado e o prêmio serão atualizados anualmente conforme previsto no item Atualização do Capital Segurados e Prêmios.

9.3 O segurado poderá, a qualquer tempo, solicitar alteração do valor do capital segurado, por meio de nova Proposta de Contratação, ficando a critério da Seguradora sua aceitação

10. PRÊMIO DO SEGURO

10.1 A forma de pagamento do Seguro poderá ser mensal ou anual e cada pagamento corresponderá ao respectivo período de cobertura.

10.2 Qualquer indenização somente passa a ser devida após o pagamento do prêmio correspondente ao período de cobertura, no máximo até a data limite prevista para esse fim. Caso a data limite para o pagamento caia em dia em que não haja expediente bancário, o seguro poderá ser pago no primeiro dia subsequente em que haja referido expediente.

10.2.1 O recolhimento do Prêmio do Seguro poderá ser realizado por meio de boleto bancário, débito em conta ou fatura de cartão de crédito, de acordo com a forma de cobrança prevista na Proposta de Contratação.

10.2.2 A data limite para pagamento do Prêmio do Seguro não poderá ultrapassar o dia especificado na Apólice de Seguro.

10.3 Este Seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate do Prêmio do Seguro.

10.4 No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer uma das partes e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá o Prêmio do Seguro recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

11. ATRASO NO PAGAMENTO DO PRÊMIO

11.1 Decorridos os prazos para quitação do respectivo prêmio, o contrato de seguro será cancelado automaticamente, observadas as condições a seguir:

11.1.1 A falta do pagamento da primeira parcela da apólice ou da parcela única até a data limite para pagamento implicará no cancelamento do seguro desde o início de vigência, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

11.1.2 A falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira no prazo estabelecido em Contrato, acarretará na cobrança da(s) parcela(s) do prêmio devido acrescido de multa e juros de mora ao dia conforme permitido em lei de acordo com o subitem 11.1.2.2. Esta situação não acarretará na suspensão das coberturas, permanecendo o direito dos Segurados ou

seus beneficiários ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro coberto, ocorrido durante o período de cobertura.

11.1.2.1 O prazo para o pagamento dessa parcela do prêmio em atraso será de até 45 dias úteis.

11.1.2.2 O pagamento dos prêmios devidos nessas circunstâncias, será acrescido de multa de 2% e juros de mora de 0,116667% ao dia.

11.1.2.3 A parcela do prêmio não paga até os 45 (quarenta e cinco) dias úteis do seu vencimento, poderão ser cobradas judicialmente pela Seguradora e a apólice será cancelada, não havendo possibilidade de reabilitação.

11.2 Nos casos da cobrança do prêmio por meio cartão de crédito, será responsabilidade do segurado manter os dados atualizados para lançamento da parcela para que não ocorra prejuízos à cobertura do seguro em caso de cancelamento ou validade expirada do cartão.

12. O CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO

12.1 O Segurado em atraso com o pagamento dos prêmios do seguro será notificado sobre a parcela em atraso e cientificado de que o não pagamento da parcela em até 45 (quarenta e cinco) dias acarretará o cancelamento automático da apólice, não havendo direito à indenização em caso de sinistro ocorrido no período de inadimplência.

13. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIOS

13.1 O valor do Capital Segurado e dos Prêmios do Seguro serão corrigidos anualmente com base na variação positiva do IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou caso este seja extinto, pela variação positiva do INPC/IBGE com base na última publicação oficial e abrangendo o índice acumulado nos últimos 12 meses, verificado 2 (dois) meses anteriores ao mês de aniversário anual do seguro.

13.1.1 Exemplo:

Início de vigência: mês de Abril/2017

Mês da atualização monetária: mês de Abril/2018

IPCA acumulado (12 meses) do período de 01 de Fevereiro/2017 a 31 de Janeiro/2018

13.2 A atualização de valores relativos a prêmios/contribuições e Capital Segurado/Benefício observará a legislação específica vigente.

14. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

14.1 Além da atualização monetária do prêmio do seguro em função da atualização do capital segurado prevista no item 13, este seguro prevê o reenquadramento anual do prêmio por mudança da idade do segurado.

14.1.1 A nova taxa do seguro será aplicada juntamente com a atualização do capital segurado.

14.2 Os percentuais de reajuste serão aplicados de acordo com o critério estabelecido nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

15. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

15.1 Ocorrendo o Sinistro, desde que o seguro não esteja cancelado, a cobertura suspensa ou o evento previsto como Risco Excluído, este deverá ser comunicado imediatamente à SEGURADORA por qualquer meio disponível, podendo ser central de atendimento 0300 33 86546, ou portal de autoatendimento através do site www.tokiomarine.com.br.

15.2 Em seguida deverá ser encaminhada a **documentação necessária relacionada nas Condições Especiais de acordo com a cobertura do seguro**, juntamente com o formulário Aviso de Sinistro, totalmente preenchido e assinado pelo Segurado e/ou Beneficiário. Esses documentos são imprescindíveis para análise do Sinistro, sem prejuízo de outros que se façam necessários, caso haja dúvida fundada e justificável, dada a especificidade do caso concreto e que poderão ser solicitados pela SEGURADORA.

15.3 Os valores devidos em razão de sinistros cobertos serão pagos no prazo máximo de 30 (trinta dias), contados da apresentação do último documento dentre aqueles solicitados pela seguradora, definidos nas Condições Especiais, no item “Documentos para Regulação dos Sinistros”.

15.3.1 **Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar outros documentos além daqueles estabelecidos nestas Condições Gerais, no item “Documentos para Regulação dos Sinistros”, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 15.2 será suspenso, voltando a ser contado a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.**

15.3.2 Na hipótese do não cumprimento do prazo estabelecido nos itens 15.3 e 15.3.1, a Seguradora pagará multa de 2% e juros de mora de 3,5% ao mês, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, além da atualização monetária pela variação positiva do índice **IPCA-IBGE** – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou caso este seja extinto, pela variação positiva do índice INPC/IBGE, apurada entre o último índice publicado antes da data do evento do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

15.3.2.1 O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

15.4 Junta Médica

15.4.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza, diagnóstico ou extensão das lesões ou da doença, bem como 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 da contestação, a constituição de junta médica.

15.4.1.1 A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo segurado e, um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

15.4.1.2 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.

15.4.2 Perícia da Seguradora

15.4.2.1 A Seguradora reserva-se o direito de solicitar perícias em todos os casos em que houver dúvida fundada e justificável para comprovar a ocorrência da hospitalização nos termos destas Condições Gerais.

15.4.2.2 O Segurado autoriza expressamente seu Médico Assistente e as entidades de prestação de assistência médico hospitalar, envolvidas em seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

15.4.2.3 Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento da Indenização, cancelará o respectivo contrato de seguro e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e Indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e penais cabíveis.

16. CESSAÇÃO DA COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO

16.1 Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro:

- a) com a morte ou Invalidez TOTAL e permanente do Segurado;
- b) por solicitação do Segurado, mediante comunicação por escrito ou verbal;
- c) automaticamente se o Segurado, seus prepostos, seus dependentes ou seus beneficiários agirem com dolo, culpa grave, ou cometerem fraude no ato da contratação ou durante a vigência do contrato;
- d) pela inobservância das obrigações convencionadas no seguro, por parte do Segurado, seus beneficiários ou prepostos, inclusive quanto ao pagamento do Prêmio do seguro;
- e) automaticamente se houver inexatidão ou omissão nas declarações do Segurado e/ou corretor de seguro no ato da contratação e/ou durante a vigência do seguro;
- f) por falta de pagamento das parcelas, de acordo com os critérios estabelecidos no item 12.

16.2 Além das hipóteses já elencadas, as coberturas de Diagnóstico de Câncer Feminino, Diagnóstico de Câncer Masculino, Doenças Graves, Diária de Internação Hospitalar e Diária de Internação Hospitalar em Unidade Intensiva de Tratamento quando contratadas, cessarão quando o segurado completar 71 (setenta e um) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o segurado com os direitos preservados até o final de vigência da apólice.

16.2.1 As coberturas de Diária por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença e Diária por Incapacidade Temporária por LER, DORT, LTC e Hérnia, cessarão quando o segurado completar 66 (sessenta e seis) anos. O ajuste no plano de coberturas

ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o segurado com os direitos preservados até o final de vigência da apólice.

17. PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO

17.1 A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente seguro, caso haja por parte do Segurado:

- a) inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;**
- b) fraude ou tentativa de fraude comprovada simulando sinistro ou agravando suas consequências;**
- c) dolo, fraude, simulação ou culpa grave para obter ou majorar a indenização;**
- d) inobservância do artigo 768 do Código Civil, que dispõe que o Segurado perderá o direito à cobertura do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato;**
- e) não fornecimento da documentação solicitada.**

17.1.1 Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de prêmio, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades.

17.1.2 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações mencionadas na alínea a) do subitem 17.1 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;**
- 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.

18. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

18.1 A propaganda e a promoção do Seguro, por parte do Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da SEGURADORA, respeitadas as condições contratuais e as normas do Seguro.

19. DISPOSIÇÕES GERAIS

19.1 O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os Prêmios ou Capital Segurado, deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.

19.2 O registro deste plano na SUSEP – Superintendência de Seguros Privados não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

20. PRESCRIÇÃO

21.1. Qualquer direito do Segurado, ou do beneficiário, com fundamento no presente Seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

21. FORO

21.1. O foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente Seguro será, sempre, o do domicílio do Segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

22. GLOSSÁRIO – CONDIÇÕES GERAIS

22.1 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 independentemente 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:

22.1.1 Incluem-se nesse conceito:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- b) os acidentes decorrentes de ação de temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

22.1.2 Excluem-se desse conceito:

- a) 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) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesões 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,
- d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidéz acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidéz por acidente pessoal, definido no subitem 22.1, acima.

22.2 Agravamento de risco

A ação ou omissão praticada pelo Segurado, com ou sem intenção, que aumente a chance de ocorrência de sinistro.

22.3 Apólice de Seguro

Documento emitido pela sociedade seguradora que formaliza a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente.

22.4 Artigo 766 – Código Civil Brasileiro

Art. 766. *Se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido.*

Parágrafo único. *Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, o segurador terá direito a resolver o contrato, ou a cobrar, mesmo após o sinistro, a diferença do prêmio.*

22.5 Ato doloso

Ato intencional praticado no intuito de prejudicar a outrem.

22.6 Ato ilícito

Toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

22.7 Aviso de sinistro

Comunicação formal da ocorrência de um sinistro feito à Seguradora.

22.8 Beneficiários

São as pessoas físicas ou jurídicas designadas para receber o Capital Segurado na hipótese de sinistro com o Segurado.

22.9 Capital Segurado

É a importância máxima a ser paga pela Seguradora para cada cobertura contratada, em caso de ocorrência de sinistro coberto. Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado.

22.10 Carência

É o período de tempo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do Seguro, durante o qual o Segurado permanece no Seguro sem ter direito às coberturas contratadas, sem prejuízo do pagamento dos Prêmios do Seguro individual.

22.11 Condições Contratuais

Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais, da Apólice do Seguro.

22.12 Condições Especiais

Conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

22.13 Condições Gerais

Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

22.14 Contrato de Seguro

É constituído pelos documentos de aceitação que formalizam o contrato e estabelecem o direito a indenização de seguro, nos termos das condições contratuais.

22.15 Corretor de seguros

Profissional habilitado e autorizado a angariar e promover Contratos de Seguros, remunerado mediante comissões estabelecidas nas tarifas. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de Seguros no site www.susep.gov.br, por meio do seu número de registro na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados), nome completo, CNPJ ou CPF.

22.16 Declaração Pessoal e Saúde

Documento formal integrante da Proposta de Contratação e/ou resultante da Tele-entrevista em que o proponente ou Segurado presta informações sobre as suas condições de saúde na data de contratação do seguro. A Tele-entrevista é realizada por médicos e/ou enfermeiros especializados.

22.17 Doenças ou Lesões Preexistentes

Doença acometida e de conhecimento do segurado em momento anterior à contratação do seguro e não declarada na Proposta de Contratação e/ou Tele-entrevista.

22.18 Endosso

Documento expedido pela Seguradora, a pedido do Segurado, durante a vigência da apólice que confirma a aceitação da alteração de dados, condições ou coberturas.

22.19 Endosso de reenquadramento

Documento expedido pela Seguradora, anualmente, que demonstra os capitais segurados atualizados além do Prêmio do Seguro recalculado em função da atualização monetária e mudança da idade do Segurado.

22.20 Evento coberto

Acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante a vigência e que acarreta obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seu(s) beneficiário(s).

22.21 Franquia

É o período de tempo, ininterrupto, não considerado para cálculo do pagamento da indenização ou reembolso, contado a partir da caracterização do sinistro coberto.

22.22 Hospital

Estabelecimento legalmente habilitado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior.

Não se entendem como estabelecimento hospitalar, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescença para idosos, ou ainda local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela Seguradora.

22.23 Indenização

É o valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura contratada.

22.24 Infecções Oportunistas

São infecções causadas por microrganismos (bactérias, fungos ou vírus) que estão comumente presentes em nosso organismo (sem qualquer manifestação clínica) e que aproveitam o estado de debilidade (imunodeficiência) para se proliferarem e provocarem infecções nos mais diferentes órgãos ou na corrente sanguínea (septicemia). Exemplo: pneumonias, meningites, diarreias e outras infecções causadas em razão de imunodeficiência provocada pelo AIDS, por Doença Neoplásica, por Doenças Crônicas ou por outras doenças que afetem o sistema imunológico.

22.25 Má-fé

Agir de modo contrário à lei ou ao direito de forma proposita.

22.26 Médico Assistente

Profissional legalmente licenciado para a prática de medicina e que seja o responsável pelo tratamento de uma pessoa ou que esteja emitindo documentos médicos (relatórios, atestados, declarações, etc). Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a medicina.

22.27 Período de Cobertura

Período em que o Segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados, em caso de sinistro coberto pelo Seguro.

22.28 Prêmio do Seguro

É o valor a ser pago à Seguradora em contraprestação às coberturas contratadas. Cada cobertura determinará a cobrança de um Prêmio correspondente.

22.29 Proponente

Pessoa física interessada em contratar cobertura(s) de seguro.

22.30 Proposta de Contratação

Documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

22.31 Regime Financeiro de Repartição Simples

É aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados nesse mesmo período.

22.32 Regulação de Sinistros

Conjunto de procedimentos para a apuração das causas e circunstâncias que ocasionaram o sinistro que tem por objetivo validar a caracterização do risco.

22.33 Risco coberto

É o risco previsto no Plano de Seguro que caracterizará a indenização e/ou reembolso.

22.34 Riscos excluídos

São aqueles riscos previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano;

22.35 Seguradora

É a sociedade devidamente autorizada a comercializar seguros, que, mediante o recebimento do respectivo Prêmio do Seguro garante os riscos previstos no contrato.

22.36 Sinistro

Ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de Seguro.

22.37 Sinistro Vinculado

Sinistro ocasionado pela mesma doença ou mesmo acidente já avisado anteriormente e que tenha relação de continuidade para efeito de contagem do saldo de diárias da cobertura de Diária por Incapacidade Temporária.

22.38 Tele-entrevista

Processo de avaliação para aceitação do risco do seguro de vida feita por intermédio de entrevistas telefônicas, realizadas por médicos e/ou enfermeiros especializados.

**SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL - CONDIÇÕES ESPECIAIS
I-COBERTURA BÁSICA DE MORTE**

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta cobertura, em caso de morte do Segurado, seja natural, seja acidental, devidamente coberta, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e da Proposta de Contratação.**

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item 2. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

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

4. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

4.1 Anualmente, a cada aniversário da apólice ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir.

4.1.1 Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura Básica de Morte, de acordo com o sexo do segurado.

Idade	Variação % Masculino
Até 18 anos	não se aplica
19 anos	3,40706840
20 anos	3,46692894
21 anos	3,96863118
22 anos	4,00000000
23 anos	4,39560440

Idade	Variação % Masculino
51 anos	9,21971131
52 anos	8,59851049
53 anos	8,02244389
54 anos	7,56054205
55 anos	7,20724588
56 anos	6,92292292

Idade	Variação % Masculino
84 anos	9,64577665
85 anos	9,32000929
86 anos	8,94088166
87 anos	8,52984866
88 anos	8,12348364
89 anos	7,80460126

Idade	Variação % Masculino
24 anos	4,56842105
25 anos	4,34870143
26 anos	4,51475979
27 anos	4,15359055
28 anos	3,98794754
29 anos	3,83500937
30 anos	3,82468812
31 anos	3,55731225
32 anos	3,55725191
33 anos	3,56774289
34 anos	3,91459075
35 anos	4,68493151
36 anos	5,56137137
37 anos	6,60716499
38 anos	7,94186047
39 anos	9,15652268
40 anos	10,28323300
41 anos	11,25727069
42 anos	12,13705461
43 anos	12,73131545
44 anos	12,88413819
45 anos	12,68177207
46 anos	12,25490196
47 anos	11,73246591
48 anos	11,09870389
49 anos	10,49967693
50 anos	9,82685248

Idade	Variação % Masculino
57 anos	6,71060515
58 anos	6,59390792
59 anos	6,74897119
60 anos	7,14417887
61 anos	7,73570514
62 anos	8,42795693
63 anos	9,13671812
64 anos	9,72760010
65 anos	10,17695473
66 anos	10,48911217
67 anos	10,69089372
68 anos	10,79748044
69 anos	10,80714182
70 anos	10,75373134
71 anos	10,64955192
72 anos	10,50452151
73 anos	10,34818468
74 anos	10,26168162
75 anos	10,22834497
76 anos	10,22941277
77 anos	10,24058399
78 anos	10,24706108
79 anos	10,23212305
80 anos	10,18451536
81 anos	10,10927639
82 anos	10,01742926
83 anos	9,88265949

Idade	Variação % Masculino
90 anos	7,57050577
91 anos	7,40326567
92 anos	7,28640948
93 anos	7,20583489
94 anos	7,14639108
95 anos	7,10051297
96 anos	7,06379240
97 anos	7,03349574
98 anos	7,12623220
99 anos	7,30781520
100 anos	7,54975406
101 anos	7,82742353
102 anos	8,11849032
103 anos	8,40687067
104 anos	8,67727579
105 anos	8,92051742
106 anos	9,12928813
107 anos	9,29935680
108 anos	9,42956516
109 anos	9,52041653
110 anos	9,57330530
111 anos	9,59177273
112 anos	9,57864319
113 anos	9,53810080
114 anos	9,47373110
115 anos	9,38920392

Idade	Variação % Feminino
Até 18 anos	não se aplica
19 anos	6,55136268
20 anos	6,59124447
21 anos	6,13751731
22 anos	6,17391304
23 anos	6,14250614
24 anos	6,09567901
25 anos	5,74545455
26 anos	5,46767538
27 anos	5,15161396
28 anos	4,65116279

Idade	Variação % Feminino
51 anos	10,16393443
52 anos	9,86904762
53 anos	9,52974320
54 anos	9,22985606
55 anos	9,09749581
56 anos	8,99053628
57 anos	8,91918653
58 anos	8,94405594
59 anos	9,14692856
60 anos	9,45953893
61 anos	9,87239758

Idade	Variação % Feminino
84 anos	12,42460824
85 anos	12,31144563
86 anos	12,17235701
87 anos	12,00783095
88 anos	11,78236195
89 anos	11,38277118
90 anos	10,84379669
91 anos	10,23018713
92 anos	9,57867220
93 anos	8,91984990
94 anos	8,27768710

Idade	Variação % Feminino
29 anos	4,44444444
30 anos	4,25531915
31 anos	4,29931973
32 anos	4,14818680
33 anos	4,15831663
34 anos	4,42520443
35 anos	4,60617227
36 anos	5,30603258
37 anos	5,74952958
38 anos	6,42546461
39 anos	6,96637563
40 anos	7,38103508
41 anos	7,95730228
42 anos	8,23970037
43 anos	8,65051903
44 anos	8,91719745
45 anos	9,35672515
46 anos	9,71122995
47 anos	10,15792552
48 anos	10,54867257
49 anos	10,53474224
50 anos	10,44322132

Idade	Variação % Feminino
62 anos	10,28850856
63 anos	10,66108007
64 anos	10,73381814
65 anos	10,59791949
66 anos	10,27922726
67 anos	9,86398090
68 anos	9,48465578
69 anos	9,47442411
70 anos	9,80005632
71 anos	10,32777635
72 anos	10,95664950
73 anos	11,60025141
74 anos	12,07130896
75 anos	12,38458343
76 anos	12,55507527
77 anos	12,60282970
78 anos	12,57579678
79 anos	12,57459007
80 anos	12,58054937
81 anos	12,58391253
82 anos	12,55908487
83 anos	12,50604930

Idade	Variação % Feminino
95 anos	7,65843824
96 anos	7,06370962
97 anos	6,49261672
98 anos	6,27045222
99 anos	6,32066135
100 anos	6,58065896
101 anos	6,99708747
102 anos	7,52012947
103 anos	8,10280368
104 anos	8,70251984
105 anos	9,28414493
106 anos	9,81764052
107 anos	10,28365702
108 anos	10,66975473
109 anos	10,97042052
110 anos	11,18675726
111 anos	11,32391079
112 anos	11,38929003
113 anos	11,39234282
114 anos	11,34239933
115 anos	11,24893668

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15. (Procedimentos em caso de Sinistro) das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

I) Cópia Simples

- Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência no mês do evento do Segurado e do beneficiário;
- Exame(s) de diagnóstico de doença que causou o Óbito se houver;
- Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

II) Cópia Autenticada

- Certidão de Óbito;
- Certidão de Nascimento e/ou Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito, ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência;
- Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito.

III) Documento Original

- a) Relatório médico devidamente assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL – CONDIÇÕES ESPECIAIS
II- COBERTURA ADICIONAL DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Desde que contratada, garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta cobertura, conforme estabelecido no item 9 das Condições Gerais, em caso de morte do Segurado causada, **exclusivamente**, por acidente pessoal coberto pelo Seguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e Proposta de Contratação.**

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos excluídos definidos no item 2. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura de Morte Acidental os eventos decorrentes de:

- a)** Intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, exceto quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico), em decorrência de acidente coberto.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

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

4. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

4.1 O reajuste de taxa em função da mudança da idade não se aplica para a cobertura de Morte Acidental.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15. (Procedimentos em caso de Sinistro) das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

I) Cópia Simples

- a) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência no mês do evento do Segurado e do beneficiário;
- b) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- c) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

II) Cópia Autenticada

- a) Certidão de Óbito;
- b) Certidão de Nascimento e/ou Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito, ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência;
- c) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial;
- d) Laudo de Exame Cadavérico (IML);
- e) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico (IML);
- f) Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- g) Termo de reconhecimento do cadáver – nos casos em que houver necessidade de reconhecimento da vítima.

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL – CONDIÇÕES ESPECIAIS
III- COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR
ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento de uma indenização, nas hipóteses e graus estabelecidos na **Tabela para o Cálculo de Indenização (subitem 1.10)**, proporcional ao valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, conforme estabelecido no item 9 das Condições Gerais, caso haja perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, **quando da alta médica definitiva, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Proposta de Contratação.**

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

1.1.1. A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado a tanto se negue.

1.1.1.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

1.2. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista na Tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução funcional apresentada e, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

1.3. Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.

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

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

1.6. Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez preexistente será percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.

1.7. A perda de dentes e os danos estéticos não darão direito a indenização por invalidez permanente por acidente.

1.8. As indenizações previstas para as coberturas Básica de Morte e Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam, em consequência de um mesmo acidente. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização pela cobertura Básica de Morte será deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente.

1.9. A reintegração do Capital Segurado para a hipótese de invalidez permanente parcial por acidente será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo para invalidez permanente direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

1.10. Tabela para o Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente

TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE IMPORTÂNCIA SEGURADA
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25



PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Perda funcional total de um braço	50
	Perda funcional total de um antebraço	30
	Perda funcional total de um ombro	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.	

PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Perda funcional do segmento da perna	25
	Perda funcional do joelho	20
	Perda funcional de um dos pés	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- de 4 (quatro) centímetros	10
	- de 3 (três) centímetros	6
	Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização.	



DIVERSAS	MANDÍBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	- Em grau mínimo	5
	- Em grau médio	10
	- Em grau máximo	20
	NARIZ	
	- Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	- Perda total do olfato	7
	- Perda do olfato com alterações gustativas	10
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	- Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais	
	- Unilateral	7
	- Unilateral com fístulas	15
	- Bilateral	14
	- Bilateral com fístulas	25
	- Unilateral	7
	Lesões da pálpebra	
	- Ectrópio unilateral	3
	- Ectrópio bilateral	6
	- Entrópio unilateral	7
	- Entrópio bilateral	14
	- Má oclusão palpebral unilateral	3
	- Má oclusão palpebral bilateral	6
	- Ptose palpebral unilateral	5
	- Ptose palpebral bilateral	10
	APARELHO DA FONAÇÃO	
	- Perda da Palavra (mudez incurável)	50
	- Perda de substância (palato mole e duro)	15
	SISTEMA AUDITIVO	
	- Amputação total de uma orelha	8
	- Amputação total das duas orelhas	16
	PERDA DO BAÇO	
	APARELHO URINÁRIO	
	- Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	- Cistostomia (definitiva)	30
	- Incontinência urinária permanente	30
	PERDA DE UM RIM, COM RIM REMANESCENTE	
	- Com função renal preservada	30
	- Redução da função renal (não dialítica)	50
	- Redução da função renal (dialítica)	75
	- Perda de rim único	75
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
	- Perda de um testículo	5
	- Perda de dois testículos	15
	- Amputação traumática do pênis	40
	- Perda de um ovário	5
	- Perda de dois ovários	15



	- Perda do útero antes da menopausa	30
	- Perda do útero depois da menopausa	10
	PESCOÇO	
	- Estenose da faringe com obstáculo e deglutição	15
	- Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	- Traquesostomia definitiva	40
	TÓRAX	
	Aparelho Respiratório	
	- Sequelas pós-traumática pleurais	10
	Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total)	
	- com função respiratória preservada	15
	- com redução em grau mínimo da função respiratória	25
	- com redução em grau médio da função respiratória	50
	- com insuficiência respiratória	75
	MAMAS (FEMININAS)	
	- Mastectomia unilateral	10
	- Mastectomia bilateral	20
	ABDOMEM (ÓRGÃO E VÍSCERAS)	
	- Gastrectomia subtotal	20
	- Gastrectomia total	40
	INTESTINO DELGADO	
	- Ressecção parcial	20
	- Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
	INTESTINO GROSSO	
	- Colectomia parcial	20
	- Colectomia total	40
	- Colostomia definitiva	40
	RETO E ÂNUS	
	- Incontinência fecal sem prolapso	30
	- Incontinência fecal com prolapso	50
	- Retenção anal	10
	FÍGADO	
	- Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	- Lobectomia com insuficiência hepática	50
	SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
	- Epilepsia pós-traumática	20
	- Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
	- Síndrome pós-concussional	5

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item 2. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

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

4. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

4.1 O reajuste de taxa em função da mudança da idade não se aplica para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15. (Procedimentos em caso de Sinistro) das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

5.1.1 No caso da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente prevista nestas Condições Especiais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

I) Cópia Simples

- a) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência no mês do evento do Segurado e do beneficiário;
- b) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- c) Exames realizados pelo Segurado que comprove o diagnóstico;
- d) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

II) Cópia Autenticada

- a) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- c) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML).

III) Documento Original

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez.

**SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL – CONDIÇÕES ESPECIAIS
IV- COBERTURA ADICIONAL DIAGNÓSTICO DE CÂNCER – FEMININO**

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura, em caso de diagnóstico médico definitivo confirmado pela evidência histológica de malignidade por oncologista ou patologista, ocorrida e diagnosticada durante a vigência do Seguro e após o período de carência, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e da Proposta de Contratação.**

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

1.1.1 Câncer é a doença caracterizada pela presença de um tumor maligno (crescimento descontrolado de células malignas com disseminação e invasão dos tecidos).

1.2 Riscos Cobertos: Câncer Primário de Útero, Ovário, Mama e Trompa.

1.2.1. Câncer primário é aquele que teve sua origem no próprio órgão.

1.3 O pagamento de qualquer indenização decorrente da cobertura de Diagnóstico de Câncer significa o cancelamento imediato desta cobertura, não havendo reintegração do Capital Segurado ou renovação da cobertura.

1.4 A cobertura de Diagnóstico de Câncer Feminino cessará quando o segurado completar 71 (setenta e um) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o segurado com os direitos preservados até o final de vigência da apólice.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos excluídos definidos no item 2. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura de Diagnóstico de Câncer Feminino os eventos decorrentes de:

- a) Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
- b) Todos os cânceres não invasivos (in situ) das mamas;
- c) Carcinoma micro-invasivo do útero ou do colo do útero;
- d) Qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana;
- e) Câncer existente antes do início de vigência da cobertura individual e que não tenha sido declarado na proposta de contratação ou tele-entrevista;
- f) Qualquer neoplasia benigna.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do diagnóstico da doença confirmado por exames.

4. CARÊNCIA

4.1 A cobertura de Diagnóstico de Câncer Feminino estará sujeita ao período de carência de 90 (noventa) dias, a partir da data de início de vigência da cobertura.

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

5. FRANQUIA

5.1 A cobertura de Diagnóstico de Câncer Feminino estará sujeita ao período de franquias de 30 (trinta) dias, caracterizado pelo período de sobrevivência entre a data do diagnóstico da doença e a data para acionamento do seguro.

6. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

6.1 Anualmente, a cada aniversário da apólice ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir:

6.1.1 Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura Diagnóstico de Câncer Feminino.

Idade	Variação %
Até 18 anos	não se aplica
19 anos	não se aplica
20 anos	não se aplica
21 anos	não se aplica
22 anos	não se aplica
23 anos	não se aplica
24 anos	não se aplica
25 anos	não se aplica
26 anos	30,02385759
27 anos	23,09103740

Idade	Variação %
47 anos	- 2,98983759
48 anos	- 3,08198390
49 anos	- 3,17999071
50 anos	- 3,28234877
51 anos	- 3,39590076
52 anos	- 3,51527604
53 anos	- 3,64334984
54 anos	- 3,77870664
55 anos	- 3,92959680
56 anos	1,46305969

Idade	Variação %
28 anos	18,75931659
29 anos	15,78642464
30 anos	13,64242829
31 anos	12,00469621
32 anos	10,71802935
33 anos	9,68047337
34 anos	8,82606819
35 anos	8,10529447
36 anos	14,86678589
37 anos	12,93864027
38 anos	11,45634500
39 anos	10,27877327
40 anos	9,32071782
41 anos	8,52603057
42 anos	7,85620788
43 anos	7,28396449
44 anos	6,78942517
45 anos	6,35973086
46 anos	- 2,90304137

Idade	Variação %
57 anos	1,44196291
58 anos	1,42399071
59 anos	1,40150855
60 anos	1,38213777
61 anos	1,36571664
62 anos	1,34492726
63 anos	1,32707901
64 anos	1,30969828
65 anos	1,29506315
66 anos	- 1,97442989
67 anos	- 2,01419883
68 anos	- 2,05560276
69 anos	- 2,09874461
70 anos	- 2,14373616
71 anos	- 2,18818381
72 anos	- 2,23970789
73 anos	- 2,29102004
74 anos	- 2,34473847
75 anos	- 2,40103650

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15. (Procedimentos em caso de Sinistro) das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

7.1.1 No caso da cobertura de Diagnóstico de Câncer prevista nestas Condições Especiais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

I) Cópia Simples

- Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado e do beneficiário;
- Exames complementares comprovando os diagnósticos e prontuário médico em caso de internações hospitalares;
- Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

II Documento Original

- Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

**V- SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL – CONDIÇÕES ESPECIAIS
COBERTURA ADICIONAL DIAGNÓSTICO DE CÂNCER – MASCULINO**

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura, em caso de diagnóstico médico definitivo confirmado pela evidência histológica de malignidade por oncologista ou patologista, ocorrida e diagnosticada durante a vigência do Seguro e após o período de carência, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e da Proposta de Contratação.**

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

1.1.1 Câncer é a doença caracterizada pela presença de um tumor maligno (crescimento descontrolado de células malignas com disseminação e invasão dos tecidos).

1.2 Riscos Cobertos: Câncer Primário de Próstata e Testículo.

1.2.1. Câncer primário é aquele que teve sua origem no próprio órgão.

1.3 O pagamento de qualquer Indenização decorrente da cobertura de Diagnóstico de Câncer significa o cancelamento imediato desta cobertura, não havendo reintegração do Capital Segurado ou renovação da cobertura.

1.4 A cobertura de Diagnóstico de Câncer – Masculino cessará quando o segurado completar 71 (setenta e um) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o segurado com os direitos preservados até o final de vigência da apólice.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos excluídos definidos no item 2. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura de Diagnóstico de Câncer Masculino os eventos decorrentes de:

- a) Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
- b) Todos os cânceres não invasivos (in situ);
- c) Câncer existente antes do início de vigência da cobertura individual e que não tenha sido declarado na proposta de contratação ou tele-entrevista.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do diagnóstico da doença confirmado por exames.

4. CARÊNCIA

4.1 A cobertura Diagnóstico de Câncer Masculino estará sujeita ao período de carência de 90 (noventa) dias, a partir da data de início de vigência da cobertura.

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

5. FRANQUIA

5.1 A cobertura de Diagnóstico de Câncer Masculino estará sujeita ao período de franquia de 30 (trinta) dias, caracterizado pelo período de sobrevivência entre a data do diagnóstico da doença e a data para acionamento do seguro.

6. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

6.1 Anualmente, a cada aniversário da apólice ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir:

6.1.1 Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura Diagnóstico de Câncer Masculino.

Idade	Variação %
Até 18 anos	não se aplica
19 anos	não se aplica
20 anos	não se aplica
21 anos	não se aplica
22 anos	não se aplica
23 anos	não se aplica
24 anos	não se aplica
25 anos	não se aplica
26 anos	30,02385759
27 anos	23,09103740
28 anos	18,75931659
29 anos	15,78642464
30 anos	13,64242829
31 anos	12,00469621
32 anos	10,71802935
33 anos	9,68047337
34 anos	8,82606819

Idade	Variação %
47 anos	- 2,98983759
48 anos	- 3,08198390
49 anos	- 3,17999071
50 anos	- 3,28234877
51 anos	- 3,39590076
52 anos	- 3,51527604
53 anos	- 3,64334984
54 anos	- 3,77870664
55 anos	- 3,92959680
56 anos	1,46305969
57 anos	1,44196291
58 anos	1,42399071
59 anos	1,40150855
60 anos	1,38213777
61 anos	1,36571664
62 anos	1,34492726
63 anos	1,32707901

Idade	Variação %
35 anos	8,10529447
36 anos	14,86678589
37 anos	12,93864027
38 anos	11,45634500
39 anos	10,27877327
40 anos	9,32071782
41 anos	8,52603057
42 anos	7,85620788
43 anos	7,28396449
44 anos	6,78942517
45 anos	6,35973086
46 anos	- 2,90304137

Idade	Variação %
64 anos	1,30969828
65 anos	1,29506315
66 anos	- 1,97442989
67 anos	- 2,01419883
68 anos	- 2,05560276
69 anos	- 2,09874461
70 anos	- 2,14373616
71 anos	- 2,18818381
72 anos	- 2,23970789
73 anos	- 2,29102004
74 anos	- 2,34473847
75 anos	- 2,40103650

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15. (Procedimentos em caso de Sinistro) das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

7.1.1 No caso da cobertura de Diagnóstico de Câncer prevista nestas Condições Especiais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

I) Cópia Simples

- a) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado e do beneficiário;
- b) Exames complementares comprovando os diagnósticos e prontuário médico em caso de internações hospitalares;
- c) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

II Documento Original

- b) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

**VI- SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL – CONDIÇÕES ESPECIAIS
COBERTURA ADICIONAL DOENÇAS GRAVES – COMBO 1**

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura, em caso de diagnóstico comprovado por Médico Habilitado e exames complementares, de uma das doenças cobertas contratadas para fins deste Seguro, ocorrida e diagnosticada durante a vigência do Seguro e após o período de carência, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e da Proposta de Contratação.**

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

1.2 Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada ou cirurgia realizada, desde que comunicados à Seguradora, **não havendo, em hipótese alguma acumulação de indenizações, tanto para situações de correlação entre elas ou se originadas do mesmo evento.**

1.3 Estão cobertas, **única e exclusivamente**, as doenças abaixo relacionadas e caracterizadas, sendo necessário que os seus diagnósticos sigam os critérios estabelecidos na literatura médica mundial e aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

1.3.1 DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

1.3.1.1 Conceito: Diagnóstico definitivo confirmado pela evidência histológica de malignidade por oncologista ou patologista. Câncer é a doença caracterizada pela presença de um tumor maligno (crescimento descontrolado de células malignas com disseminação e invasão dos tecidos).

1.3.1.2 Riscos Cobertos:

1.3.1.2.1 Câncer Primário de Útero, Ovário, Mama e Trompa devidamente caracterizado no conceito dessa cobertura.

1.3.1.2.2 Câncer Primário de Próstata e Testículo devidamente caracterizado no conceito dessa cobertura.

1.3.1.2.3 Outros Linfomas, Sarcomas, Leucemias e demais neoplasias malignas de caráter invasivo, desde que necessitem de tratamento com quimioterapia, radioterapia ou tratamentos paliativos.

1.3.1.3 Riscos Excluídos:

- a) Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
- b) Todos os cânceres não invasivos (in situ);
- c) Qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana;
- d) Câncer existente antes do início de vigência da cobertura individual;
- e) Qualquer neoplasia benigna;
- f) Carcinoma microinvasivo da mama;

- g) Carcinoma microinvasivo do útero e do colo uterino;
- h) Câncer de Pele (exceto o Melanoma).

1.3.2 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

1.3.2.1 Conceito: Isquemia cerebral (diminuição do fluxo sanguíneo em áreas do cérebro) e/ou hemorragia no cérebro (rompimento de vasos sanguíneos).

1.3.2.2 Risco Coberto: Acidente vascular cerebral que produza alteração da função motora e sensitiva dos membros, perceptiva e da linguagem, comprovada após seis meses da data do diagnóstico.

1.3.2.3 Riscos Excluídos:

Ataques isquêmicos transitórios; alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral isquêmico e/ou hemorrágico e lesão cerebral resultante de trauma; não estão cobertos ainda os derrames decorrentes de doenças preexistentes à contratação do seguro.

1.3.3 INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

1.3.3.1 Conceito: Necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco em consequência de um fluxo sanguíneo inadequado, diagnosticado por cardiologista e comprovado por meio de exames complementares.

1.3.3.2 Risco Coberto: O Infarto Agudo do Miocárdio, desde que haja tratamento com angioplastia ou revascularização do miocárdio.

1.3.4 TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

1.3.4.1 Conceito: É a transferência do órgão de um indivíduo doador para implantá-lo no segurado receptor.

1.3.4.2 Riscos Cobertos: Os transplantes de coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor). A caracterização da cobertura será mediante a indicação de transplante feita por médico especialista na doença em questão.

1.3.4.3 Riscos Excluídos:

Qualquer autotransplante e demais órgãos ou células, além dos riscos cobertos citados no subitem 1.3.4.2.

1.4 O Capital Segurado da cobertura de doenças graves somente será devido se o Segurado se encontrar em vida após 30 (trinta) dias contados a partir da data do diagnóstico da doença ou da data em que o Segurado for submetido à cirurgia coberta, e desde que a doença de origem da cobertura tenha ocorrido e sido diagnosticada no período de vigência da apólice, após cumprido o período de Carência do seguro.

1.5 A cobertura de Doenças Graves cessará quando o segurado completar 71 (setenta e um) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o segurado com os direitos preservados até o final de vigência da apólice.

1.6 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. CAPITAIS SEGURADOS

2.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.

2.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

2.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do diagnóstico da doença confirmado por exames.

3. CARÊNCIA

3.1 A cobertura de Doenças Graves estará sujeita ao período de carência de 90 (noventa) dias, a partir da data de início de vigência da cobertura.

4. FRANQUIA

4.1 A cobertura de Doenças Graves estará sujeita ao período de franquia de 30 (trinta) dias, caracterizado pelo período de sobrevivência entre a data do diagnóstico da doença e a data para acionamento do seguro.

5. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

5.1 Anualmente, a cada aniversário da apólice ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir:

5.1.1 Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura Doenças Graves – Combo 1, de acordo com o sexo do segurado.

Idade	Variação % Masculino
Até 18 anos	não se aplica
19 anos	não se aplica
20 anos	não se aplica
21 anos	não se aplica
22 anos	não se aplica
23 anos	não se aplica
24 anos	não se aplica
25 anos	não se aplica

Idade	Variação % Masculino
47 anos	15,07220852
48 anos	13,09804402
49 anos	11,58114106
50 anos	10,37912048
51 anos	9,40315563
52 anos	8,59495832
53 anos	7,91469370
54 anos	7,33421319



Idade	Variação % Masculino
26 anos	4,09320865
27 anos	3,93225331
28 anos	3,78347740
29 anos	3,64554888
30 anos	3,51732315
31 anos	3,41053703
32 anos	3,28574945
33 anos	3,18122245
34 anos	3,08314088
35 anos	2,99092640
36 anos	16,22797477
37 anos	13,95283549
38 anos	12,25260738
39 anos	10,91520960
40 anos	9,83444364
41 anos	8,95988470
42 anos	8,22310406
43 anos	7,59319617
44 anos	7,06205330
45 anos	6,59622441
46 anos	17,74708639

Idade	Variação % Masculino
55 anos	6,83306186
56 anos	12,01476809
57 anos	10,72605719
58 anos	9,68581655
59 anos	8,83160832
60 anos	8,11492953
61 anos	7,50490242
62 anos	6,98185482
63 anos	6,52620469
64 anos	6,12562213
65 anos	5,77276645
66 anos	3,26593245
67 anos	3,16264268
68 anos	3,06504863
69 anos	2,97451564
70 anos	2,88859396
71 anos	2,80749678
72 anos	2,73082884
73 anos	2,65823694
74 anos	2,58940444
75 anos	2,52352191

Idade	Variação % Feminino
Até 18 anos	não se aplica
19 anos	não se aplica
20 anos	não se aplica
21 anos	não se aplica
22 anos	não se aplica
23 anos	não se aplica
24 anos	não se aplica
25 anos	não se aplica
26 anos	18,81979695
27 anos	15,82826017
28 anos	13,66528354
29 anos	12,02238988
30 anos	10,73213122
31 anos	9,69197567
32 anos	8,83562869
33 anos	8,11832375
34 anos	7,50873993
35 anos	6,98430652

Idade	Variação % Feminino
47 anos	1,62268220
48 anos	1,59503227
49 anos	1,57170251
50 anos	1,54738226
51 anos	1,52214328
52 anos	1,50095649
53 anos	1,47876093
54 anos	1,45562487
55 anos	1,43630504
56 anos	5,88906713
57 anos	5,56154406
58 anos	5,26853232
59 anos	5,00616103
60 anos	4,76624430
61 anos	4,54940839
62 anos	4,35144345
63 anos	4,16998875
64 anos	4,00306154

Idade	Variação % Feminino
36 anos	14,51918418
37 anos	12,67453937
38 anos	11,24880514
39 anos	10,11446282
40 anos	9,18262130
41 anos	8,41288478
42 anos	7,75768706
43 anos	7,20138085
44 anos	6,71558137
45 anos	6,29488159
46 anos	1,64762110

Idade	Variação % Feminino
65 anos	3,84999244
66 anos	1,82402392
67 anos	1,79039593
68 anos	1,75984116
69 anos	1,72940635
70 anos	1,70000633
71 anos	1,67158921
72 anos	1,64410650
73 anos	1,61751287
74 anos	1,59176585
75 anos	1,56682566

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15. (Procedimentos em caso de Sinistro) das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

6.1.1 No caso da cobertura de Doenças Graves prevista nestas Condições Especiais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

I) Cópia Simples

- a) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado e do beneficiário;
- b) Exames complementares comprovando os diagnósticos e o prontuário médico em caso de internações hospitalares;
- c) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

II) Documento Original

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

**SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL – CONDIÇÕES ESPECIAIS
VII- COBERTURA ADICIONAL DOENÇAS GRAVES – COMBO 2**

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura, em caso de diagnóstico comprovado por Médico Habilitado e exames complementares, de uma das doenças cobertas contratada para fins deste Seguro, ocorrida e diagnosticada durante a vigência do Seguro e após o período de carência, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e da Proposta de Contratação.**

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

1.2 Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada ou cirurgia realizada, desde que comunicados à Seguradora, **não havendo, em hipótese alguma acumulação de indenizações, tanto para situações de correlação entre elas ou se originadas do mesmo evento.**

1.3 Estão cobertas, **única e exclusivamente**, as doenças abaixo relacionadas e caracterizadas, sendo necessário que os seus diagnósticos sigam os critérios estabelecidos na literatura médica mundial e aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

1.3.1 DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

1.3.1.1 Conceito: Diagnóstico definitivo confirmado pela evidência histológica de malignidade por oncologista ou patologista. Câncer é a doença caracterizada pela presença de um tumor maligno (crescimento descontrolado de células malignas com disseminação e invasão dos tecidos).

1.3.1.2 Riscos Cobertos:

1.3.1.2.1 Câncer Primário de Útero, Ovário, Mama e Trompa devidamente caracterizado no conceito dessa cobertura.

1.3.1.2.2 Câncer Primário de Próstata e Testículo devidamente caracterizado no conceito dessa cobertura.

1.3.1.2.3 Outros Linfomas, Sarcomas, Leucemias e demais neoplasias malignas de caráter invasivo, desde que necessitem de tratamento com quimioterapia, radioterapia ou tratamentos paliativos.

1.3.1.3 Riscos Excluídos:

- a) Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
- b) Todos os cânceres não invasivos (in situ);
- c) Qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana;
- d) Câncer existente antes do início de vigência da cobertura individual;
- e) Qualquer neoplasia benigna;
- f) Carcinoma microinvasivo da mama;

- g) Carcinoma microinvasivo do útero e do colo uterino;
- h) Câncer de Pele (exceto o Melanoma).

1.3.2 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

1.3.2.1 Conceito: Isquemia cerebral (diminuição do fluxo sanguíneo em áreas do cérebro) e/ou hemorragia no cérebro (rompimento de vasos sanguíneos).

1.3.2.2 Risco Coberto: Acidente vascular cerebral que produza alteração da função motora e sensitiva dos membros, perceptiva e da linguagem, comprovada após seis meses da data do diagnóstico.

1.3.2.3 Riscos Excluídos:

Ataques isquêmicos transitórios; alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral isquêmico e/ou hemorrágico e lesão cerebral resultante de trauma; não estão cobertos ainda os derrames decorrentes de doenças preexistentes à contratação do seguro

1.3.3 INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

1.3.3.1 Conceito: Necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco em consequência de um fluxo sanguíneo inadequado, diagnosticado por cardiologista e comprovado por meio de exames complementares.

1.3.3.2 Risco Coberto: O Infarto Agudo do Miocárdio, desde que haja tratamento com angioplastia ou revascularização do miocárdio.

1.3.4 TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

1.3.4.1 Conceito: É a transferência do órgão de um indivíduo doador para implantá-lo no segurado receptor.

1.3.4.2 Riscos Cobertos: Os transplantes de coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor). A caracterização da cobertura será mediante a indicação de transplante feita por médico especialista na doença em questão.

1.3.4.3 Riscos Excluídos:

Qualquer autotransplante e demais órgãos ou células, além dos riscos cobertos citados no subitem 1.3.4.2.

1.3.5 ALZHEIMER

1.3.5.1 Conceito: Doença neurológica caracterizada por ser progressiva e levar à perda das funções cognitivas cerebrais (demência).

1.3.5.2 Riscos Cobertos: Os quadros demenciais devidamente comprovados por meio de laudo emitido por médico especialista.

1.3.6 INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

1.3.6.1 Conceito: estágio final da doença renal, caracterizada pela perda funcional de ambos os rins, que necessita de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.

1.3.6.2 Riscos Cobertos: As doenças renais tratadas com diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.

1.3.6.3 Riscos Excluídos:

Doenças renais que não necessitem de tratamento com diálise ou hemodiálise.

1.3.7 DIAGNÓSTICO DE SURDEZ TOTAL

1.3.7.1 Conceito: É a perda total e irreversível da audição em ambos os ouvidos.

1.3.7.2 Risco Coberto: Diagnóstico de surdez total devidamente comprovado com exames específicos e laudos médicos complementares.

1.3.7.3 Riscos Excluídos:

Surdez pré-existente à contratação do seguro.

1.3.8 CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA COM IMPLANTE DE PONTE(S) VASCULAR(ES) NAS ARTÉRIAS CORONARIANAS (BYPASS)

1.3.8.1 Conceito: Realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias que estão estenosadas ou ocluídas, com o implante de ponte(s) (Bypass) arterial(is) ou venosa(s) na(s) artéria(s) coronária(s).

1.3.8.2 Riscos Cobertos: As cirurgias tratadas com toracotomia.

1.3.8.3 Riscos Excluídos:

Angioplastias, outros procedimentos intra-arteriais e cirurgia por toracotomia mínima.

1.3.9 DIAGNÓSTICO DE CEGUEIRA LEGAL

1.3.9.1 Conceito: ocorrência de cegueira legal decorrente de acidente ou doença. Considera-se como cegueira legal para esta cobertura a acuidade visual igual ou inferior a 20/200 no melhor olho com a melhor correção, e/ou campo visual igual ou inferior a 20 graus no melhor olho.

1.3.9.2 Riscos Cobertos: Diagnóstico de Cegueira devidamente comprovado com exames específicos e laudos médicos complementares.

1.4 O Capital Segurado da cobertura de doenças graves somente será devido se o Segurado se encontrar em vida após 30 (trinta) dias contados a partir da data do diagnóstico da doença ou da data em que o Segurado for submetido à cirurgia coberta, e desde que a doença de origem da

cobertura tenha ocorrido e sido diagnosticada no período de vigência da apólice, após cumprido o período de Carência do seguro.

1.5 A cobertura de Doenças Graves cessará quando o segurado completar 71 (setenta e um) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o segurado com os direitos preservados até o final de vigência da apólice.

1.6 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. CAPITAIS SEGURADOS

2.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.

2.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

2.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do diagnóstico da doença confirmado por exames.

3. CARÊNCIA

3.1 A cobertura de Doenças Graves estará sujeita ao período de carência de 90 (noventa) dias, a partir da data de início de vigência da cobertura.

4. FRANQUIA

4.1 A cobertura de Doenças Graves estará sujeita ao período de franquia de 30 (trinta) dias, caracterizado período de sobrevivência entre a data do diagnóstico da doença e a data para acionamento do seguro.

5. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

5.1 Anualmente, a cada aniversário da apólice ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir:

5.1.1 Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura Doenças Graves – Combo 2, de acordo com o sexo do segurado.

Idade	Variação % Masculino
Até 18 anos	não se aplica
19 anos	não se aplica
20 anos	não se aplica
21 anos	não se aplica
22 anos	não se aplica

Idade	Variação % Masculino
47 anos	14,38495892
48 anos	12,57350815
49 anos	11,16915370
50 anos	10,04891577
51 anos	9,12956741

Idade	Variação % Masculino
23 anos	não se aplica
24 anos	não se aplica
25 anos	não se aplica
26 anos	4,48969870
27 anos	4,30818327
28 anos	4,11931818
29 anos	3,95634379
30 anos	3,80577428
31 anos	3,66624526
32 anos	3,53658537
33 anos	3,42484371
34 anos	3,30267192
35 anos	3,19708277
36 anos	15,52305037
37 anos	13,43718879
38 anos	11,83921741
39 anos	10,59153350
40 anos	9,57716488
41 anos	8,74011012
42 anos	8,03761382
43 anos	7,43570557
44 anos	6,92474064
45 anos	6,47627537
46 anos	16,79814535

Idade	Variação % Masculino
52 anos	8,36740912
53 anos	7,71985380
54 anos	7,16660256
55 anos	6,68862882
56 anos	11,14248297
57 anos	10,02540403
58 anos	9,11288183
59 anos	8,35089236
60 anos	7,70726680
61 anos	7,15652536
62 anos	6,67785162
63 anos	6,26050449
64 anos	5,89102181
65 anos	5,56328734
66 anos	3,45903372
67 anos	3,34338491
68 anos	3,23521908
69 anos	3,13434757
70 anos	3,03859267
71 anos	2,94898503
72 anos	2,86451103
73 anos	2,78474179
74 anos	2,70929493
75 anos	2,63782837

Idade	Variação % Feminino
Até 18 anos	não se aplica
19 anos	não se aplica
20 anos	não se aplica
21 anos	não se aplica
22 anos	não se aplica
23 anos	não se aplica
24 anos	não se aplica
25 anos	não se aplica
26 anos	17,03795380
27 anos	14,55763130
28 anos	12,70769231
29 anos	11,27491128
30 anos	10,13248283
31 anos	9,20026732
32 anos	8,42513260

Idade	Variação % Feminino
47 anos	1,76048583
48 anos	1,73002891
49 anos	1,70060790
50 anos	1,67217083
51 anos	1,64319939
52 anos	1,61808086
53 anos	1,59231590
54 anos	1,56735860
55 anos	1,54317157
56 anos	6,17258801
57 anos	5,81500953
58 anos	5,49423981
59 anos	5,20924050
60 anos	4,95022546
61 anos	4,71777416

Idade	Variação % Feminino
33 anos	7,77046096
34 anos	7,21019553
35 anos	6,72528904
36 anos	13,81980470
37 anos	12,14182781
38 anos	10,82720698
39 anos	9,76675206
40 anos	8,90018916
41 anos	8,17279495
42 anos	7,55322920
43 anos	7,02472128
44 anos	6,56364361
45 anos	6,15936485
46 anos	1,79040420

Idade	Variação % Feminino
62 anos	4,50423666
63 anos	4,31104789
64 anos	4,13196844
65 anos	3,96888450
66 anos	1,95235416
67 anos	1,91496722
68 anos	1,87979343
69 anos	1,84431594
70 anos	1,81091691
71 anos	1,77947106
72 anos	1,74760784
73 anos	1,71759109
74 anos	1,68931432
75 anos	1,66053637

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15. (Procedimentos em caso de Sinistro) das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

6.1.1 No caso da cobertura de Doenças Graves prevista nestas Condições Especiais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

I) Cópia Simples

- a) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado e do beneficiário;
- b) Exames complementares comprovando os diagnósticos e o prontuário médico em caso de internações hospitalares;
- c) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

II) Documento Original

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

**VIII- SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL – CONDIÇÕES ESPECIAIS
COBERTURA ADICIONAL DOENÇAS GRAVES – COMBO 3**

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura, em caso de diagnóstico comprovado por Médico Habilitado e exames complementares, de uma das doenças cobertas contratada (s) para fins deste Seguro, ocorrida e diagnosticada durante a vigência do Seguro e após o período de carência, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e da Proposta de Contratação.**

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

1.2 Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada ou cirurgia realizada, desde que comunicados à Seguradora, **não havendo, em hipótese alguma acumulação de indenizações, tanto para situações de correlação entre elas ou se originadas do mesmo evento.**

1.3 Estão cobertas, **única e exclusivamente**, as doenças abaixo relacionadas e caracterizadas, sendo necessário que os seus diagnósticos sigam os critérios estabelecidos na literatura médica mundial e aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

1.3.1 DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

1.3.1.1 Conceito: Diagnóstico definitivo confirmado pela evidência histológica de malignidade por oncologista ou patologista. Câncer é a doença caracterizada pela presença de um tumor maligno (crescimento descontrolado de células malignas com disseminação e invasão dos tecidos).

1.3.1.2 Riscos Cobertos:

1.3.1.2.1 Câncer Primário de Útero, Ovário, Mama e Trompa devidamente caracterizado no conceito dessa cobertura.

1.3.1.2.2 Câncer Primário de Próstata e Testículo devidamente caracterizado no conceito dessa cobertura.

1.3.1.2.3 Outros Linfomas, Sarcomas, Leucemias e demais neoplasias malignas de caráter invasivo, desde que necessitem de tratamento com quimioterapia, radioterapia ou tratamentos paliativos.

1.3.1.3 Riscos Excluídos:

- a) Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
- b) Todos os cânceres não invasivos (in situ);
- c) Qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana;
- d) Câncer existente antes do início de vigência da cobertura individual; e) Qualquer neoplasia benigna;
- f) Carcinoma microinvasivo da mama;
- g) Carcinoma microinvasivo do útero e do colo uterino;
- h) Câncer de Pele (exceto o Melanoma).

1.3.2 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

1.3.2.1 Conceito: Isquemia cerebral (diminuição do fluxo sanguíneo em áreas do cérebro) e/ou hemorragia no cérebro (rompimento de vasos sanguíneos).

1.3.2.2 Risco Coberto: Acidente vascular cerebral que produza alteração da função motora e sensitiva dos membros, perceptiva e da linguagem, comprovada após seis meses da data do diagnóstico.

1.3.2.3 Riscos Excluídos:

Ataques isquêmicos transitórios; alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral isquêmico e/ou hemorrágico e lesão cerebral resultante de trauma; não estão cobertos ainda os derrames decorrentes de doenças preexistentes à contratação do seguro.

1.3.3 INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

1.3.3.1 Conceito: Necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco em consequência de um fluxo sanguíneo inadequado, diagnosticado por cardiologista e comprovado por meio de exames complementares.

1.3.3.2 Risco Coberto: O Infarto Agudo do Miocárdio, desde que haja tratamento com angioplastia ou revascularização do miocárdio.

1.3.4 TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

1.3.4.1 Conceito: É a transferência do órgão de um indivíduo doador para implantá-lo no segurado receptor.

1.3.4.2 Riscos Cobertos: Os transplantes de coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor). A caracterização da cobertura será mediante a indicação de transplante feita por médico especialista na doença em questão.

1.3.4.3 Riscos Excluídos:

Qualquer autotransplante e demais órgãos ou células, além dos riscos cobertos citados no subitem 1.3.4.2.

1.3.5 ALZHEIMER

1.3.5.1 Conceito: Doença neurológica caracterizada por ser progressiva e levar à perda das funções cognitivas cerebrais (demência).

1.3.5.2 Riscos Cobertos: Os quadros demenciais devidamente comprovados por meio de laudo emitido por médico especialista.

1.3.6 INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

1.3.6.1 Conceito: É estágio final da doença renal, caracterizada pela perda funcional de ambos os rins.

1.3.6.2 Riscos Cobertos: As doenças renais tratadas com diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.

1.3.6.3 Riscos Excluídos:

Doenças renais que não necessitem de tratamento com diálise ou hemodiálise.

1.3.7 DIAGNÓSTICO DE SURDEZ TOTAL

1.3.7.1 Conceito: É a perda total e irreversível da audição em ambos os ouvidos.

1.3.7.2 Risco Coberto: Diagnóstico de surdez total devidamente comprovado com exames específicos e laudos médicos complementares.

1.3.8 CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA COM IMPLANTE DE PONTE(S) VASCULAR(ES) NAS ARTÉRIAS CORONARIAS (BYPASS)

1.3.8.1 Conceito: É a realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias que estão estenosadas ou ocluídas, com o implante de ponte(s) (Bypass) arterial(is) ou venosa(s) na(s) artéria(s) coronária(s).

1.3.8.2 Riscos Cobertos: As cirurgias tratadas com toracotomia.

1.3.8.3 Riscos Excluídos:

Angioplastias, outros procedimentos intra-arteriais e cirurgia por toracotomia mínima.

1.3.9 DIAGNÓSTICO DE CEGUEIRA LEGAL

1.3.9.1 Conceito: É a ocorrência de cegueira legal decorrente de acidente ou doença. Considera-se como cegueira legal para esta cobertura a acuidade visual igual ou inferior a 20/200 no melhor olho com a melhor correção, e/ou campo visual igual ou inferior a 20 graus no melhor olho.

1.3.9.2 Riscos Cobertos: Diagnóstico de Cegueira devidamente comprovado com exames específicos e laudos médicos complementares.

1.3.10 EMBOLIA PULMONAR OU TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)

1.3.10.1 Conceito: É o bloqueio da artéria pulmonar ou de um de seus ramos. Geralmente, ocorre quando um coágulo de sangue (trombo ou êmbolo) se desloca de seu local de formação e interrompe o fornecimento sanguíneo arterial dos pulmões.

1.3.10.2 Risco Coberto: Embolia pulmonar ou tromboembolismo pulmonar quando houver redução permanente e moderada da função respiratória comprovada com exames específicos.

1.3.10.3 Riscos Excluídos:

Eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a embolia pulmonar ocorrida dentro da vigência da Apólice em decorrência pré-existente.

1.3.11 ESCLEROSE MÚLTIPLA

1.3.11.1 Conceito: Doença que acomete o sistema nervoso central, lenta e progressivamente e que promove uma destruição da bainha de mielina que recobre e isola as fibras nervosas. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista. O Segurado deve apresentar anomalias neurológicas por um período contínuo de, pelo menos, 6 (seis) meses.

1.3.11.2 Risco Coberto: Esclerose múltipla devidamente comprovada com exames específicos e laudos médicos complementares.

1.3.11.3 Riscos Excluídos:

Doença na fase inicial ou que esteja em remissão (sem sintomas).

1.3.12 PARALISIA DE MEMBROS

1.3.12.1 Conceito: Perda total e irreversível da função motora muscular e sensitiva do conjunto de dois ou mais membros (hemiplegia, paraplegia, triplegia, tetraplegia), como resultado de acidente ou doença.

1.3.12.2 Risco Coberto: Paralisia de membros devidamente comprovada com exames específicos e laudos médicos complementares.

1.3.12.3 Riscos Excluídos:

Eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a perda parcial das funções motoras e sensitivas (paresias).

1.3.13 DOENÇA DE PARKINSON

1.3.13.1 Conceito: Doença degenerativa do sistema nervoso central, lenta e progressiva, caracterizada pela perda de neurônios em uma região específica do cérebro, que produz a diminuição de dopamina, alterando os movimentos chamados extrapiramidais (não voluntários).

1.3.13.2 Risco Coberto: Doença de Parkinson devidamente comprovada com exames específicos e laudos médicos complementares, sendo diagnosticadas alterações motoras, sintomas de rigidez e tremores em caráter permanente em pelo menos dois membros.

1.3.13.3 Riscos Excluídos:

Fase inicial da Doença de Parkinson.

1.4 O Capital Segurado da cobertura de doenças graves somente será devido se o Segurado se encontrar em vida após 30 (trinta) dias contados a partir da data do diagnóstico da doença ou da data em que o Segurado for submetido à cirurgia coberta, e desde que a doença de origem da cobertura tenha ocorrido e sido diagnosticada no período de vigência da apólice, após cumprido o período de Carência do seguro.

1.5 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.**

1.6 A cobertura de Doenças Graves cessará quando o segurado completar 71 (setenta e um) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o segurado com os direitos preservados até o final de vigência da apólice.

2. CAPITAIS SEGURADOS

2.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.

2.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

2.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do diagnóstico da doença confirmado por exames.

3. CARÊNCIA

3.1 A cobertura de Doenças Graves estará sujeita ao período de carência de 90 (noventa) dias, a partir da data de início de vigência da cobertura.

4. FRANQUIA

4.1 A cobertura de Doenças Graves estará sujeita ao período de franquia de 30 (trinta) dias, caracterizado período de sobrevivência entre a data do diagnóstico da doença e a data para acionamento do seguro.

5. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

5.1 Anualmente, a cada aniversário da apólice ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir:

5.1.1 Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura Doenças Graves – Combo 3, de acordo com o sexo do segurado.

Idade	Variação % Masculino
Até 18 anos	não se aplica
19 anos	não se aplica
20 anos	não se aplica
21 anos	não se aplica
22 anos	não se aplica
23 anos	não se aplica
24 anos	não se aplica
25 anos	não se aplica

Idade	Variação % Masculino
47 anos	14,16614024
48 anos	12,40637907
49 anos	11,03883546
50 anos	9,93983534
51 anos	9,04259915
52 anos	8,29140087
53 anos	7,65778401
54 anos	7,11194689



Idade	Variação % Masculino
26 anos	5,16836335
27 anos	4,91437081
28 anos	4,68417317
29 anos	4,48305085
30 anos	4,28258577
31 anos	4,10671230
32 anos	3,94471423
33 anos	3,80219938
34 anos	3,65600332
35 anos	3,52705411
36 anos	14,55026455
37 anos	12,70207852
38 anos	11,26549380
39 anos	10,12936843
40 anos	9,19769956
41 anos	8,42297923
42 anos	7,76518414
43 anos	7,20884882
44 anos	6,72411737
45 anos	6,30046660
46 anos	16,50107764

Idade	Variação % Masculino
55 anos	6,64079025
56 anos	11,17315111
57 anos	10,05022436
58 anos	9,13239788
59 anos	8,36818219
60 anos	7,72199184
61 anos	7,16844510
62 anos	6,68895130
63 anos	6,26958201
64 anos	5,89969575
65 anos	5,57102238
66 anos	3,53457523
67 anos	3,41390808
68 anos	3,30077040
69 anos	3,19572435
70 anos	3,09676043
71 anos	3,00374174
72 anos	2,91614818
73 anos	2,83314308
74 anos	2,75545266
75 anos	2,68156345

Idade	Variação % Feminino
Até 18 anos	não se aplica
19 anos	não se aplica
20 anos	não se aplica
21 anos	não se aplica
22 anos	não se aplica
23 anos	não se aplica
24 anos	não se aplica
25 anos	não se aplica
26 anos	17,12773224
27 anos	14,61583321
28 anos	12,75837944
29 anos	11,30915449
30 anos	10,16519712
31 anos	9,22263110
32 anos	8,44809434
33 anos	7,78610539
34 anos	7,22726618
35 anos	6,73677844

Idade	Variação % Feminino
47anos	1,72878195
48 anos	1,70067594
49 anos	1,67223662
50 anos	1,64350171
51 anos	1,61813866
52 anos	1,59117998
53 anos	1,56743122
54 anos	1,54324196
55 anos	1,51865039
56 anos	6,39721208
57 anos	6,01152173
58 anos	5,67063055
59 anos	5,36726616
60 anos	5,09297263
61 anos	4,84700808
62 anos	4,62212433
63 anos	4,41869645
64 anos	4,23096879

Idade	Variação % Feminino
36 anos	13,88862656
37 anos	12,19491971
38 anos	10,86940455
39 anos	9,80379086
40 anos	8,92846302
41 anos	8,19662994
42 anos	7,57396247
43 anos	7,04229848
44 anos	6,57898661
45 anos	6,17287405
46 anos	1,76053554

Idade	Variação % Feminino
65 anos	4,05922428
66 anos	1,92857045
67 anos	1,89208035
68 anos	1,85628743
69 anos	1,82310341
70 anos	1,79046145
71 anos	1,75834450
72 anos	1,72857353
73 anos	1,69920158
74 anos	1,67021907
75 anos	1,64336336

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15. (Procedimentos em caso de Sinistro) das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

6.1.1 No caso da cobertura de Doenças Graves prevista nestas Condições Especiais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

I) Cópia Simples

- Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado e do beneficiário;
- Exames complementares comprovando os diagnósticos e o prontuário médico em caso de internações hospitalares;
- Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

II) Documento Original

- Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

**IX- SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL – CONDIÇÕES ESPECIAIS
COBERTURA ADICIONAL DOENÇAS GRAVES – COMBO 4**

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura, em caso de diagnóstico comprovado por Médico Habilitado e exames complementares, de uma das doenças cobertas contratada (s) para fins deste Seguro, ocorrida e diagnosticada durante a vigência do Seguro e após o período de carência, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e da Proposta de Contratação.**

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

1.2 Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada ou cirurgia realizada, desde que comunicados à Seguradora, **não havendo, em hipótese alguma acumulação de indenizações, tanto para situações de correlação entre elas ou se originadas do mesmo evento.**

1.3 Estão cobertas, **única e exclusivamente**, as doenças abaixo relacionadas e caracterizadas, sendo necessário que os seus diagnósticos sigam os critérios estabelecidos na literatura médica mundial e aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

1.3.1 DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

1.3.1.1 Conceito: Diagnóstico definitivo confirmado pela evidência histológica de malignidade por oncologista ou patologista. Câncer é a doença caracterizada pela presença de um tumor maligno (crescimento descontrolado de células malignas com disseminação e invasão dos tecidos).

1.3.1.2 Riscos Cobertos:

1.3.1.2.1 Câncer Primário de Útero, Ovário, Mama e Trompa devidamente caracterizado no conceito dessa cobertura.

1.3.1.2.2 Câncer Primário de Próstata e Testículo devidamente caracterizado no conceito dessa cobertura.

1.3.1.2.3 Outros Linfomas, Sarcomas, Leucemias e demais neoplasias malignas de caráter invasivo, desde que necessitem de tratamento com quimioterapia, radioterapia ou tratamentos paliativos.

1.3.1.3 Riscos Excluídos:

- a) Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
- b) Todos os cânceres não invasivos (in situ);
- c) Qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana;
- d) Câncer existente antes do início de vigência da cobertura individual;
- e) Qualquer neoplasia benigna;
- f) Carcinoma microinvasivo da mama;
- g) Carcinoma microinvasivo do útero e do colo uterino;
- h) Câncer de Pele (exceto o Melanoma).

1.3.2 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

1.3.2.1 Conceito: Isquemia cerebral (diminuição do fluxo sanguíneo em áreas do cérebro) e/ou hemorragia no cérebro (rompimento de vasos sanguíneos).

1.3.2.2 Risco Coberto: Acidente vascular cerebral que produza alteração da função motora e sensitiva dos membros, perceptiva e da linguagem, comprovada após seis meses da data do diagnóstico.

1.3.2.3 Riscos Excluídos:

Ataques isquêmicos transitórios; alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral isquêmico e/ou hemorrágico e lesão cerebral resultante de trauma; não estão cobertos ainda os derrames decorrentes de doenças preexistentes à contratação do seguro.

1.3.3 INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

1.3.3.1 Conceito: Necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco em consequência de um fluxo sanguíneo inadequado, diagnosticado por cardiologista e comprovado por meio de exames complementares.

1.3.3.2 Risco Coberto: O Infarto Agudo do Miocárdio, desde que haja tratamento com angioplastia ou revascularização do miocárdio.

1.3.4 TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

1.3.4.1 Conceito: É a transferência do órgão de um indivíduo doador para implantá-lo no segurado receptor.

1.3.4.2 Riscos Cobertos: Os transplantes de coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor). A caracterização da cobertura será mediante a indicação de transplante feita por médico especialista na doença em questão.

1.3.4.3 Riscos Excluídos:

Qualquer autotransplante e demais órgãos ou células, além dos riscos cobertos citados no subitem 1.3.4.2.

1.3.5 ALZHEIMER

1.3.5.1 Conceito: Doença neurológica caracterizada por ser progressiva e levar à perda das funções cognitivas cerebrais (demência).

1.3.5.2 Riscos Cobertos: Os quadros demenciais devidamente comprovados por meio de laudo emitido por médico especialista.

1.3.6 INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

1.3.6.1 Conceito: É estágio final da doença renal, caracterizada pela perda funcional de ambos os rins.

1.3.6.2 Riscos Cobertos: As doenças renais tratadas com diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.

1.3.6.3 Riscos Excluídos:

Doenças renais que não necessitem de tratamento com diálise ou hemodiálise.

1.3.7 DIAGNÓSTICO DE SURDEZ TOTAL

1.3.7.1 Conceito: É a perda total e irreversível da audição em ambos os ouvidos.

1.3.7.2 Risco Coberto: Diagnóstico de surdez total devidamente comprovado com exames específicos e laudos médicos complementares.

1.3.8 CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA COM IMPLANTE DE PONTE(S) VASCULAR(ES) NAS ARTÉRIAS CORONARIANAS (BYPASS)

1.3.8.1 Conceito: É a realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias que estão estenosadas ou ocluídas, com o implante de ponte(s) (Bypass) arterial(is) ou venosa(s) na(s) artéria(s) coronária(s).

1.3.8.2 Riscos Cobertos: As cirurgias tratadas com toracotomia.

1.3.8.3 Riscos Excluídos:

Angioplastias, outros procedimentos intra-arteriais e cirurgia por toracotomia mínima.

1.3.9 DIAGNÓSTICO DE CEGUEIRA LEGAL

1.3.9.1 Conceito: É a ocorrência de cegueira legal decorrente de acidente ou doença. Considera-se como cegueira legal para esta cobertura a acuidade visual igual ou inferior a 20/200 no melhor olho com a melhor correção, e/ou campo visual igual ou inferior a 20 graus no melhor olho.

1.3.9.2 Riscos Cobertos: Diagnóstico de Cegueira devidamente comprovado com exames específicos e laudos médicos complementares.

1.3.10 EMBOLIA PULMONAR OU TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)

1.3.10.1 Conceito: É o bloqueio da artéria pulmonar ou de um de seus ramos. Geralmente, ocorre quando um coágulo de sangue (trombo ou êmbolo) se desloca de seu local de formação e interrompe o fornecimento sanguíneo arterial dos pulmões.

1.3.10.2 Risco Coberto: Embolia pulmonar ou tromboembolismo pulmonar quando houver redução permanente e moderada da função respiratória comprovada com exames específicos.

1.3.10.3 Riscos Excluídos:

Eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a embolia pulmonar ocorrida dentro da vigência da Apólice em decorrência pré-existente.

1.3.11 ESCLEROSE MÚLTIPLA

1.3.11.1 Conceito: Doença que acomete o sistema nervoso central, lenta e progressivamente e que promove uma destruição da bainha de mielina que recobre e isola as fibras nervosas. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista. O Segurado deve apresentar anomalias neurológicas por um período contínuo de, pelo menos, 6 (seis) meses.

1.3.11.2 Risco Coberto: Esclerose múltipla devidamente comprovada com exames específicos e laudos médicos complementares.

1.3.11.3 Riscos Excluídos:

Doença na fase inicial ou que esteja em remissão (sem sintomas).

1.3.12 PARALISIA DE MEMBROS

1.3.12.1 Conceito: Perda total e irreversível da função motora muscular e sensitiva do conjunto de dois ou mais membros (hemiplegia, paraplegia, triplegia, tetraplegia), como resultado de acidente ou doença.

1.3.12.2 Risco Coberto: Paralisia de membros devidamente comprovada com exames específicos e laudos médicos complementares.

1.3.12.3 Riscos Excluídos:

Eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a perda parcial das funções motoras e sensitivas (paresias).

1.3.13 DOENÇA DE PARKINSON

1.3.13.1 Conceito: Doença degenerativa do sistema nervoso central, lenta e progressiva, caracterizada pela perda de neurônios em uma região específica do cérebro, que produz a diminuição de dopamina, alterando os movimentos chamados extrapiramidais (não voluntários).

1.3.13.2 Risco Coberto: Doença de Parkinson devidamente comprovada com exames específicos e laudos médicos complementares, sendo diagnosticadas alterações motoras, sintomas de rigidez e tremores em caráter permanente em pelo menos dois membros.

1.3.13.3 Riscos Excluídos:

Fase inicial da Doença de Parkinson.

1.3.14 ANEMIA APLÁSTICA

1.3.14.1 Conceito: Diagnóstico inequívoco de anemia aplástica confirmado por médico hematologista e evidenciado pela histologia que resulte em insuficiência grave da medula óssea, com anemia, neutropenia e trombocitopenia.

1.3.14.2 Riscos Cobertos: Doença diagnosticada e tratada com pelo menos um dos itens abaixo, além da necessidade do tratamento com transfusão de sangue:

- Medicamentos estimulantes da medula óssea;
- Imunossupressores;
- Transplante de medula óssea.

1.3.14.3 Riscos Excluídos: Outros tipos de anemia não enquadrados no conceito da cobertura.

1.3.15 Distrofia Muscular

1.3.15.1 Conceito: 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. O Segurado deve apresentar anomalias neurológicas por um período contínuo de, pelo menos, 6 (seis) meses.

1.3.15.2 Riscos Cobertos: Diagnóstico de Distrofia Muscular comprovado com exames específicos e laudo emitido por médico especialista.

1.3.15.3 Riscos Excluídos: doença não confirmada por exame histológico.

1.3.16 Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA)

1.3.16.1 Conceito: A esclerose lateral amiotrófica (ELA) é uma doença neurológica do neurônio motor caracterizada pela progressiva degeneração irreversível dos neurônios motores superiores (NMS) e inferiores (NMI) levando à atrofia com fraqueza muscular progressiva culminando com insuficiência respiratória. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico médico e laboratorial.

1.3.16.2 Riscos Cobertos: Diagnóstico de Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) comprovado com exames específicos e laudo emitido por médico especialista.

1.3.16.3 Riscos Excluídos: Não se aplica.

1.3.17 Hanseníase Multibacilar / Wirchowiana

1.3.17.1 Conceito: Doença infecciosa caracterizada pela presença de 6 ou mais lesões de pele com muitos bacilos. A hanseníase multibacilar se apresenta quando o paciente possui o sistema imune incapaz de controlar a proliferação da bactéria. Por isso, há amostras positivas para o bacilo de Hansen com várias lesões avermelhadas e aparecimento de nódulos que podem ser deformantes.

1.3.17.2 Riscos Cobertos: Doença comprovada por exames laboratoriais com a presença do bacilo de Hansen.

1.3.17.3 Riscos Excluídos: Não se aplica.

1.3.18 IMPLANTE DE MARCA PASSO DEFINITIVO

1.3.18.1 Conceito: Procedimento para colocação de dispositivo gerador de estímulo elétrico no coração quando ocorrer bradiarritmias, representadas pela disfunção do nódulo sinusal e bloqueios atrioventriculares.

1.3.18.2 Riscos Cobertos: Implante de marca-passo definitivo no coração em decorrência de problema contextualizado no conceito da cobertura.

1.3.18.3 Riscos Excluídos:

- a) Marcapasso cardíaco transitório;
- b) Procedimentos de Implante de marcapasso cardíaco anteriores a contratação do seguro;
- c) Cardioversor-desfibrilador implantável.

1.3.19 PANCREATITE CRÔNICA

1.3.19.1 Conceito: Diagnóstico inequívoco de pancreatite crônica grave, devidamente comprovado com a ocorrência de todas as alterações funcionais do pâncreas indicadas abaixo, ocorridas por um período mínimo e contínuo de três meses.

- a) Insuficiência pancreática exócrina com perda de peso e esteatorreia;
- b) Insuficiência pancreática endócrina com diabetes pancreático;
- c) Necessidade de reposição oral de enzimas pancreáticas.

1.3.19.2 Riscos Cobertos: Diagnóstico inequívoco de pancreatite crônica grave realizado por médico gastroenterologista, observados os requisitos do conceito da cobertura, e devidamente evidenciado por exames de imagem e laboratoriais (por exemplo: elastase fecal).

1.3.19.3 Riscos Excluídos:

- a) Pancreatite crônica devido ao uso de álcool, drogas e/ou medicamentos ou doenças preexistentes não declaradas na contratação do seguro.
- b) Pancreatite aguda

1.3.20 QUEIMADURAS GRAVES

1.3.20.1 Conceito: Queimaduras de terceiro grau, cobrindo ao menos 50% (cinquenta por cento) da área da superfície do corpo do Segurado, confirmado por um laudo médico de especialista ou socorrista do atendimento

1.3.20.2 Riscos Cobertos: Queimadura de terceiro ou quarto grau devidamente diagnosticada nos critérios do conceito da cobertura.

1.3.20.3 Riscos Excluídos: Queimaduras decorrente de autoagressão.

1.4 O Capital Segurado da cobertura de doenças graves somente será devido se o Segurado se encontrar em vivo após 30 (trinta) dias contados a partir da data do diagnóstico da doença ou da

data em que o Segurado for submetido à cirurgia coberta, e desde que a doença de origem da cobertura tenha ocorrido e sido diagnosticada no período de vigência da apólice, após cumprido o período de Carência do seguro.

1.5 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.**

1.6 A cobertura de Doenças Graves cessará, automaticamente, quando o segurado completar 71 (setenta e um) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o segurado com os direitos preservados até o final de vigência da apólice.

2. CAPITAIS SEGURADOS

2.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.

2.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

2.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do diagnóstico da doença confirmado por exames.

3. CARÊNCIA

3.1 A cobertura de Doenças Graves estará sujeita ao período de carência de 90 (noventa) dias, a partir da data de início de vigência da cobertura.

4. FRANQUIA

4.1 A cobertura de Doenças Graves estará sujeita ao período de franquia de 30 (trinta) dias, caracterizado período de sobrevivência entre a data do diagnóstico da doença e a data para acionamento do seguro.

5. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

5.1 Anualmente, a cada aniversário da apólice ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir:

5.1.1 Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura Doenças Graves – Combo 4, de acordo com o sexo do segurado.

Idade	Variação % Masculino
Até 18 anos	não se aplica
19 anos	não se aplica
20 anos	não se aplica
21 anos	não se aplica

Idade	Variação % Masculino
47 anos	14,64496155
48 anos	12,49891109
49 anos	11,05140078
50 anos	9,90000976

Idade	Variação % Masculino
22 anos	não se aplica
23 anos	não se aplica
24 anos	não se aplica
25 anos	não se aplica
26 anos	6,10077519
27 anos	3,03207423
28 anos	4,16962133
29 anos	3,94145677
30 anos	3,73960312
31 anos	3,54797980
32 anos	3,37763687
33 anos	3,20240623
34 anos	3,06874679
35 anos	2,92193391
36 anos	13,50536012
37 anos	12,17845278
38 anos	10,57708580
39 anos	9,46587083
40 anos	8,55994408
41 anos	7,80450111
42 anos	7,16781650
43 anos	6,61873310
44 anos	6,13989231
45 anos	5,72315118
46 anos	16,61736274

Idade	Variação % Masculino
51 anos	8,95617085
52 anos	8,17804901
53 anos	7,51458777
54 anos	6,95331745
55 anos	6,46475049
56 anos	10,90973047
57 anos	10,18228527
58 anos	9,06068522
59 anos	8,29341357
60 anos	7,64548540
61 anos	7,08944875
62 anos	6,60849067
63 anos	6,18892508
64 anos	5,81701544
65 anos	5,48753315
66 anos	3,58502246
67 anos	2,48819902
68 anos	3,19962492
69 anos	3,10080479
70 anos	3,00680605
71 anos	2,91939577
72 anos	2,83658464
73 anos	2,75834194
74 anos	2,68429977
75 anos	2,61412872

Idade	Variação % Feminino
Até 18 anos	não se aplica
19 anos	não se aplica
20 anos	não se aplica
21 anos	não se aplica
22 anos	não se aplica
23 anos	não se aplica
24 anos	não se aplica
25 anos	não se aplica
26 anos	18,17144596
27 anos	14,64340886
28 anos	13,00881478
29 anos	11,47158188
30 anos	10,24646789
31 anos	9,25776197

Idade	Variação % Feminino
47 anos	1,89564175
48 anos	1,76198500
49 anos	1,72369722
50 anos	1,69339684
51 anos	1,66090114
52 anos	1,62848206
53 anos	1,59926796
54 anos	1,56692970
55 anos	1,54174812
56 anos	5,73694030
57 anos	5,57865395
58 anos	5,20387935
59 anos	4,94309108
60 anos	4,70542767

Idade	Variação % Feminino
32 anos	8,44002072
33 anos	7,75241410
34 anos	7,16298806
35 anos	6,65760468
36 anos	13,91366986
37 anos	12,13882673
38 anos	10,78794977
39 anos	9,69636460
40 anos	8,80001428
41 anos	8,05216108
42 anos	7,42022649
43 anos	6,87798536
44 anos	6,40495048
45 anos	5,99331453
46 anos	1,73747890

Idade	Variação % Feminino
61 anos	4,49012235
62 anos	4,29423020
63 anos	4,11318491
64 anos	3,94729708
65 anos	3,79414219
66 anos	2,12642992
67 anos	4,49400881
68 anos	3,67557894
69 anos	3,54526976
70 anos	3,42498053
71 anos	3,31262062
72 anos	3,20640460
73 anos	3,10828013
74 anos	3,01554309
75 anos	2,92727000

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

6.1 Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15. (Procedimentos em caso de Sinistro) das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

6.1.1 No caso da cobertura de Doenças Graves prevista nestas Condições Especiais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

I) Cópia Simples

- a) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado e do beneficiário;
- b) Exames complementares comprovando os diagnósticos e o prontuário médico em caso de internações hospitalares;
- c) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

II) Documento Original

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

**X- SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL – CONDIÇÕES ESPECIAIS
COBERTURA ADICIONAL DOENÇAS GRAVES – COMBO 5**

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura, em caso de diagnóstico comprovado por Médico Habilitado e exames complementares, de uma das doenças cobertas contratada (s) para fins deste Seguro, ocorrida e diagnosticada durante a vigência do Seguro e após o período de carência, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e da Proposta de Contratação.**

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

1.2 Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada ou cirurgia realizada, desde que comunicados à Seguradora, **não havendo, em hipótese alguma acumulação de indenizações, tanto para situações de correlação entre elas ou se originadas do mesmo evento.**

1.3 Estão cobertas, **única e exclusivamente**, as doenças abaixo relacionadas e caracterizadas, sendo necessário que os seus diagnósticos sigam os critérios estabelecidos na literatura médica mundial e aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

1.3.1 DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

1.3.1.1 Conceito: Diagnóstico definitivo confirmado pela evidência histológica de malignidade por oncologista ou patologista. Câncer é a doença caracterizada pela presença de um tumor maligno (crescimento descontrolado de células malignas com disseminação e invasão dos tecidos).

1.3.1.2 Riscos Cobertos:

1.3.1.2.1 Câncer Primário de Útero, Ovário, Mama e Trompa devidamente caracterizado no conceito dessa cobertura.

1.3.1.2.2 Câncer Primário de Próstata e Testículo devidamente caracterizado no conceito dessa cobertura.

1.3.1.2.3 Outros Linfomas, Sarcomas, Leucemias e demais neoplasias malignas de caráter invasivo, desde que necessitem de tratamento com quimioterapia, radioterapia ou tratamentos paliativos.

1.3.1.3 Riscos Excluídos:

- a) Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
- b) Todos os cânceres não invasivos (in situ);
- c) Qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana;
- d) Câncer existente antes do início de vigência da cobertura individual; e) Qualquer neoplasia benigna;
- f) Carcinoma microinvasivo da mama;
- g) Carcinoma microinvasivo do útero e do colo uterino;
- h) Câncer de Pele (exceto o Melanoma).

1.3.2 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

1.3.2.1 Conceito: Isquemia cerebral (diminuição do fluxo sanguíneo em áreas do cérebro) e/ou hemorragia no cérebro (rompimento de vasos sanguíneos).

1.3.2.2 Risco Coberto: Acidente vascular cerebral que produza alteração da função motora e sensitiva dos membros, perceptiva e da linguagem, comprovada após seis meses da data do diagnóstico.

1.3.2.3 Riscos Excluídos:

Ataques isquêmicos transitórios; alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral isquêmico e/ou hemorrágico e lesão cerebral resultante de trauma; não estão cobertos ainda os derrames decorrentes de doenças preexistentes à contratação do seguro.

1.3.3 INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

1.3.3.1 Conceito: Necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco em consequência de um fluxo sanguíneo inadequado, diagnosticado por cardiologista e comprovado por meio de exames complementares.

1.3.3.2 Risco Coberto: O Infarto Agudo do Miocárdio, desde que haja tratamento com angioplastia ou revascularização do miocárdio.

1.3.4 TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

1.3.4.1 Conceito: É a transferência do órgão de um indivíduo doador para implantá-lo no segurado receptor.

1.3.4.2 Riscos Cobertos: Os transplantes de coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor). A caracterização da cobertura será mediante a indicação de transplante feita por médico especialista na doença em questão.

1.3.4.3 Riscos Excluídos:

Qualquer autotransplante e demais órgãos ou células, além dos riscos cobertos citados no subitem 1.3.4.2.

1.3.5 ALZHEIMER

1.3.5.1 Conceito: Doença neurológica caracterizada por ser progressiva e levar à perda das funções cognitivas cerebrais (demência).

1.3.5.2 Riscos Cobertos: Os quadros demenciais devidamente comprovados por meio de laudo emitido por médico especialista.

1.3.6 INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

1.3.6.1 Conceito: É estágio final da doença renal, caracterizada pela perda funcional de ambos os rins.

1.3.6.2 Riscos Cobertos: As doenças renais tratadas com diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.

1.3.6.3 Riscos Excluídos:

Doenças renais que não necessitem de tratamento com diálise ou hemodiálise.

1.3.7 DIAGNÓSTICO DE SURDEZ TOTAL

1.3.7.1 Conceito: É a perda total e irreversível da audição em ambos os ouvidos.

1.3.7.2 Risco Coberto: Diagnóstico de surdez total devidamente comprovado com exames específicos e laudos médicos complementares.

1.3.8 CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA COM IMPLANTE DE PONTE(S) VASCULAR(ES) NAS ARTÉRIAS CORONARIANAS (BYPASS)

1.3.8.1 Conceito: É a realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias que estão estenosadas ou ocluídas, com o implante de ponte(s) (Bypass) arterial(is) ou venosa(s) na(s) artéria(s) coronária(s).

1.3.8.2 Riscos Cobertos: As cirurgias tratadas com toracotomia.

1.3.8.3 Riscos Excluídos:

Angioplastias, outros procedimentos intra-arteriais e cirurgia por toracotomia mínima.

1.3.9 DIAGNÓSTICO DE CEGUEIRA LEGAL

1.3.9.1 Conceito: É a ocorrência de cegueira legal decorrente de acidente ou doença. Considera-se como cegueira legal para esta cobertura a acuidade visual igual ou inferior a 20/200 no melhor olho com a melhor correção, e/ou campo visual igual ou inferior a 20 graus no melhor olho.

1.3.9.2 Riscos Cobertos: Diagnóstico de Cegueira devidamente comprovado com exames específicos e laudos médicos complementares.

1.3.10 EMBOLIA PULMONAR OU TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)

1.3.10.1 Conceito: É o bloqueio da artéria pulmonar ou de um de seus ramos. Geralmente, ocorre quando um coágulo de sangue (trombo ou êmbolo) se desloca de seu local de formação e interrompe o fornecimento sanguíneo arterial dos pulmões.

1.3.10.2 Risco Coberto: Embolia pulmonar ou tromboembolismo pulmonar quando houver redução permanente e moderada da função respiratória comprovada com exames específicos.

1.3.10.3 Riscos Excluídos:

Eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a embolia pulmonar ocorrida dentro da vigência da Apólice em decorrência pré-existente.

1.3.11 ESCLEROSE MÚLTIPLA

1.3.11.1 Conceito: Doença que acomete o sistema nervoso central, lenta e progressivamente e que promove uma destruição da bainha de mielina que recobre e isola as fibras nervosas. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista.. O Segurado deve apresentar anomalias neurológicas por um período contínuo de, pelo menos, 6 (seis) meses.

1.3.11.2 Risco Coberto: Esclerose múltipla devidamente comprovada com exames específicos e laudos médicos complementares.

1.3.11.3 Riscos Excluídos:

Doença na fase inicial ou que esteja em remissão (sem sintomas).

1.3.12 PARALISIA DE MEMBROS

1.3.12.1 Conceito: Perda total e irreversível da função motora muscular e sensitiva do conjunto de dois ou mais membros (hemiplegia, paraplegia, triplegia, tetraplegia), como resultado de acidente ou doença.

1.3.12.2 Risco Coberto: Paralisia de membros devidamente comprovada com exames específicos e laudos médicos complementares.

1.3.12.3 Riscos Excluídos:

Eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a perda parcial das funções motoras e sensitivas (paresias).

1.3.13 DOENÇA DE PARKINSON

1.3.13.1 Conceito: Doença degenerativa do sistema nervoso central, lenta e progressiva, caracterizada pela perda de neurônios em uma região específica do cérebro, que produz a diminuição de dopamina, alterando os movimentos chamados extrapiramidais (não voluntários).

1.3.13.2 Risco Coberto: Doença de Parkinson devidamente comprovada com exames específicos e laudos médicos complementares, sendo diagnosticadas alterações motoras, sintomas de rigidez e tremores em caráter permanente em pelo menos dois membros.

1.3.13.3 Riscos Excluídos:

Fase inicial da Doença de Parkinson.

1.3.14 ANEMIA APLÁSTICA

1.3.14.1 Conceito: Diagnóstico inequívoco de anemia aplástica confirmado por médico hematologista e evidenciado pela histologia que resulte em insuficiência grave da medula óssea, com anemia, neutropenia e trombocitopenia.

1.3.14.2 Riscos Cobertos: Doença diagnosticada e tratada com pelo menos um dos itens abaixo, além da necessidade do tratamento com transfusão de sangue:

- Medicamentos estimulantes da medula óssea;
- Imunossupressores;
- Transplante de medula óssea;

1.3.14.3 Riscos Excluídos: Outros tipos de anemia não enquadrados no conceito da cobertura.

1.3.15 Distrofia Muscular

1.3.15.1 Conceito: 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. O Segurado deve apresentar anomalias neurológicas por um período contínuo de, pelo menos, 6 (seis) meses.

1.3.15.2 Riscos Cobertos: Diagnóstico de Distrofia Muscular comprovado com exames específicos e laudo emitido por médico especialista.

1.3.15.3 Riscos Excluídos: doença não confirmada por exame histológico.

1.3.16 Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA)

1.3.16.1 Conceito: A esclerose lateral amiotrófica (ELA) é uma doença neurológica do neurônio motor caracterizada pela progressiva degeneração irreversível dos neurônios motores superiores (NMS) e inferiores (NMI) levando à atrofia com fraqueza muscular progressiva culminando com insuficiência respiratória. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico médico e laboratorial.

1.3.16.2 Riscos Cobertos: Diagnóstico de Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) comprovado com exames específicos e laudo emitido por médico especialista.

1.3.16.3 Riscos Excluídos: Não se aplica.

1.3.17 Hanseníase Multibacilar / Wirchowiana

1.3.17.1 Conceito: Doença infecciosa caracterizada pela presença de 6 ou mais lesões de pele com muitos bacilos. A hanseníase multibacilar se apresenta quando o paciente possui o sistema imune incapaz de controlar a proliferação da bactéria. Por isso, há amostras positivas para o bacilo de Hansen com várias lesões avermelhadas e aparecimento de nódulos que podem ser deformantes.

1.3.17.2 Riscos Cobertos: Doença comprovada por exames laboratoriais com a presença do bacilo de Hansen.

1.3.17.3 Riscos Excluídos: Não se aplica.

1.3.18 IMPLANTE DE MARCA PASSO DEFINITIVO

1.3.18.1 Conceito: Procedimento para colocação de dispositivo gerador de estímulo elétrico no coração quando ocorrer bradiarritmias, representadas pela disfunção do nódulo sinusal e bloqueios atrioventriculares.

1.3.18.2 Riscos Cobertos: Implante de marca-passo definitivo no coração em decorrência de problema contextualizado no conceito da cobertura.

1.3.18.3 Riscos Excluídos:

- a) Marcapasso cardíaco transitório;
- b) Procedimentos de Implante de marcapasso cardíaco anteriores a contratação do seguro;
- c) Cardioversor-desfibrilador implantável.

1.3.19 PANCREATITE CRÔNICA

1.3.19.1 Conceito: Diagnóstico inequívoco de pancreatite crônica grave, devidamente comprovado com a ocorrência de todas as alterações funcionais do pâncreas indicadas abaixo, ocorridas por um período mínimo e contínuo de três meses.

- a) Insuficiência pancreática exócrina com perda de peso e esteatorreia;
- b) Insuficiência pancreática endócrina com diabetes pancreático;
- c) Necessidade de reposição oral de enzimas pancreáticas.

1.3.19.2 Riscos Cobertos: Diagnóstico inequívoco de pancreatite crônica grave realizado por médico gastroenterologista, observados os requisitos do conceito da cobertura, e devidamente evidenciado por exames de imagem e laboratoriais (por exemplo: elastase fecal).

1.3.19.3 Riscos Excluídos:

- a) Pancreatite crônica devido ao uso de álcool, drogas e/ou medicamentos ou doenças preexistentes não declaradas na contratação do seguro.
- b) Pancreatite aguda

1.3.20 QUEIMADURAS GRAVES

1.3.20.1 Conceito: Queimaduras de terceiro grau, cobrindo ao menos 50% (cinquenta por cento) da área da superfície do corpo do Segurado, confirmado por um laudo médico de especialista ou socorrista do atendimento

1.3.20.2 Riscos Cobertos: Queimadura de terceiro ou quarto grau devidamente diagnosticada nos critérios do conceito da cobertura.

1.3.20.3 Riscos Excluídos: Queimaduras decorrente de autoagressão.

1.3.21 D.P.O.C - DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

1.3.21.1 Conceito: Diagnóstico inequívoco de doença pulmonar grave com insuficiência respiratória crônica, diagnosticada nos critérios dos riscos cobertos.

1.3.21.2 Riscos Cobertos: Doença pulmonar obstrutiva crônica comprovada por exame específico que demonstre o resultado da prova pulmonar com disfunção em grau moderado ou severo.

1.3.21.3 Riscos Excluídos: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica com prova de função pulmonar com resultado normal ou disfunção leve.

1.3.22 CIRURGIA DE VALVA CARDÍACA

1.3.22.1 Conceito: Cirurgia cardíaca convencional que visa recuperar ou substituir uma ou mais valva cardíacas, prescrita por cirurgião cardíaco e respaldada por exames complementares.

1.3.22.2 Riscos Cobertos: Ocorrência de cirurgia para substituição de uma ou mais valva cardíaca, desde que indicada no conceito da cobertura.

1.3.22.3 Riscos Excluídos: Quando não for necessária a substituição da valva cardíaca que apresente alterações clínicas, bem como a cirurgia decorrente de lesão de valva cardíaca com origem anterior a contratação do seguro.

1.3.23 DOENÇAS HEPÁTICAS GRAVES

1.3.23.1 Conceito: Diagnóstico inequívoco de doença hepática crônica irreversível ou cirrose hepática avançada.

1.3.23.2 Riscos Cobertos: Doença hepática devidamente comprovada no conceito da cobertura.

1.3.23.3 Riscos Excluídos: Não se aplica.

1.3.24 LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

1.3.24.1 Conceito: O Lúpus Eritematoso Sistêmico é uma doença crônica inflamatória de caráter autoimune, caracterizada por diversos sinais e sintomas, cujos desenvolvimentos dependem do local acometido pelo seu processo inflamatório.

1.3.24.2 Riscos Cobertos: O diagnóstico do Lúpus Eritematoso Sistêmico.

1.3.24.3 Riscos Excluídos:

- a) Outras doenças autoimunes;
- b) Outros tipos de Lúpus.

1.3.25 SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

1.3.25.1 Conceito: A síndrome de Guillain-Barré é uma desordem, provavelmente de caráter autoimune, inflamatória e desmielinizante dos nervos periféricos, caracterizada por fraqueza muscular progressiva e ascendente, parestesias das pernas, braços, tronco, afetando músculos da face, da orofaringe, da deglutição, da respiração.

1.3.25.2 Riscos Cobertos: Diagnóstico de Guillain-Barré comprovado com exames específicos e laudo emitido por médico especialista.

1.3.25.3 Riscos Excluídos: Não se aplica.

1.4 O Capital Segurado da cobertura de doenças graves somente será devido se o Segurado se encontrar vivo após 30 (trinta) dias contados a partir da data do diagnóstico da doença ou da data em que o Segurado for submetido à cirurgia coberta, e desde que a doença de origem da cobertura tenha ocorrido e sido diagnosticada no período de vigência da apólice, após cumprido o período de Carência do seguro.

1.5 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.

1.6 A cobertura de Doenças Graves cessará quando o segurado completar 71 (setenta e um) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o segurado com os direitos preservados até o final de vigência da apólice.

2. CAPITAIS SEGURADOS

2.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.

2.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

2.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do diagnóstico da doença confirmado por exames.

3. CARÊNCIA

3.1 A cobertura de Doenças Graves estará sujeita ao período de carência de 90 (noventa) dias, a partir da data de início de vigência da cobertura.

4. FRANQUIA

4.1 A cobertura de Doenças Graves estará sujeita ao período de franquia de 30 (trinta) dias, caracterizado período de sobrevivência entre a data do diagnóstico da doença e a data para acionamento do seguro.

5. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

5.1 Anualmente, a cada aniversário da apólice ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir:

5.1.1 Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura Doenças Graves – Combo 5, de acordo com o sexo do segurado.

Idade	Variação % Masculino
Até 18 anos	não se aplica
19 anos	não se aplica
20 anos	não se aplica
21 anos	não se aplica
22 anos	não se aplica
23 anos	não se aplica
24 anos	não se aplica
25 anos	não se aplica
26 anos	6,20282490
27 anos	3,37766519
28 anos	4,39725002
29 anos	4,16639499
30 anos	3,96845268
31 anos	3,76279350
32 anos	3,60313316
33 anos	3,42741935
34 anos	3,28676630
35 anos	3,14023591
36 anos	13,74911050
37 anos	13,45010948
38 anos	11,30804679
39 anos	10,19108280
40 anos	9,27745665
41 anos	8,50744953
42 anos	7,85938685
43 anos	7,30427359
44 anos	6,82110682
45 anos	6,39649507
46 anos	17,35639284

Idade	Variação % Masculino
47 anos	14,70701754
48 anos	12,88408302
49 anos	11,43116507
50 anos	10,27308983
51 anos	9,32596783
52 anos	8,54252605
53 anos	7,87764470
54 anos	7,31186315
55 anos	6,82088163
56 anos	11,27842147
57 anos	9,98001296
58 anos	9,14130995
59 anos	8,37453942
60 anos	7,72429043
61 anos	7,16946221
62 anos	6,68713918
63 anos	6,26714710
64 anos	5,89516014
65 anos	5,56547987
66 anos	3,66110642
67 anos	2,16904744
68 anos	3,07663965
69 anos	2,97700869
70 anos	2,88431802
71 anos	2,79609602
72 anos	2,71317829
73 anos	2,63511845
74 anos	2,56066979
75 anos	2,49038921

Idade	Variação % Feminino
Até 18 anos	Não se aplica
19 anos	Não se aplica
20 anos	Não se aplica
21 anos	Não se aplica
22 anos	Não se aplica
23 anos	Não se aplica
24 anos	Não se aplica
25 anos	Não se aplica
26 anos	18,12250053
27 anos	14,19577097
28 anos	12,76396546
29 anos	11,23616236
30 anos	10,00995190
31 anos	9,01997738
32 anos	8,20454310
33 anos	7,51853272
34 anos	6,93036940
35 anos	6,42561352
36 anos	13,66568302
37 anos	12,39948537
38 anos	10,79451383
39 anos	9,70408088
40 anos	8,80869097
41 anos	8,05848351
42 anos	7,42748441
43 anos	6,88466096
44 anos	6,41380169
45 anos	5,99913378
46 anos	1,74371093

Idade	Variação % Feminino
47 anos	2,55283123
48 anos	2,08922051
49 anos	2,05268560
50 anos	2,02054064
51 anos	1,98450631
52 anos	1,95370090
53 anos	1,92200877
54 anos	1,88952259
55 anos	1,86185909
56 anos	6,07012557
57 anos	5,86357584
58 anos	5,51058581
59 anos	5,24723196
60 anos	5,00885752
61 anos	4,79067999
62 anos	4,59475865
63 anos	4,41120811
64 anos	4,24477861
65 anos	4,08990014
66 anos	2,41698403
67 anos	4,67476691
68 anos	3,91079442
69 anos	3,78060118
70 anos	3,65973473
71 anos	3,54585875
72 anos	3,43968879
73 anos	3,34005682
74 anos	3,24637438
75 anos	3,15812155

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

6.1 Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15. (Procedimentos em caso de Sinistro) das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

6.1.1 No caso da cobertura de Doenças Graves prevista nestas Condições Especiais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

I) Cópia Simples

- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado e do beneficiário;

- d) Exames complementares comprovando os diagnósticos e o prontuário médico em caso de internações hospitalares;
- e) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

II) Documento Original

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL – CONDIÇÕES ESPECIAIS
XI- COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Desde que contratada, garante ao próprio Segurado, o pagamento de uma indenização correspondente ao número de diárias utilizadas pelo Segurado no caso da sua internação hospitalar, decorrente de acidente ou doença, em caráter estritamente emergencial, deduzida a franquia. **Entende-se como tal todas as internações que não sejam eletivas**, independente das despesas efetuadas pelo segurado, e exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e da Proposta de Contratação.**
As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

1.4 O valor de cada diária será estabelecido na Proposta de Contratação e na Apólice do Seguro.

1.2.1 O período coberto, por ocasião da Hospitalização prevista para esta cobertura, está limitado em 100 dias de Internação, consecutivas ou não, dentro do período de cada 12 meses.

1.2.1.1 Anualmente, a cada endosso de atualização monetária dos capitais segurados, sempre que houver sinistro no período decorrido, haverá a reintegração do limite diárias para o novo período de cobertura, até o término de vigência do seguro individual.

1.3 A cobertura de Diária por Internação Hospitalar cessará, automaticamente, quando o segurado 71 (setenta e um) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o segurado com os direitos preservados até o final de vigência da apólice.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos excluídos definidos no item 2. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura de Diária de Internação Hospitalar os eventos decorrentes de:

- a) Qualquer procedimento relacionado à gravidez ou parto ou aborto, bem como suas consequências, exceto em caso de acidentes;**
- b) Ceratomia (cirurgia para correção de miopia) ;**
- c) Tratamento de hérnias de quaisquer naturezas e suas consequências, exceto em caso de acidentes;**
- d) Cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na vigência do Seguro;**
- e) Tratamentos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças com ela relacionadas, bem como as suas consequências (em portador soropositivo);**
- f) Diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;**
- g) Tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos, e suas consequências;**
- h) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos;**
- i) Qualquer tipo de exame ou check-up preventivo;**

- j) Tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento e suas consequências;
- k) Tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;
- l) Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida e suas consequências;
- m) Tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados ao uso ou dependência de álcool ou drogas, tentativa de suicídio ou atos ilícitos devidamente comprovados;
- n) Tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;
- o) Tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;
- p) Internação domiciliar;
- q) Quaisquer procedimentos efetuados em ambulatório;
- r) Investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação;
- s) Qualquer classe de Neoplasia Maligna (Câncer) sem invasão ou "in-situ" (incluindo displasia cervical), assim como o câncer de pele, exceto melanoma de invasão; e
- t) A angiografia e/ou qualquer outra intervenção intra-arterial (angioplastia, endarterectomia, embolectomia e similares).

3. CAPITAIS SEGURADOS

- 3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.
- 3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.
- 3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data da internação.

4. CARÊNCIA

- 4.1 A cobertura de Diária por Internação Hospitalar estará sujeita ao período de carência de 90 (noventa) dias, a partir da data de início de vigência da cobertura.
- 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. FRANQUIA

- 5.1 A cobertura de Diária por Internação Hospitalar estará sujeita ao período de franquia de 04 (quatro) dias, sendo que a indenização desse período não será descontando da indenização do seguro.

6. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

- 6.1 Anualmente, a cada aniversário da apólice ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir:

6.1.1 Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura Diária por Internação Hospitalar.

Idade	Variação %
Até 18 anos	não se aplica
19 anos	não se aplica
20 anos	não se aplica
21 anos	não se aplica
22 anos	não se aplica
23 anos	não se aplica
24 anos	não se aplica
25 anos	não se aplica
26 anos	não se aplica
27 anos	não se aplica
28 anos	não se aplica
29 anos	não se aplica
30 anos	não se aplica
31 anos	não se aplica
32 anos	não se aplica
33 anos	não se aplica
34 anos	não se aplica
35 anos	10,44313823
36 anos	9,45561881
37 anos	8,63876968
38 anos	2,11175239
39 anos	2,06803786
40 anos	2,02617755
41 anos	1,98589875
42 anos	1,94726813
43 anos	12,81897801
44 anos	11,36243054
45 anos	10,20310933
46 anos	9,25845867

Idade	Variação %
47 anos	8,47390562
48 anos	0,05737542
49 anos	0,05734252
50 anos	0,05730966
51 anos	0,05730033
52 anos	0,05724404
53 anos	3,63777419
54 anos	3,51008521
55 anos	3,39103437
56 anos	3,27983589
57 anos	3,17567883
58 anos	5,84459910
59 anos	5,52188681
60 anos	5,23291254
61 anos	4,97269573
62 anos	4,73713254
63 anos	3,52979390
64 anos	3,40944743
65 anos	3,29705105
66 anos	9,99999583
67 anos	9,99999621
68 anos	10,00000230
69 anos	10,00000418
70 anos	9,99999620
71 anos	10,00000000
72 anos	9,99999608
73 anos	10,00000285
74 anos	10,00000259
75 anos	9,99999705

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15. (Procedimentos em caso de Sinistro) das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

7.1.1 No caso da cobertura de Diária por Internação Hospitalar prevista nestas Condições Especiais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

I) Cópia Simples

- a) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;
- b) Prontuário Médico completo;
- c) Exames complementares comprovando o diagnóstico;
- d) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

II) Documento Original

- a) Declaração em papel timbrado e carimbado pelo estabelecimento hospitalar, que comprove os dias de Internação Hospitalar do Segurado;
- b) Relatório do Médico Assistente, relatando os motivos que justificaram a internação do Segurado, constando o aviso de alta médica.

Em caso de Acidente:

Além dos documentos relacionados acima, encaminhar também:

I) Cópia Simples

- a) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente.

II) Cópia Autenticada

- a) Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo Exame de Corpo Delito (IML);
- c) Laudo do Exame de Corpo Delito (IML).

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL – CONDIÇÕES ESPECIAIS
XII- COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO EM UTI

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Desde que contratada, garante ao próprio Segurado, o pagamento de uma indenização correspondente ao número de diárias utilizadas pelo Segurado no caso da sua internação hospitalar em unidade intensiva de tratamento, decorrente de acidente ou doença, em caráter estritamente emergencial, deduzida a franquia. **Entende-se como tal todas as internações que não sejam eletivas**, independente das despesas efetuadas pelo segurado, e exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e da Proposta de Contratação.**

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

1.2. O valor de cada diária será estabelecido na Proposta de Contratação e na Apólice do Seguro.

1.2.1 O período coberto, por ocasião da Hospitalização prevista para esta cobertura, está limitado em 100 dias de Internação, consecutivas ou não, dentro do período de cada 12 meses.

1.2.1.1 Anualmente, a cada endosso de atualização monetária dos capitais segurados, sempre que houver sinistro no período decorrido, haverá a reintegração do limite diárias para o novo período de cobertura, até o término de vigência do seguro individual.

1.3 A cobertura de Diária por Internação em UTI cessará quando o segurado completar 71 (setenta e um) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o segurado com os direitos preservados até o final de vigência da apólice.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos excluídos definidos no item 2. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura de Diária de Internação Hospitalar em UTI os eventos decorrentes de:

- a) Qualquer procedimento relacionado à gravidez ou parto ou aborto, bem como suas consequências, exceto em caso de acidentes;
- b) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- c) Tratamento de hérnias de quaisquer naturezas e suas consequências, exceto em caso de acidentes;
- d) Cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na vigência do Seguro;
- e) Tratamentos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças com ela relacionadas, bem como as suas consequências (em portador soropositivo);
- f) Diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;
- g) Tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos, e suas consequências;
- h) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos;

- i) Qualquer tipo de exame ou check-up preventivo;
- j) Tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento e suas consequências;
- k) Tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;
- l) Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida e suas consequências;
- m) Tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados ao uso ou dependência de álcool ou drogas, tentativa de suicídio ou atos ilícitos devidamente comprovados;
- n) Tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;
- o) Tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;
- p) Internação domiciliar;
- q) Quaisquer procedimentos efetuados em ambulatório;
- r) Investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação;
- s) Qualquer classe de Neoplasia Maligna (Câncer) sem invasão ou "in-situ" (incluindo displasia cervical), assim como o câncer de pele, exceto melanoma de invasão; e
- t) A angiografia e/ou qualquer outra intervenção intra-arterial (angioplastia, endarterectomia, embolectomia e similares).

3. CAPITAIS SEGURADOS

- 3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.
- 3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.
- 3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data da internação na Unidade Intensiva de Tratamento.

4. CARÊNCIA

- 4.1 A cobertura de Diária por Internação Hospitalar estará sujeita ao período de carência de 90 (noventa) dias, a partir da data de início de vigência da cobertura.
- 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. FRANQUIA

- 5.1 A cobertura de Diária por Internação Hospitalar estará sujeita ao período de franquia de 04 (quatro) dias, sendo que a indenização desse período não será descontando da indenização do seguro.

6. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

6.1 Anualmente, a cada aniversário da apólice ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir:

6.1.1 Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura Diária por Internação em UTI.

Idade	Variação %
Até 18 anos	não se aplica
19 anos	não se aplica
20 anos	não se aplica
21 anos	não se aplica
22 anos	não se aplica
23 anos	não se aplica
24 anos	não se aplica
25 anos	não se aplica
26 anos	não se aplica
27 anos	não se aplica
28 anos	não se aplica
29 anos	não se aplica
30 anos	não se aplica
31 anos	não se aplica
32 anos	não se aplica
33 anos	não se aplica
34 anos	não se aplica
35 anos	12,29274814
36 anos	10,94679664
37 anos	9,86694042
38 anos	2,43487893
39 anos	2,37700182
40 anos	2,32181230
41 anos	2,26912742
42 anos	2,21897310
43 anos	13,72549389
44 anos	12,06896837
45 anos	10,76938091
46 anos	9,72221110

Idade	Variação %
47 anos	8,86075025
48 anos	0,79414927
49 anos	0,78789223
50 anos	0,78184302
51 anos	0,77566850
52 anos	0,76969820
53 anos	1,53312015
54 anos	1,51007635
55 anos	1,48761227
56 anos	1,46570399
57 anos	1,44463271
58 anos	7,89273224
59 anos	7,31525863
60 anos	6,81669248
61 anos	6,38159270
62 anos	5,99885118
63 anos	1,51704528
64 anos	1,49437494
65 anos	1,47237218
66 anos	9,99998631
67 anos	9,99998755
68 anos	10,00001698
69 anos	10,00001029
70 anos	9,99999532
71 anos	9,99998725
72 anos	10,00000773
73 anos	10,00001757
74 anos	9,99998084
75 anos	10,00000871

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15. (Procedimentos em caso de Sinistro) das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

7.1.1 No caso da cobertura de Diária por Internação em UTI prevista nestas Condições Especiais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

I) Cópia Simples

- a) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;
- b) Prontuário Médico completo;
- c) Exames complementares comprovando o diagnóstico;
- d) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

II) Documento Original

- a) Declaração em papel timbrado e carimbado pelo estabelecimento hospitalar, que comprove os dias de Internação Hospitalar do Segurado;
- b) Relatório do Médico Assistente, relatando os motivos que justificaram a internação do Segurado, constando o aviso de alta médica.

Em caso de Acidente:

Além dos documentos relacionados acima, encaminhar também:

I) Cópia Simples

- a) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente.

II) Cópia Autenticada

- a) Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo Exame de Corpo Delito (IML);
- c) Laudo do Exame de Corpo Delito (IML).

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL – CONDIÇÕES ESPECIAIS
**XIII- COBERTURA ADICIONAL DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR
ACIDENTE**

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Desde que contratada, garante ao Segurado, o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas para seu tratamento **em decorrência de acidente pessoal coberto**, sob orientação e prescrição de profissional médico habilitado, até o valor do Capital Segurado contratado para esta cobertura, desde que o tratamento se inicie em até 30 (trinta) dias contados da data do acidente, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e da Proposta de Contratação.**

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

1.2 O valor da indenização prevista nesta cobertura não poderá, em hipótese alguma, ser superior aos efetivos gastos com as despesas médicas, hospitalares e odontológicas garantidas, ainda que haja vários seguros contratados em diferentes seguradoras.

1.3 Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

1.4 A comprovação das despesas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais e dos relatórios médicos.

1.5 A Seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da necessidade dos procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos, sob pena de perda do direito à indenização, **caso o segurado a tanto se negue.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos excluídos definidos no item 2. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas por Acidente as despesas decorrentes de:

- a)** Estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b)** Aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

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

4. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

4.1 Anualmente, a cada aniversário da apólice ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir.

4.1.1 Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente, exclusivamente para a cobertura de Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas por Acidente.

Idade	Variação %
até 18 anos	Não se aplica
19 anos	5,52238806
20 anos	5,23338048
21 anos	4,97311828
22 anos	4,73751601
23 anos	4,52322738
24 anos	4,32748538
25 anos	4,14798206
26 anos	-1,18406889
27 anos	-1,23442266
28 anos	-1,25029228
29 anos	-1,26567575
30 anos	-1,24434389
31 anos	-1,29805269
32 anos	-1,31558791
33 anos	-1,33265595
34 anos	-1,31108462
35 anos	-1,36859903
36 anos	-1,34693658
37 anos	-1,36532666
38 anos	-1,38422587
39 anos	-1,40365563
40 anos	-1,42363861
41 anos	-1,44419878
42 anos	-1,46536152
43 anos	-1,48715370
44 anos	-1,50960383
45 anos	-1,53274216
46 anos	2,59414605
47 anos	2,52855172
48 anos	2,46673088

Idade	Variação %
67 anos	4,23728087
68 anos	4,04201503
69 anos	3,90684468
70 anos	3,75158428
71 anos	3,61592964
72 anos	3,48974299
73 anos	3,37206653
74 anos	3,28410844
75 anos	3,15834400
76 anos	Não se aplica
77 anos	Não se aplica
78 anos	Não se aplica
79 anos	Não se aplica
80 anos	Não se aplica
81 anos	Não se aplica
82 anos	Não se aplica
83 anos	Não se aplica
84 anos	Não se aplica
85 anos	Não se aplica
86 anos	Não se aplica
87 anos	Não se aplica
88 anos	Não se aplica
89 anos	Não se aplica
90 anos	Não se aplica
91 anos	Não se aplica
92 anos	Não se aplica
93 anos	Não se aplica
94 anos	Não se aplica
95 anos	Não se aplica
96 anos	Não se aplica
97 anos	Não se aplica

Idade	Variação %
49 anos	2,45041147
50 anos	2,34976907
51 anos	2,29532171
52 anos	2,28494492
53 anos	2,19369415
54 anos	2,14660422
55 anos	2,10195201
56 anos	5,08966304
57 anos	4,80769231
58 anos	4,58715596
59 anos	4,38596491
60 anos	4,20168067
61 anos	4,03225806
62 anos	3,87596899
63 anos	3,73134328
64 anos	3,59712230
65 anos	3,47222222
66 anos	4,42445936

Idade	Variação %
98 anos	Não se aplica
99 anos	Não se aplica
100 anos	Não se aplica
101 anos	Não se aplica
102 anos	Não se aplica
103 anos	Não se aplica
104 anos	Não se aplica
105 anos	Não se aplica
106 anos	Não se aplica
107 anos	Não se aplica
108 anos	Não se aplica
109 anos	Não se aplica
110 anos	Não se aplica
111 anos	Não se aplica
112 anos	Não se aplica
113 anos	Não se aplica
114 anos	Não se aplica
115 anos	Não se aplica

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15. (Procedimentos em caso de Sinistro) das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

I) Cópia Simples

- a) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;
- b) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- c) Pedido médico acompanhado do resultado de exames realizados;
- d) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

II) Cópia Autenticada

- a) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão do Registro da Ocorrência Policial (B.O.). Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- b) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- c) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML).

III Documento Original

- a) Nota Fiscal discriminando os serviços/valores em que deve constar o nome do Segurado e nome do responsável pelo pagamento das despesas juntamente com os pedidos médicos dos procedimentos realizados. Para reembolso de honorários médicos, deverá constar no recibo ou nota fiscal original o procedimento realizado conforme tabela da A.M.B.;
- b) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão e o tratamento realizado.

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL – CONDIÇÕES ESPECIAIS
**XIV- COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA
POR ACIDENTE OU DOENÇA**

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Essa cobertura tem como objetivo o pagamento ao segurado de diárias, no caso deste ficar impossibilitado continua e ininterruptamente, **por período temporário, de exercer sua profissão ou ocupação**, decorrente de doença coberta ou acidente pessoal coberto, durante o período em que se encontrar em tratamento, sob orientação médica, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, respeitados o período de carência e a franquia definidos na apólice, e observado o limite de diárias e as condições contratuais do seguro.

1.2 Essa cobertura tem como objetivo o apoio ao segurado que exerça atividade profissional. Se ficar comprovada má-fé no que se refere às informações para a contratação do seguro, o segurado perderá o direito à indenização da cobertura contratada, com base no artigo 766 do Código Civil Brasileiro.

1.3 O número de diárias a ser indenizado será determinado em função da necessidade comprovada de afastamento temporário do segurado de suas atividades profissionais, acompanhada de relatório do médico assistente do segurado, observados o limite máximo de diárias, o período de carência e a franquia determinadas para o plano.

1.3.1 Será dispensando o cumprimento do período de franquia, caso o segurado voltar a se afastar em decorrência de uma mesma doença ou acidente já indenizado dentro do prazo de sessenta dias, contados a partir da data da alta médica do afastamento anterior e, desde que, o sinistro tenha sido coberto pelo seguro. Caso o sinistro anterior tenha sido negado por falta de cumprimento da franquia, não será adotada a isenção de franquia no sinistro vinculado.

1.4 O limite máximo de diárias indenizáveis será de acordo com a quantidade descrita na apólice para todas as incapacidades decorrentes do mesmo evento, seja acidente ou doença, independentemente de renovação do contrato. **A quantidade de diárias indenizadas decorrente de uma doença ou acidente não pode ser superior ao número de diárias contratadas na apólice, caso haja novo afastamento pela mesma causa já indenizada, ainda que seja em períodos diferentes de vigência (endosso de reenquadramento e/ou renovação da apólice).**

1.4.1 A reintegração do capital segurado somente se dará para incapacidades decorrentes de outros eventos não reclamados, isto é, de diferentes doenças ou diferentes acidentes.

1.5 A indenização a ser paga será calculada tomando-se por base o valor da diária por incapacidade temporária vigente no contrato de seguro na data do afastamento, multiplicando-se pelo número de dias de afastamento, descontando-se o período de franquia.

1.5.1. O valor da diária para cálculo da indenização é aquele constante da apólice na data do evento, desde que cumprido o período de carência, não podendo ser superior a 1/30 (um trinta avos) da renda mensal do segurado, vigente na data do sinistro e devidamente comprovado pelos documentos indicados no item Ocorrência de Sinistro previsto destas Condições Especiais.

1.6 As indenizações de diária por incapacidade temporária não se acumulam em razão de mais de um afastamento ao mesmo tempo. No caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento por incapacidade temporária, o segurado somente terá direito a uma diária de indenização por dia afastado.

1.6.1 O segurado somente terá direito a uma diária de indenização por dia afastado, mesmo que tenha sido contratada a cobertura adicional de DIT – LER, DORT, LTC e Hérnia. Essas coberturas não se acumulam. Na ocorrência de dois eventos que justifiquem afastamento, será mantido o valor de uma única diária, sendo daquela que doença/acidente que causou o primeiro afastamento.

1.7 A Seguradora poderá indicar perícia médica para os casos em que não haja determinação da quantidade de diárias necessárias para retorno às atividades profissionais ou em caso de dúvida e/ou discordância da quantidade apontada pelo médico assistente do segurado, sob pena de perda do direito à indenização, caso o segurado se negue a submeter-se à perícia.

1.8 Caso o segurado venha a falecer, seja por morte acidental, seja por morte natural, ou ainda, ficar inválido permanentemente e/ou aposentado por invalidez, será extinta, imediatamente, a presente cobertura, não sendo devido qualquer pagamento referente às diárias por incapacidade temporária a partir do dia seguinte à caracterização de uma dessas situações.

1.9 O Segurado deverá comunicar à Seguradora, sempre que ocorrer mudança da ocupação que represente mudança do risco. A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do pedido alteração, informará sobre a aceitação, recálculo do valor do seguro por meio de endosso ou exclusão da cobertura, de acordo com a política de aceitação.

1.10 A cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença cessará quando o segurado completar 66 (sessenta e seis) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o segurado com os direitos preservados até o final de vigência da apólice.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos excluídos definidos no item 2. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura Diária por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença:

- a) Estados de convalescença (após a alta médica);
- b) Hospitalizações para check-up;
- c) Tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- d) Tratamentos para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
- e) Procedimentos não previstos no Código brasileiro de Ética médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de fiscalização de medicina e farmácia;
- f) Infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS) e/ou Hepatites B e/ou Hepatite C;

- g) Lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes;**
- h) Anomalias ou malformações congênitas com manifestação em qualquer época;**
- i) Luxações recidivantes de qualquer articulação;**
- j) Instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;**
- k) Distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais, estresse, , bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive, mas não se limitando, à psicanálise, sonoterapia, psicoterapia em suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;**
- l) Qualquer tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou cosmética, incluindo, mas não se limitando para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético, geriátricos e suas consequências, cirurgias plásticas redutoras de qualquer espécie e as demais para colocação, retirada ou reposição de qualquer prótese;**
- m) Doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos;**
- n) Doenças transmitidas por contato com animais, tais como leptospirose, toxoplasmose e outras doenças infecto parasitárias;**
- o) Gravidez e suas intercorrências, bem como parto ou aborto e suas consequências;**
- p) Ceratotomia radial e demais condutas refrativas;**
- q) Tratamento de doenças ou lesões físicas originadas em consequência de calamidade pública, conflitos, tumultos, revoluções, eventos sísmicos, catástrofes ou envenenamentos coletivos;**
- r) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, doenças reumatológicas e ósseas, entre outras;**
- s) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias, cervicalgias e cervicobraquialgias, sacralgias e outros quadros degenerativos;**
- t) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não), incluindo as lesões meniscais e ligamentares de joelho e lesões de ombro de características degenerativa, síndrome do impacto, lesões de supra espinhais, luxações recidivantes de qualquer articulação, exceto após tratamento cirúrgico;**
- u) Hospitalizações para diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;**
- v) Afastamentos por período inferior ao de franquia, mesmo que o afastamento seja decorrente de evento coberto;**
- w) Doenças ocupacionais, incluindo as profissionais e as doenças do trabalho, abrangendo todas aquelas situações clínicas que tenham histórico médico anterior relacionado a condições onde haja/tenha havido, em qualquer tempo pregresso, nexos causal positivo com a atividade profissional, inclusive quaisquer condições enquadradas sob a sigla LER-DORT-LTC (Lesão por Esforço Repetitivo – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – Lesões por Traumas Cumulativos) tais como tendinites, sinovites, tenossinovites, cervicobraquialgias artrites, bursites, epicondilite, síndrome do túnel do carpo, dedo em gatilho, síndrome do desfiladeiro torácico, síndrome do pronador redondo, mialgias.**
- x) Hérnia, todas, exceto após tratamento cirúrgico ou quando decorrente de acidente pessoal coberto.**

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO

3.1 A cobertura por incapacidade temporária é válida somente para diagnóstico em território brasileiro.

4. CAPITAIS SEGURADOS

4.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.

4.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

4.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do afastamento.

4.3.1 Caso o segurado volte a se afastar pela mesma doença/acidente e o sinistro seja tratado como vinculado à ocorrência anterior, considera-se para determinação do capital segurado o valor da diária do primeiro afastamento.

5. CARÊNCIA

5.1 A cobertura deste seguro está sujeita ao período de carência 90 dias.

5.1.1 O pagamento antecipado do prêmio não elimina a necessidade do cumprimento de carência.

5.2 Haverá carência para a tentativa de suicídio ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos contados do início de vigência do seguro ou de sua recondução depois de suspenso.

5.3 Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

6. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

6.1 Anualmente, a cada aniversário da apólice ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir.

6.1.1 Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente, exclusivamente para a Diária por Incapacidade Temporária – Acidente ou Doença.

6.2 Variação percentual para cobertura contratada com 180 diárias:

Idade	Variação %
até 18 anos	Não se aplica
19 anos	Não se aplica
20 anos	Não se aplica
21 anos	Não se aplica

Idade	Variação %
45 anos	1,60859515%
46 anos	2,31558628%
47 anos	2,26318039%
48 anos	2,21309408%

22 anos	Não se aplica
23 anos	Não se aplica
24 anos	Não se aplica
25 anos	Não se aplica
26 anos	4,72461739%
27 anos	4,51146780%
28 anos	4,31672035%
29 anos	4,13809055%
30 anos	3,97365703%
31 anos	7,92417296%
32 anos	3,68110783%
33 anos	3,55041329%
34 anos	3,42868094%
35 anos	3,31501950%
36 anos	1,88089970%
37 anos	1,84617500%
38 anos	1,81270921%
39 anos	1,78043510%
40 anos	1,74929013%
41 anos	6,70679794%
42 anos	1,69015857%
43 anos	1,66206700%
44 anos	1,63489397%

49 anos	2,16517668%
50 anos	2,11929030%
51 anos	-0,37589960%
52 anos	2,03311508%
53 anos	1,99260316%
54 anos	1,95367419%
55 anos	1,91623716%
56 anos	3,58835182%
57 anos	3,46404953%
58 anos	3,34807070%
59 anos	3,23960639%
60 anos	3,13794919%
61 anos	0,42793337%
62 anos	2,95264424%
63 anos	2,86796348%
64 anos	2,78800453%
65 anos	2,71238316%
66 anos	1,80271254%
67 anos	1,77079028%
68 anos	1,73997890%
69 anos	1,71022141%
70 anos	1,68146464%

6.3 Variação percentual para cobertura contratada com 365 diárias:

Idade	Variação %
até 18 anos	Não se aplica
19 anos	Não se aplica
20 anos	Não se aplica
21 anos	Não se aplica
22 anos	Não se aplica
23 anos	Não se aplica
24 anos	Não se aplica
25 anos	Não se aplica
26 anos	4,75421523%
27 anos	4,53844766%
28 anos	4,34141482%
29 anos	4,16077818%

Idade	Variação %
45 anos	1,60739188%
46 anos	2,36880629%
47 anos	2,31399230%
48 anos	2,26165771%
49 anos	2,21163803%
50 anos	2,16378298%
51 anos	-0,33427716%
52 anos	2,07402805%
53 anos	2,03188616%
54 anos	1,99142272%
55 anos	1,95253941%
56 anos	3,67263229%

30 anos	3,99457286%
31 anos	7,94428108%
32 anos	3,69905034%
33 anos	3,56710146%
34 anos	3,44424186%
35 anos	3,32956364%
36 anos	1,87925478%
37 anos	1,84459023%
38 anos	1,81118136%
39 anos	1,77896114%
40 anos	1,74786726%
41 anos	6,70535618%
42 anos	1,68883024%
43 anos	1,66078245%
44 anos	1,63365106%

57 anos	3,54252825%
58 anos	3,42132678%
59 anos	3,30814435%
60 anos	3,20221061%
61 anos	0,48677450%
62 anos	3,00947138%
63 anos	2,92154822%
64 anos	2,83861667%
65 anos	2,76026337%
66 anos	1,82918280%
67 anos	1,79632474%
68 anos	1,76462632%
69 anos	1,73402722%
70 anos	1,70447123%

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

7.1 Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15 – Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

I) Cópia Simples

- Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;
- Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do Segurado, sendo este o primeiro titular da conta;
- Exames médicos comprobatórios da lesão / doença;
- Declaração de aviso para concessão ou prorrogação do benefício de afastamento – Segurado;
- Declaração de aviso para concessão ou prorrogação do benefício – Médico assistente;
- Relatório Médico informando diagnóstico, evolução e o tratamento.

II) Cópia Autenticada

- Empregador com vínculo empregatício: carteira profissional com as páginas iniciais, da empresa, dos afastamentos, do INSS e comunicação do resultado de exame médico expedida pelo INSS, quando for o caso;
- Comprovante de rendimento do segurado, tais como: declaração do contador em formulário DECORE, declaração de Imposto de Renda ou Contracheque do mês do sinistro;
- Para proprietários de estabelecimento: contrato social atualizado.

III) Documento Original

- Relatório médico, atestando a causa e o período do afastamento.

Em caso de Acidente:

Além dos documentos relacionados acima, encaminhar também:

I) Cópia Simples

- a) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;

II) Cópia Autenticada

- a) Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- c) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- d) Laudo do Exame de Corpo Delito (IML);

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL – CONDIÇÕES ESPECIAIS
XV- COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA
LER / DORT / LTC E HÉRNIA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.7 Essa cobertura tem como objetivo o pagamento ao segurado de diárias, no caso deste ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente, **por período temporário, de exercer sua profissão ou ocupação**, decorrente de doença coberta, durante o período em que se encontrar em tratamento, sob orientação médica, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, respeitados o período de carência e a franquia definidas na apólice, e observado o limite de diárias e as condições contratuais do seguro.

1.1.1 A cobertura se restringe aos afastamentos decorrentes de LER (lesões por esforços repetitivos), DORT (distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho), LTC (lesões por traumas cumulativos) e Hérnia, observados os períodos de carência, franquia e o limite máximo de diárias definido na apólice para essa cobertura.

1.1.2 A cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por LER, DORT, LTC e Hérnia não se acumula com a cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença. Confirmada a Incapacidade em razão de LER, DORT, LTC ou Hérnia, a indenização ocorrerá de acordo com os critérios e condições específicas dessa cobertura.

1.2 Essa cobertura tem como objetivo o apoio ao segurado que exerça atividade profissional. Se ficar comprovada má-fé no que se refere às informações para a contratação do seguro, o segurado perderá o direito à indenização da cobertura contratada, com base no artigo 766 do Código Civil Brasileiro.

1.3 O número de diárias a ser indenizado será determinado em função da necessidade comprovada de afastamento temporário do segurado de suas atividades profissionais, acompanhada de relatório do médico assistente do segurado, observados o limite máximo de diárias, o período de carência e a franquia determinadas para o plano.

1.3.1 Será dispensando o cumprimento do período de franquia, caso o segurado voltar a se afastar em decorrência de uma mesma doença já indenizada dentro do prazo de sessenta dias, contados a partir da data da alta médica do afastamento anterior e, desde que o sinistro tenha sido coberto pelo seguro. Caso o sinistro anterior tenha sido negado por falta de cumprimento da franquia, não será adotada a isenção de franquia no sinistro vinculado, sendo adotado o valor da diária de acordo com a data o novo afastamento.

1.4 O limite máximo de diárias indenizáveis será de acordo com a quantidade descrita na apólice para todas as incapacidades decorrentes da mesma doença, independentemente de renovação do contrato. **A quantidade de diárias indenizadas decorrente de uma doença não pode ser superior ao número de diárias contratadas na apólice, caso haja novo afastamento pela mesma doença já indenizada, ainda que seja em períodos diferentes de vigência (endosso de reenquadramento e/ou renovação da apólice).**

1.4.1 A reintegração do capital segurado somente se dará para incapacidades decorrentes de outros eventos não reclamados, isto é, de diferentes doenças.

1.5 A indenização a ser paga será calculada tomando-se por base o valor da diária por incapacidade temporária vigente no contrato de seguro na data do afastamento, multiplicando-se pelo número de dias de afastamento, descontando-se o período de franquia.

1.5.1. O valor da diária para cálculo da indenização é aquele constante da apólice na data do evento, desde que cumprido o período de carência, não podendo ser superior a 1/30 (um trinta avos) da renda mensal do segurado, vigente na data do sinistro e devidamente comprovado pelos documentos indicados no item Ocorrência de Sinistro destas Condições Especiais.

1.6 As indenizações de diária por incapacidade temporária não se acumulam em razão de mais de um afastamento ao mesmo tempo. No caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento por incapacidade temporária, o segurado somente terá direito a uma diária de indenização por dia afastado.

1.6.1 O segurado somente terá direito a uma diária de indenização por dia afastado, mesmo que tenha sido contratada a cobertura de DIT – Acidente e Doença. Essas coberturas não se acumulam. Na ocorrência de dois eventos que justifiquem afastamento, será mantido o valor de uma única diária, sendo daquela doença/acidente que causou o primeiro afastamento.

1.7 A Seguradora poderá indicar perícia médica para os casos onde não haja determinação da quantidade de diárias necessárias para retorno às atividades profissionais ou em caso de dúvida e/ou discordância da quantidade apontada pelo médico assistente do segurado, sob pena de perda do direito à indenização, caso o segurado se negue a fazer a perícia.

1.8 Caso o segurado venha a falecer, seja por morte acidental, seja por morte natural, ou ainda, ficar inválido permanentemente e/ou aposentado por invalidez, será extinta, imediatamente, a presente cobertura, não sendo devido qualquer pagamento referente às diárias por incapacidade temporária a partir do dia seguinte à caracterização de uma dessas situações.

1.9 O Segurado deverá comunicar à Seguradora, sempre que ocorrer mudança da ocupação que represente mudança do risco. A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do pedido alteração, informará sobre a aceitação, recálculo do valor do seguro por meio de endosso ou exclusão da cobertura, de acordo com a política de aceitação.

1.10 A cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por LER, DORT, LTC e Hérnia cessará quando o segurado completar 66 (sessenta e seis) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o segurado com os direitos preservados até o final de vigência da apólice.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos excluídos definidos no item 2. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura Diária por Incapacidade Temporária – LER / DORT / LTC e Hérnia

- a) Estados de convalescença (após a alta médica);**
- b) Hospitalizações para check-up;**
- c) Tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;**

- d) **Tratamentos para esterilização, fertilização e mudança de sexo;**
- e) **Procedimentos não previstos no Código brasileiro de Ética médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de fiscalização de medicina e farmácia;**
- f) **Infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS) e/ou Hepatites B e/ou Hepatite C;**
- g) **Lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes;**
- h) **Anomalias ou malformações congênitas com manifestação em qualquer época;**
- i) **Luxações recidivantes de qualquer articulação;**
- j) **Instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;**
- k) **Distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais, estresse, desvios comportamentais, bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia em suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;**
- l) **Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou cosmética e para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético, geriátricos e suas consequências, cirurgias plásticas redutoras de qualquer espécie e as demais para colocação, retirada ou reposição de qualquer prótese;**
- m) **Doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos;**
- n) **Doenças transmitidas por contato com animais, tais como leptospirose, toxoplasmose e outras doenças infecto parasitárias;**
- o) **Gravidez e suas intercorrências, bem como parto ou aborto e suas consequências;**
- p) **Ceratotomia radial e demais condutas refrativas;**
- q) **Tratamento de doenças ou lesões físicas originadas em consequência de calamidade pública, conflitos, tumultos, revoluções, eventos sísmicos, catástrofes ou envenenamentos coletivos;**
- r) **Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, doenças reumatológicas e ósseas, entre outras;**
- s) **As instabilidades crônicas (agudizadas ou não);**
- t) **Hospitalizações para diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;**
- u) **Afastamentos por período inferior ao de franquia, mesmo que o afastamento seja decorrente de evento coberto.**

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 3.1** A cobertura por incapacidade temporária é válida somente para diagnóstico em território brasileiro.

4. CAPITAIS SEGURADOS

4.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.

4.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

4.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do afastamento.

4.3.1 Caso o segurado volte a se afastar pela mesma doença e o sinistro seja tratado como vinculado à ocorrência anterior, considera-se para determinação do capital segurado o valor da diária do primeiro afastamento.

5. CARÊNCIA

5.1 A cobertura deste seguro está sujeita ao período de carência 180 dias.

5.1.1 O pagamento antecipado do prêmio não elimina a necessidade do cumprimento de carência.

5.2 Haverá carência para a tentativa de suicídio ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos contados do início de vigência do seguro ou, de sua recondução depois de suspenso.

6. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

6.1 Anualmente, a cada aniversário da apólice ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir.

6.1.1 Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente, exclusivamente para a Diária por Incapacidade Temporária – com LER / DORT / LTC e Hérnia.

Idade	Variação %
até 18 anos	Não se aplica
19 anos	Não se aplica
20 anos	Não se aplica
21 anos	Não se aplica
22 anos	Não se aplica
23 anos	Não se aplica
24 anos	Não se aplica
25 anos	Não se aplica
26 anos	8,44614460%
27 anos	7,78833091%
28 anos	7,22557892%
29 anos	6,73867093%
30 anos	6,31324231%
31 anos	1,16095050%
32 anos	5,60546867%

Idade	Variação %
45 anos	3,02004297%
46 anos	3,24194972%
47 anos	3,14014771%
48 anos	3,04454451%
49 anos	2,95459068%
50 anos	2,86979985%
51 anos	-0,16174792%
52 anos	2,71402564%
53 anos	2,64231260%
54 anos	2,57429176%
55 anos	2,50968514%
56 anos	3,97029700%
57 anos	3,81868391%
58 anos	3,67822416%
59 anos	3,54773067%

33 anos	5,30793409%
34 anos	5,04039333%
35 anos	4,79852861%
36 anos	4,14729335%
37 anos	3,98214223%
38 anos	3,82964049%
39 anos	3,68838848%
40 anos	3,55718565%
41 anos	6,57603910%
42 anos	3,32092287%
43 anos	3,21418235%
44 anos	3,11408982%

60 anos	3,42617906%
61 anos	0,44288401%
62 anos	3,20646088%
63 anos	3,10684123%
64 anos	3,01322511%
65 anos	2,92508570%
66 anos	14,34138745%
67 anos	12,54260401%
68 anos	11,14476080%
69 anos	10,02724799%
70 anos	9,11342252%

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

7.1 Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15 – Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

I) Cópia Simples

- Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;
- Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do Segurado, sendo este o primeiro titular da conta;
- Exames médicos comprobatórios da lesão / doença;
- Declaração de aviso para concessão ou prorrogação do benefício de afastamento – Segurado;
- Declaração de aviso para concessão ou prorrogação do benefício – Médico assistente;
- Relatório Médico informando diagnóstico, evolução e o tratamento.

II) Cópia Autenticada

- Empregador com vínculo empregatício: carteira profissional com as páginas iniciais, da empresa, dos afastamentos, do INSS e comunicação do resultado de exame médico expedida pelo INSS, quando for o caso;
- Comprovante de rendimento do segurado, tais como: declaração do contador em formulário DECORE, declaração de Imposto de Renda ou Contracheque do mês do sinistro;
- Para proprietários de estabelecimento: contrato social atualizado.

III) Documento Original

- Relatório médico, atestando a causa e comprovando o período do afastamento.

**SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL – CONDIÇÕES ESPECIAIS
XVI- COBERTURA ADICIONAL DE FUNERAL FAMILIAR**

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Essa cobertura tem como objetivo garantir a prestação de serviços de assistência funeral **ou** o reembolso dos gastos funerários **até o limite da cobertura contratada**, caso venha a ocorrer a morte do Segurado, seu Cônjuge e/ou Filhos até 21 anos ou 24 anos, se dependente na regulamentação do Imposto de Renda destas Condições Especiais, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas das Condições Gerais e da Proposta de Contratação.**

1.1.1 A prestação de serviços ou o pagamento de reembolso de despesas com funeral não caracteriza o direito à cobertura de Morte como risco coberto pelo seguro. A indenização da cobertura de Morte estará sujeita a análise da documentação e demais circunstâncias da ocorrência do sinistro, respeitadas as demais cláusulas das Condições Gerais e da Proposta de Contratação.

1.2 As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

1.3 Nas localidades onde não esteja disponível rede credenciada com o prestador do serviço de assistência, a indenização será na forma de reembolso, limitado aos valores da nota fiscal.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos excluídos definidos no item 2. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura de Funeral Familiar:

- a) Cremação do Corpo fora do município de residência habitual do segurado;
- b) Transporte ou repatriamento para cremação ou sepultamento fora do município de moradia habitual no Brasil.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data da morte do segurado.

4. CARÊNCIA

4.1 A cobertura deste seguro está sujeita ao período de carência definido na apólice de Seguro.

4.2 Haverá carência para o suicídio ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos contados do início de vigência do seguro ou, de sua recondução depois de suspenso.

4.3 Não haverá carência para morte em decorrência de acidente pessoal.

5. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

5.1 Anualmente, a cada aniversário da apólice ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir.

5.1.1 Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente, exclusivamente para a cobertura de Funeral Familiar.

Idade	Variação % Masculino
Até 18 anos	não se aplica
19 anos	Não se aplica
20 anos	Não se aplica
21 anos	Não se aplica
22 anos	Não se aplica
23 anos	Não se aplica
24 anos	Não se aplica
25 anos	Não se aplica
26 anos	2,33303430
27 anos	2,19314182
28 anos	2,14457038
29 anos	2,09954418
30 anos	1,49267193
31 anos	2,56109482
32 anos	2,56992340
33 anos	2,60521381
34 anos	2,87003343
35 anos	3,37740500
36 anos	4,03660349
37 anos	4,78486702
38 anos	5,77365565
39 anos	6,71402291
40 anos	7,62542311
41 anos	8,50451883
42 anos	9,31523086
43 anos	9,98028586
44 anos	10,32937486
45 anos	10,43866775

Idade	Variação % Masculino
51 anos	8,28935396
52 anos	7,85379380
53 anos	7,43057633
54 anos	7,08773993
55 anos	6,84145961
56 anos	6,64641787
57 anos	6,50832537
58 anos	6,45581240
59 anos	6,64257918
60 anos	7,03710949
61 anos	7,60505818
62 anos	8,25737483
63 anos	8,91987363
64 anos	9,44494379
65 anos	9,82446336
66 anos	- 10,92950826
67 anos	10,69089372
68 anos	10,79748044
69 anos	10,80714182
70 anos	10,75373134
71 anos	10,64955192
72 anos	10,50452151
73 anos	10,34818468
74 anos	10,26168162
75 anos	10,22834497
76 anos	10,22941277
77 anos	10,24058399
78 anos	10,24706108

Idade	Variação % Masculino
84 anos	9,64577665
85 anos	9,32000929
86 anos	8,94088166
87 anos	8,52984866
88 anos	8,12348364
89 anos	7,80460126
90 anos	7,57050577
91 anos	7,40326567
92 anos	7,28640948
93 anos	7,20583489
94 anos	7,14639108
95 anos	7,10051297
96 anos	7,06379240
97 anos	7,03349574
98 anos	7,12623220
99 anos	7,30781520
100 anos	7,54975406
101 anos	7,82742353
102 anos	8,11849032
103 anos	8,40687067
104 anos	8,67727579
105 anos	8,92051742
106 anos	9,12928813
107 anos	9,29935680
108 anos	9,42956516
109 anos	9,52041653
110 anos	9,57330530
111 anos	9,59177273

Idade	Variação % Masculino
46 anos	13,63265907
47 anos	9,66859913
48 anos	9,40939677
49 anos	9,09693172
50 anos	8,69156716

Idade	Variação % Masculino
79 anos	10,23212305
80 anos	10,18451536
81 anos	10,10927639
82 anos	10,01742926
83 anos	9,88265949

Idade	Variação % Masculino
112 anos	9,57864319
113 anos	9,53810080
114 anos	9,47373110
115 anos	9,38920392

Idade	Variação % Feminino
Até 18 anos	Não se Aplica
19 anos	Não se Aplica
20 anos	Não se Aplica
21 anos	Não se Aplica
22 anos	Não se Aplica
23 anos	Não se Aplica
24 anos	Não se Aplica
25 anos	Não se Aplica
26 anos	2,07824007
27 anos	2,02035438
28 anos	1,88418201
29 anos	1,84933713
30 anos	2,40931058
31 anos	2,47433758
32 anos	2,44947293
33 anos	2,49250922
34 anos	2,71477754
35 anos	2,99191485
36 anos	3,53510862
37 anos	4,02060065
38 anos	4,70022144
39 anos	5,32720683
40 anos	5,90985039
41 anos	6,57010250
42 anos	7,09737871
43 anos	7,64327551
44 anos	8,01686516
45 anos	8,37880410
46 anos	13,21136514
47 anos	8,12145700
48 anos	8,34606237
49 anos	8,35786575
50 anos	8,28653682

Idade	Variação % Feminino
51 anos	8,11156150
52 anos	7,90100885
53 anos	7,65856758
54 anos	7,45360887
55 anos	7,36271738
56 anos	7,29875509
57 anos	7,27054428
58 anos	7,32334457
59 anos	7,56138448
60 anos	7,93729258
61 anos	8,43413526
62 anos	8,96427737
63 anos	9,47283793
64 anos	9,75268938
65 anos	9,85052052
66 anos	- 26,56266612
67 anos	9,86398090
68 anos	9,48465578
69 anos	9,47442411
70 anos	9,80005632
71 anos	10,32777635
72 anos	10,95664950
73 anos	11,60025141
74 anos	12,07130896
75 anos	12,38458343
76 anos	12,55507527
77 anos	12,60282970
78 anos	12,57579678
79 anos	12,57459007
80 anos	12,58054937
81 anos	12,58391253
82 anos	12,55908487
83 anos	12,50604930

Idade	Variação % Feminino
84 anos	12,42460824
85 anos	12,31144563
86 anos	12,17235701
87 anos	12,00783095
88 anos	11,78236195
89 anos	11,38277118
90 anos	10,84379669
91 anos	10,23018713
92 anos	9,57867220
93 anos	8,91984990
94 anos	8,27768710
95 anos	7,65843824
96 anos	7,06370962
97 anos	6,49261672
98 anos	6,27045222
99 anos	6,32066135
100 anos	6,58065896
101 anos	6,99708747
102 anos	7,52012947
103 anos	8,10280368
104 anos	8,70251984
105 anos	9,28414493
106 anos	9,81764052
107 anos	10,28365702
108 anos	10,66975473
109 anos	10,97042052
110 anos	11,18675726
111 anos	11,32391079
112 anos	11,38929003
113 anos	11,39234282
114 anos	11,34239933
115 anos	11,24893668

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

6.1 Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15 – Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

I) Cópia Simples

- a) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência no mês do evento do Segurado e do beneficiário;**
- b) Exame(s) de diagnóstico de doença que causou o Óbito se houver;**
- c) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome de quem arcou com as despesas do funeral.**

II) Cópia Autenticada

- a) Certidão de Óbito;**
- b) Certidão de Nascimento e/ou Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito, ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência.**
- c) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito.**

III) Documento Original

- a) Relatório médico devidamente assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados;**
- b) Nota Fiscal discriminando os serviços/valores, onde deve constar o nome do Segurado e contendo o nome do responsável pelo pagamento das despesas;**

ANEXO I

ASSISTÊNCIA FUNERAL

1. OBJETIVO

A Assistência Funeral tem por objetivo propiciar aos beneficiários em caso de falecimento do Segurado Titular, Cônjuge, Filhos até 21 anos ou 24 anos se dependente na regulamentação do Imposto de Renda, todo auxílio e prestação de serviços relativos ao funeral, disponibilizando um representante oficial da Seguradora que tomará todas as providências necessárias para a realização do mesmo.

2. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

A cobertura desta Assistência Funeral abrange a morte do Segurado, em qualquer parte do mundo, sendo que os serviços de sepultamento ou cremação (onde existir este serviço) ficam restritos ao município de domicílio e moradia habitual do segurado no território brasileiro.

3. LIMITE DE DESPESAS

O conjunto dos serviços e itens garantidos estará limitado ao valor máximo de despesas estabelecido na apólice do seguro.

No caso da não utilização dos serviços, será reembolsado, mediante a apresentação de notas fiscais originais, o valor gasto para realização do funeral até o limite máximo estabelecido na cobertura de Funeral

4. SERVIÇOS GARANTIDOS PELA ASSISTÊNCIA FUNERAL

Os serviços a seguir especificados serão prestados exclusivamente mediante o acionamento da Central de Atendimento de Serviços Assistências (**Brasil: 0800 707 5050 – Exterior: 5511 4689 5628**) pelos Familiares e/ou Beneficiários, que solicitará as seguintes informações:

- Nome do Segurado;
- CPF;
- Razão Social do Estipulante; e
- CNPJ.

*** Confirmados todos os dados do segurado e estando o seguro em vigor, serão prestados os serviços previstos neste plano.**

➤ TRANSPORTE OU REPATRIAMENTO DO BENEFICIÁRIO FALECIDO

O serviço de Assistência Funeral tratará das formalidades para repatriamento do corpo, garantindo o pagamento das despesas de transporte até o local de inumação no Brasil, incluindo-se os gastos para o fornecimento de uma funerária para este transporte, observado o limite de despesas previsto na apólice.

Esse serviço está previsto nas seguintes condições:

- Falecimento e sepultamento do Segurado, dentro do município de moradia habitual no Brasil.
- Falecimento fora do município de moradia habitual no Brasil, incluindo-se qualquer lugar do mundo, e sepultamento no município de moradia habitual no Brasil.

- Falecimento fora do município de moradia habitual no Brasil e sepultamento fora do município de moradia habitual no Brasil. Neste caso, a Assistência arcará com os gastos limitado ao valor que seria despendido para o traslado à sua moradia habitual no Brasil.

➤ **ASSISTÊNCIA AO SEPULTAMENTO OU CREMAÇÃO DO BENEFICIÁRIO FALECIDO**

O Serviço de Assistência Funeral garante, a prestação dos serviços de sepultamento ou cremação (onde existir esse serviço) que englobem os seguintes itens:

- Urna;
- Carro para enterro (no município de moradia habitual do Beneficiário);
- Carreto / caixão (no município de moradia habitual do Beneficiário));
- Serviço Assistencial;
- Registro de óbito;
- Taxa de sepultamento ou cremação;
- Remoção do corpo (no município de moradia habitual);
- Paramentos;
- Aparelho de ozona;
- Mesa de condolências;
- Velas;
- Velório;
- Véu;
- Enfeite Floral e Coroas;
- Locação de Jazigo.

NOTA: Caso o segurado não possua jazigo ou sepultura, a Seguradora garantirá a locação de cemitério e jazigo por um período máximo de 03 (três) anos, tempo necessário para exumação. Após este período a locação fica sob responsabilidade dos familiares. Não sendo possível sepultamento por motivos alheios a vontade da Seguradora na cidade indicada pela família, este será feito na cidade mais próxima.

5. COMUNICAÇÃO

Quando ocorrer algum fato objeto de cobertura das prestações dos serviços de Assistência Funeral, o beneficiário ou familiar do Segurado solicitará pelo telefone a Assistência correspondente, informando seu nome, número da apólice ou do Certificado Individual do Segurado, bem como o local onde se encontra o Segurado e o serviço de que necessita.

IMPORTANTE: CONSULTE EM SUA APÓLICE SE ESSE SERVIÇO FAZ PARTE DO SEU CONTRATO DE SEGURO. A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL NÃO CARACTERIZA O DIREITO À COBERTURA DE MORTE COMO UM RISCO COBERTO PELO SEGURO. A INDENIZAÇÃO DA COBERTURA DE MORTE ESTARÁ SUJEITA A ANÁLISE DA DOCUMENTAÇÃO E DEMAIS CIRCUNSTÂNCIAS DA OCORRÊNCIA DO SINISTRO, RESPEITADAS AS DEMAIS CLÁUSULAS DAS CONDIÇÕES GERAIS E DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO.