1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1 Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao Segurado ou aos seus Beneficiários na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas garantias contratadas**, desde que respeitadas as Condições Particulares**.

1.2 **O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.**

1.3 **A aceitação da proposta está sujeita à análise do risco.**

2. DEFINIÇÕES

2.1 **Acidente Pessoal**:

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:
Incluem-se, ainda, nesse conceito:

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

Não se incluem no conceito de acidente pessoal:

- **as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam as 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;**
- **as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- **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: Lesão por Esforço Repetitivo – 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 suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- **as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definido neste item.**

2.2 **Aditivo**:

Condição suplementar incluída no contrato de seguro. O termo aditivo também é empregado no mesmo sentido de endosso.

2.3 **Alteração de Casa:**

Todas as mudanças na residência habitual do Segurado Principal que são necessárias para tornar a residência acessível e habitável para o mesmo.

2.4 **Âmbito de Cobertura**:

Significa abrangência da cobertura em determinado tipo de seguro.

2.5 **Apólice:**

É o documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo segurado, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

2.6 **Assistido:**
É o beneficiário em gozo do recebimento do capital segurado sob a forma de renda.
2.7 **Aviso de Sinistro**:
É a comunicação específica de um Sinistro, que o Estipulante, o Segurado ou Beneficiário são obrigados a fazer à seguradora, com a finalidade de dar conhecimento imediato a esta da ocorrência do Evento Coberto, devendo ser realizada imediatamente após a ocorrência do Sinistro.
2.8 **Beneficiário**:
É a pessoa física ou jurídica designada para receber os valores das indenizações, na hipótese de ocorrência do sinistro.
2.9 **Boa fé**:
Um dos princípios básicos do seguro. Este princípio obriga as partes a atuar com a máxima honestidade na interpretação dos termos do contrato e na determinação do significado dos compromissos assumidos. O Segurado se obriga a descrever com clareza e precisão a natureza do risco que deseja cobrir, assim como ser verdadeiro em todas as declarações posteriores, relativas a possíveis alterações do risco ou a ocorrência de sinistro. A Seguradora, por seu lado, é obrigada a dar informações exatas sobre o contrato e a redigir seu conteúdo de forma clara para que o Segurado possa compreender os compromissos assumidos por ambas as partes. Esse princípio obriga, igualmente, a Seguradora a evitar o uso de fórmulas ou interpretações que limitem sua responsabilidade perante o Segurado.
2.10 **Capital Segurado**:
É o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.
2.11 **Câncer ou Neoplasia Maligna Primário**:
É a doença neoplásica maligna, localizada em seu sítio inicial (primário)
2.12 **Câncer ou Neoplasia Maligna in situ**:
É a doença neoplásica maligna, restrita ao tecido superficial ou de revestimento, não ultrapassando a membrana basal do tecido afetado.
2.13 **Carência (prazo de carência):**
É o período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.
2.14 **Carregamento**:
É a importância destinada a atender as despesas administrativas e de comercialização.
2.15 **Certificado Individual**:
É o documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da redução ou aumento dos valores referentes ao capital segurado ou prêmio.
2.16 **Coberturas de Risco**:
São as coberturas do seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada. Denominadas nestas Condições Contratuais de Garantias.
2.17 **Condições Particulares**:
É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das Condições Contratuais, das condições especiais, da apólice e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.
2.18 **Condições Contratuais**:
É o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade seguradora, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante.
2.19 **Condições Especiais**:
É o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura/garantia que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.
2.20 **Contrato**:
É o instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a sociedade seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da sociedade seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.
2.21 **Consignante**:

É a pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da sociedade seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos segurados.

2.22 **Corretor**:

É a Pessoa Física ou Jurídica autorizada a angariar e promover contratos de seguros. **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**.

2.23 **COVID-19:** A COVID-19 é uma doença causada pela infecção pelo coronavírus SARS-CoV-2 e que apresenta um quadro clínico variando de infecções assintomáticas a quadros graves, nos quais pode haver necessidade de internação hospitalar para seu tratamento. O diagnóstico da COVID-19 é feito pela identificação do vírus em amostras biológicas dos pacientes, através de testes específicos.

2.24 **Declaração Pessoal de Saúde**:

É o questionário, normalmente integrante do cartão-proposta, no qual o proponente do Seguro de Pessoas presta as informações sobre seu estado de saúde e atividades e por elas se responsabiliza, sob as penas previstas no Código Civil.

2.25 **Doença Preexistente**:

É toda doença, inclusive as congênitas, que o Segurado saiba ser portador ou sofredor à época da contratação do seguro.

2.26 **Estipulante**:

É a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante/averbador quando não participar do custeio.

2.27 **Evento Coberto**:

É o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas garantias contempladas nestas Condições Contratuais.

2.28 **Excedente Técnico**:

É o saldo positivo obtido pela sociedade seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período.

2.29 **Franquia**:

É o período de tempo, contado da data de ocorrência do sinistro ou evento coberto até a data do efetivo início de pagamento da indenização, conforme pactuado contratualmente.

2.30 **Garantias**:

São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto.

2.31 **Grupo Segurado**:

É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

2.32 **Grupo Segurável**:

É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

2.33 **Incapacidade Temporária**:

É o afastamento temporário do segurado das atividades relativas à sua profissão ou ocupação por incapacidade decorrente de doença ou acidente pessoal coberto, e comprovada por atestado médico.

2.34 **Indenização**:

Valor que a Seguradora deverá pagar ao Segurado ou a seus Beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

2.35 **IPC-A**:

Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, calculado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. A coleta de preços é feita mensalmente entre os dias 1º e 30 do mês de referência, com divulgação em aproximadamente 8 dias úteis.

2.36 **Início de Vigência**:

É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.

2.37 **Liquidação de Sinistro:**

É o processo para pagamento de indenizações ao Segurado ou Beneficiário.

2.38 **Médico Assistente**:

É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a medicina.

2.39 **Meios Remotos:** Aqueles que permitem a troca e/ou o acesso a informações e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes de comunicação envolvendo o uso de tecnologias, tais como rede mundial de computadores, telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras".

2.40 **Migração de Apólices**:

É a transferência de apólice coletiva, em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

2.41 **Nota Técnica Atuarial**:

Documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

2.42 **Modificação de Veículo:**

Todas as alterações no veículo de uso particular do Segurado Principal que são necessárias para tornar o veículo acessível e que se torne fácil de guiar pelo mesmo.

2.43 **Parâmetros Técnicos**:

A taxa de juros, o índice de atualização de valores e as taxas estatísticas e puras utilizadas e/ou tábuas biométricas, quando for o caso.

2.44 **Período de Cobertura**:

Aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus à indenização prevista neste Seguro.

2.45 **Período Indenitário**:

É aquele durante o qual o segurado fará jus ao recebimento da indenização.

2.46 **Prazo de Tolerância**:

Corresponde ao período máximo, em que ainda há cobertura do seguro, que antecede o cancelamento do seguro em razão da inadimplência (não-pagamento) do Segurado.

2.47 **Prêmio**:

Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

2.48 **Prêmio Comercial**:

Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.

2.49 **Prêmio Puro**:

Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento, os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.

2.50 **Proponente**:

O interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva. Pode se referir tanto ao Estipulante, proponente da proposta de contratação, como ao segurado, proponente da proposta de adesão.

2.51 **Proposta de adesão**:

É o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das Condições Particulares.

2.52 **Proposta de Contratação**:

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

2.53 **Provisão Matemática de Benefícios Concedidos**:

Valor atual dos compromissos da Seguradora para com o Segurado ou Beneficiário(s) durante o período de pagamento das indenizações em forma de renda.

2.54 **Reabilitação do Seguro**:

É o restabelecimento, dentro do prazo de suspensão, das coberturas contratadas.

2.55 **Regime Financeiro de Repartição Simples**:

Estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os segurados ou pelo Estipulante, em um determinado período, deverão ser suficientes para custear o risco de pagamento das indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse período. Dessa forma, tal regime não permite concessão de resgate, saldamento ou devolução de quaisquer prêmios pagos.

2.56 **Regulação de Sinistro:**
É o processo para avaliação sobre a cobertura solicitada pelo Segurado ou Beneficiário.

2.57 **Reintegração do Capital Segurado**:
É a recomposição do capital segurado após a ocorrência de um sinistro.

2.58 **Renda**:
Série de pagamentos periódicos a que tem direito o assistido (ou assistidos), de acordo com a estrutura do plano.

2.59 **Residência Habitual:**
Residência onde o Segurado Principal more de forma habitual. Não são consideradas como residência habitual as casas de veraneio do mesmo.

2.60 **Riscos Excluídos**:
São aqueles riscos, previstos nas Condições Contratuais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano.

2.61 **Segurado**:
Pessoa física que contratou o seguro.

2.62 **Segurado Principal**:
É o Segurado que mantém vínculo com o Estipulante.

2.63 **Segurados Dependentes**:
São o cônjuge, o companheiro (ou a companheira), os filhos, os enteados e os menores, considerados dependentes econômicos do componente do grupo, ou outros membros da família quando incluídos no seguro, conforme definidos nas cláusulas suplementares.

2.64 **Seguradora**:
É a companhia de seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às garantias contratadas, que nos termos destas Condições Contratuais é a Icatu Seguros S.A.

2.65 **Sinistro**:
A ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

2.66 **Veículo Particular:**
Veículo automotor de 4 rodas, com capacidade máxima para 9 passageiros, fabricado para andar em ruas e rodovias públicas.

2.67 **Vigência do Seguro**:
É o período no qual a apólice de seguro está em vigor.

2.68 **Vigência da Cobertura Individual**:
É o período em que o Segurado está coberto pelas garantias deste seguro.

3. GARANTIAS DO SEGURO

3.1 As garantias abrangidas por este seguro estão definidas nas respectivas Condições Especiais e estabelecidas nas Condições Particulares em conformidade com o Estipulante e Segurado.

3.2 As Garantias dos seguros, a seguir descritas, dividem-se em Básica, Especiais e Suplementares. A contratação do seguro deverá abranger pelo menos uma das garantias básicas.

3.2.1 **Garantias Básicas**: podem ser contratadas isoladamente.

a) Morte natural ou acidental;

b) Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA), é a garantia de pagamento da importância segurada, em caso de morte acidental;

c) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), é a garantia do pagamento de uma indenização, proporcional à importância segurada, relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto. É permitida a majoração da garantia de IPA de até 6 (seis) itens da tabela de cálculo da indenização constante nas condições especiais;

d) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Local de Trabalho (IPAT): é a garantia do pagamento de uma indenização, relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, desde que tenha ocorrido no local de trabalho do segurado;
e) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), é a garantia do pagamento de uma importância segurada, em caso de invalidez total e permanente do segurado, causada por acidente pessoal coberto.
f) Auxílio Funeral, é a garantia do pagamento de uma indenização correspondente ao valor da importância segurada, a título de auxílio funeral, em caso de morte.
g) Assistência Funeral, é a garantia do reembolso das despesas efetivamente gastas com o funeral do Segurado, até o valor da importância segurada, em caso de morte.
h) Auxílio Despesas, é a garantia do pagamento de uma indenização correspondente ao valor da importância segurada, a título de auxílio despesa, em caso de morte.
i) Assistência Cesta Básica: é a garantia do pagamento da indenização de um Capital Segurado adicional ao da garantia de Morte, proporcionando ao Beneficiário a possibilidade de custear as despesas básicas de alimentação, em caso de morte. Alternativamente poderá ser efetuada através da prestação de serviços pela rede credenciada.
j) Auxílio Cesta Básica: é a garantia do pagamento da indenização de um Capital Segurado adicional ao da garantia de Morte, proporcionando ao Beneficiário a possibilidade de custear as despesas básicas de alimentação, em caso de morte.
k) Queimadura Grave (QG): é a garantia do pagamento de uma indenização ao Segurado titular, em caso de Queimadura Grave causada por Acidente Pessoal coberto nos termos das condições especiais.
l) Diária por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente Pessoal (DIT): é a Garantia que gerará o pagamento de diárias ao Segurado titular, caso este venha a se afastar temporariamente do exercício de sua ocupação remunerada em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto. O valor da diária a ser indenizada deve ser compatível com a renda do segurado. O Segurado fará jus a esta Garantia se ficar total, contínuo e ininterruptamente, por período temporário, impossibilitado de exercer sua ocupação remunerada em caráter profissional durante o período em que se encontrar em tratamento médico, observados para cada evento o período indenitário, a franquia, a carência e o Módulo contratado ("1" ou "2"), nos termos das condições especiais.
m) Diária por Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal (DIT-A): é a Garantia que gerará o pagamento de diárias ao Segurado titular, caso este venha a se afastar temporariamente do exercício de sua ocupação remunerada em decorrência de acidente coberto. O valor da diária a ser indenizada deve ser compatível com a renda do segurado. O Segurado fará jus a esta Garantia se ficar total, contínuo e ininterruptamente, por período temporário, impossibilitado de exercer sua ocupação remunerada em caráter profissional durante o período em que se encontrar em tratamento médico, observados para cada evento o período indenitário, a franquia e a carência contratada, nos termos das Condições Contratuais.
n) Doença congênita de filhos: é a garantia do pagamento de uma indenização, no caso do filho do segurado nascer com doença congênita, nos termos das condições especiais;
o) Diagnóstico Definitivo de Câncer Primário de Mama e Ginecológico: é a garantia de uma indenização até o valor do Capital contratado, em decorrência de diagnóstico definitivo de câncer primário de mama ou ginecológico, nos termos das condições especiais.
p) Verba Rescisória por Morte: é a garantia do pagamento de uma indenização para o(s) Estipulante(s), no valor do Capital Segurado contratado, em caso de morte do segurado, nos termos das condições especiais.
q) Diagnóstico Definitivo de Doenças Graves (DG): é a garantia do pagamento de uma indenização ao Segurado titular, no valor do Capital Segurado contratado, em decorrência de diagnóstico definitivo de doenças graves, nos termos das condições especiais.
r) Diagnóstico de Câncer: é a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio Segurado até o valor do Capital contratado, em decorrência de diagnóstico de câncer maligno, nos termos das condições especiais.
s) Despesas Médico, Hospitalares e Odontológicas (DMH): é a garantia do reembolso das despesas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos trinta primeiros dias contados da data do acidente, nos termos das condições especiais.
t) Cuidados Prolongados por Acidente (CPA): é a garantia do pagamento de uma indenização ao Segurado Principal, caso o mesmo, em virtude de um acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do seguro, conforme descrito no item 2, ainda que temporariamente, não tenha condições de realizar pelo menos 3 (três) das 6 (seis) atividades básicas

da vida diária, conforme definidas nas condições especiais desta garantia, desde que as consequências do acidente se manifestem em no máximo até seis meses contados a partir da data de sua ocorrência, sem que seja imprescindível o auxílio de um terceiro.

u) Perda Involuntária de Emprego (PIE): Como "perda involuntária de emprego" entende-se o segurado que ficar desempregado involuntariamente e que a demissão não tenha sido por justa causa, e que fique sem receber nenhuma remuneração pela prestação de um trabalho pessoal para outro empregador.

v) Incapacidade Física Total Temporária (IFTT): Considera-se como "incapacidade física total e temporária" aquela, motivada por acidente ou doença, sendo caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta de o segurado exercer qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sobre tratamento médico.

w) Diagnóstico Definitivo De Câncer Primário de Próstata e Testículo: é a garantia de uma indenização até o valor do Capital contratado, em decorrência de diagnóstico definitivo de câncer de Próstata e Testículo, nos termos das condições especiais.

x) Diária por Internação Hospitalar por Acidente – (DIHA): é a garantia do pagamento de um valor fixo diário, conforme definido no Certificado de Segurado, referente a cada dia de internação hospitalar, desde que esta hospitalização seja decorrente de acidente pessoal coberto e tenha iniciado nos trinta primeiros dias contados da data do acidente, nos termos das condições especiais.

y) Fratura Óssea (FO): é a garantia do pagamento de uma indenização ao Segurado titular, relativa à fratura óssea sofrida, em virtude de um acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do seguro, nos termos das Condições Especiais.

z) Auxílio Medicamentos (AM): é a garantia do reembolso das despesas efetuadas pelo Segurado com compra de medicamentos para seu tratamento, sob orientação médica, até o valor do Capital contratado, iniciado nos trinta primeiros dias contados da data do acidente, nos termos das condições especiais.

aa) Alteração de Casa e/ou Modificação de Veículo: é a garantia do reembolso das despesas efetivamente gastas com a alteração da Residência Habitual do Segurado Principal e/ou em seu Veículo Particular, limitado ao valor do capital contratado, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens destas Condições Contratuais e das condições especiais da cobertura.

bb) Diária por Internação Hospitalar por Covid-19 (DIH-COVID 19): Garante ao segurado ou ao beneficiário por ele indicado, o pagamento de uma indenização proporcional ao período de sua internação hospitalar comprovada, desde que seja exclusivamente para o tratamento das complicações decorrentes da COVID-19. Deverão ser respeitados os limites de diárias estabelecido na apólice e/ou no certificado individual e/ou no contrato de seguro, período de vigência da cobertura e demais termos das condições especiais.

cc) Diária de Internação Hospitalar (DIH–AD): pagamento de indenização proporcional ao período da sua internação hospitalar ao próprio segurado, em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto, limitado ao número máximo de diárias estabelecido na apólice e/ou no certificado individual e/ou no contrato de seguro, observados o período de vigência da cobertura e os termos das condições especiais.

dd) Diária de Internação Hospitalar – Adicional de UTI (DIH–ADUTI): pagamento de indenização proporcional ao período da sua internação hospitalar ao próprio segurado, em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto. Para cada dia de internação hospitalar em UTI, a diária segurada será paga em dobro. O pagamento da indenização está limitado ao número máximo de diárias estabelecido na apólice e/ou no certificado individual e/ou no contrato de seguro, observados o período de vigência da cobertura e os termos das condições especiais.

ee) Perda de Renda: pagamento de indenização em caso de comprovada Perda de Renda ocasionada por evento coberto, de acordo a qualificação profissional do segurado, nos termos das Condições Especiais.

ff) Diagnóstico Definitivo de 11 Doenças Graves (DG – 11 doenças): é a garantia do pagamento de uma indenização ao Segurado titular, no valor do Capital Segurado contratado, em decorrência de diagnóstico definitivo de uma das onze doenças graves, nos termos das condições especiais.

gg) Diagnóstico Definitivo de 24 Doenças Graves (DG24): é a garantia do pagamento de uma indenização ao segurado, no valor do capital segurado contratado, em decorrência de diagnóstico definitivo de doenças graves, observados o período de vigência da cobertura e os termos das condições especiais;

hh) Auxílio Natalidade (AN): Garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, a título de auxílio natalidade, em caso de filho(s) nascidos vivos ou em caso de adoção, nos termos das condições especiais.

3.2.2 **Garantias Especiais**:

a) Perda de Existência Independente – PEI, é a garantia do pagamento da importância segurada, em caso de perda da existência independente nos termos das condições especiais.
b) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD): é a antecipação do pagamento da indenização relativa à garantia básica de morte em caso de invalidez funcional permanente total, consequente de doença, nos termos das condições especiais.
c) Auxílio Funeral Adiantamento, é a antecipação do pagamento de um percentual da indenização relativa à garantia de Morte Natural ou Acidental, descrita na alínea a do subitem 3.2.1, limitado ao valor da Importância Segurada, em caso de morte.
d) Transplante de órgãos: é a antecipação do pagamento de um percentual da indenização relativa à garantia básica de Morte, caso o segurado venha a se submeter a um transplante, nos termos das condições especiais.
e) Adiantamento por Doença em Estágio Terminal (ADT): é a antecipação do pagamento de um percentual da indenização relativa à garantia básica de morte, caso seja verificado o estado terminal de doença do segurado, nos termos das condições especiais.
f) Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença (ILPD): é a antecipação do pagamento da indenização relativa à garantia básica de morte em caso de Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença.

3.2.3 **Garantias Suplementares**:

a) Inclusão Automática de Cônjuge – IAC, inclui o cônjuge ou companheiro(a) do Segurado Principal, de forma automática.
b) Inclusão Facultativa de Cônjuge – IFC, inclui o cônjuge ou companheiro(a) do Segurado Principal, de forma facultativa.
c) Inclusão Automática de Filhos – IAF: inclui de forma automática, os filhos e enteados do Segurado Principal com idade até 21 (vinte e um) anos, ou até 24 (vinte e quatro) anos, se universitários ou cursando escola técnica de segundo grau. Também são elegíveis os filhos e enteados de qualquer idade, quando incapacitados física ou mentalmente para o trabalho. Incluem-se ainda os menores considerados dependentes do Segurado Principal de acordo com o regulamento do imposto de renda.
d) Inclusão Facultativa de Filhos – IFF: inclui de forma facultativa, os filhos e enteados do Segurado Principal com idade até 21 (vinte e um) anos, ou até 24 (vinte e quatro) anos, se universitários ou cursando escola técnica de segundo grau. Também são elegíveis os filhos e enteados de qualquer idade, quando incapacitados física ou mentalmente para o trabalho. Incluem-se ainda os menores considerados dependentes do Segurado Principal de acordo com o regulamento do imposto de renda.
e) Inclusão Automática de Agregados – IAA, inclui os pais e sogros, somente os pais ou quaisquer outras pessoas físicas indicadas pelo Segurado Principal, de forma automática.
f) Inclusão Facultativa de Agregados – IFA, inclui os pais e sogros, somente os pais ou quaisquer outras pessoas físicas indicadas pelo Segurado Principal, de forma facultativa.
g) Inclusão Facultativa de Pai – IFP, inclui o pai do Segurado Principal, de forma facultativa.
h) Inclusão Facultativa de Mãe – IFM, inclui a mãe do Segurado Principal, de forma facultativa.

3.2.3.1 Para menores de 14 anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de segurado principal ou dependente.

3.2.3.2 Os capitais segurados do componente dependente, quando for possível sua inclusão no seguro, em quaisquer garantias, não pode ser superior ao componente principal.

3.3 Este seguro não contempla a cobertura, indenização ou reembolso de quaisquer despesas decorrentes de medidas de contenção, salvamento, prevenção ou intervenções emergenciais, promovidas com a finalidade de evitar sinistro iminente ou reduzir seus efeitos, incluindo quaisquer serviços, custos, taxas, honorários e demais providências que não correspondam aos riscos expressamente cobertos pela Apólice. Assim, toda e qualquer medida adotada pelo segurado ou por terceiros será de sua responsabilidade exclusiva, não gerando obrigação de qualquer natureza para seguradora.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 **Estão expressamente excluídos de todas as garantias deste seguro os eventos ocorridos em consequência:**

- **do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- **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 ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, salvo se tratar de prestação de serviço militar ou de ato de humanidade em auxílio de outrem;**
- **de doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado, não declaradas na proposta de adesão;**

- **de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, bem como pelos sócios controladores, dirigentes e administradores.**

4.2 **Exclusão para Atos Terroristas**

Não estão cobertos perdas e danos causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

4.3 **É vedada a exclusão de morte ou a incapacidade do segurado quando provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.**

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

6. CARÊNCIA

6.1 **O prazo de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, sendo estabelecido nas Condições Particulares.**

6.2 **Não haverá prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais cobertos, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data do início de vigência da cobertura individual.**

6.3 **É vedada a fixação de novo prazo de carência, nas hipóteses de renovação e de substituição do contrato, ainda que seja de outra seguradora.**

6.4 **O período de carência constará na proposta de contratação, na proposta de adesão e na apólice e será de no máximo 2 (dois) anos, não podendo exceder metade do período de vigência da cobertura individual.**

6.5 **A Seguradora, a seu critério, poderá substituir ou reduzir o prazo de carência por Declaração Pessoal de Saúde e/ou de Atividades e/ou de exame médico.**

6.6 **O prazo de carência também será aplicado aos aumentos de capital segurado, após o início de vigência do seguro, para o capital segurado aumentado.**

6.7 **Haverá carência para as coberturas adicionais de Diária por Internação Hospitalar e Diária de Internação Hospitalar – Adicional de UTI que estão definidas nas respectivas Condições Especiais.**

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

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

7.2 Poderão ser incluídos no seguro os componentes do grupo segurável, mediante a assinatura e o preenchimento completo da proposta de adesão, na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Contratuais, bem como a entrega dos documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

7.3 Recebida a proposta de adesão pela Seguradora, o seguro estará automaticamente aceito, caso não haja manifestação contrária da Seguradora no prazo de 15 (quinze) dias.

7.4 O pagamento antecipado, parcial ou total, não caracteriza a aceitação do seguro. O proponente terá direito à cobertura provisória do seguro no período entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio, parcial ou total, até a data da formalização da recusa.

7.5 A Seguradora poderá solicitar documentos complementares para análise e aceitação do risco, oportunidade em que o prazo de análise será suspenso e, consequentemente, a cobertura provisória, caso tenha ocorrido o adiantamento parcial ou total do prêmio, os quais voltarão a correr somente a partir da data em que se der a entrega da complementação da documentação.

7.6 Caso haja recusa da proposta, devidamente justificada, a Seguradora deverá enviar comunicação por escrito ao proponente, devidamente fundamentada na legislação e regulamentação aplicáveis.

7.6.1 Caso tenha havido pagamento parcial ou total de prêmio, a Seguradora restituirá o proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos contados da data da formalização da recusa. O valor a ser devolvido corresponderá ao prêmio pago deduzido da parcela "pro rata temporis" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura provisória, devidamente atualizado pela variação do índice pactuado conforme item 11 destas Condições Contratuais entre o último índice publicado antes da data do pagamento do prêmio e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva restituição.

7.7 Para formalizar a aceitação do Seguro, a Seguradora deverá emitir Apólice contendo as particularidades do Seguro e enviar uma via para o Estipulante, bem como fornecer, para cada Segurado incluído no seguro, um Certificado Individual, em até 15 (quinze) dias a contar da data da aceitação da proposta. Cada Segurado receberá também um Certificado Individual em cada uma das renovações subsequentes. Constará no respectivo Certificado Individual: data e hora do início e término de vigência do risco individual, cobertura e respectivo capital segurado e o prêmio correspondente.

7.8 A contratação/alteração do contrato de seguro poderá ser feita mediante proposta de contratação física assinada pelo proponente ou por seu representante legal, ou, ainda, por solicitação de qualquer um destes, pelo corretor de seguros ou por meios remotos nos termos da regulamentação específica".

8. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

8.1 Para as propostas recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da proposta pela Seguradora. Desde que expressamente acordado entre as partes, poderá ser convencionada outra data para o início de vigência do Seguro.

8.1.1 A vigência das coberturas de Diagnóstico Definitivo de Câncer Primário de Mama ou Ginecológico, de Diagnóstico Definitivo de Doenças Graves, Diagnóstico Definitivo De Câncer Primário de Próstata, Testículo e/ou Diagnóstico de Câncer, Diagnóstico Definitivo de 11 Doenças Graves (DG – 11 doenças) e Diagnóstico Definitivo de 24 Doenças Graves (DG – 24 doenças) **será de acordo com o item 8.1 e terminará, impreterivelmente, no 1o dia posterior à data em que o Segurado atingir a idade estabelecida nas Condições Particulares, que será de no mínimo 60 (sessenta) anos e no máximo 79 (setenta e nove) anos;**

8.1.2 A vigência das coberturas de Diária por Internação Hospitalar e Diária por Internação Hospitalar e Diária de Internação Hospitalar – Adicional de UTI respeitará o disposto no item 8.1 destas Condições Contratuais e terminará, impreterivelmente, no 1º (primeiro) dia posterior à data em que o segurado atingir 70 (setenta) anos.

8.2 Para as propostas recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento do prêmio, o início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção da proposta pela Seguradora.

8.3 A vigência do seguro será de 12 (doze) meses, podendo, entretanto, serem determinados períodos diferentes nas Condições Particulares.

8.3.1 A apólice e os aditivos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim previsto nas Condições Particulares.

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

8.4.1 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

8.5 A apólice será renovada automaticamente, uma única vez, por igual período, salvo se a Seguradora ou o Estipulante, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, comunicar, por escrito, o desinteresse pela renovação.

8.6 As demais renovações somente ocorrerão se expressamente acordado pelas partes, por meio de termo aditivo ao Contrato. **Caso a seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar sua decisão aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.**

8.6.1 A renovação poderá ser feita mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante, desde que não acarrete ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos.

8.6.2 Caso haja, na renovação, alteração, inclusive quanto à taxa do seguro, que implique em ônus ou dever para os segurados, bem como redução de seus direitos, esta somente poderá ocorrer mediante anuência prévia e expressa de, pelo menos, ¾ do grupo segurado.

9. CAPITAL SEGURADO

9.1 O Segurado poderá, a qualquer tempo, solicitar à Seguradora o aumento ou a redução do valor do capital segurado, dentro dos limites mínimo e máximo de valores para o capital estabelecidos no Contrato, podendo a Seguradora solicitar documentos para reanálise do risco do Grupo Segurado a fim de permitir ou não a implementação da alteração solicitada.
9.2 Para a determinação do valor do capital segurado, conforme o caso, no momento da liquidação do sinistro, deverá ser considerado como data do evento a data definida nas condições especiais do seguro.

10.RECÁLCULO DO CAPITAL SEGURADO

10.1 Nos Contratos de Seguro onde os capitais segurados forem contratados na forma de múltiplo salarial, estes deverão ser recalculados sempre que houver variação no valor dos salários, o que deverá ser comunicado imediatamente pelo Estipulante à Seguradora, para que esta possa recalcular o Capital Segurado, o respectivo prêmio, bem como readequar a sua provisão técnica.

11.ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

11.1 Os capitais segurados e prêmios correspondentes deverão ser atualizados monetariamente, em cada aniversário da apólice ou certificado, mediante aplicação do IPC-A (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado de 12 (doze) meses, divulgado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). O mês de corte para efeito de contagem do período de reajuste será definido nas Condições Particulares de cada apólice.

11.1.1 O disposto no subitem 11.1 não se aplica para as apólices que prevejam reajuste de capitais segurados e prêmios com base no dissídio da categoria.

11.1.2 Caso ocorra a extinção do índice previsto no subitem 11.1, será utilizado o INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) como índice substituto.

11.1.3 Os capitais segurados, pagáveis por morte ou invalidez, e custeados mediante o pagamento de prêmio único deverão ser atualizados pelo mesmo índice previsto no subitem 11.1 até a data de ocorrência do evento gerador.

11.1.4 Quando a periodicidade de pagamento do prêmio for anual, os capitais segurados deverão ser atualizados pelo mesmo índice previsto no subitem 11.1, desde a data da última atualização do prêmio até a data de ocorrência do evento gerador.

12.PAGAMENTO DO PRÊMIO

12.1 O custeio do seguro pode ser:

- contributário: quando os Segurados Principais pagam total ou parcialmente o prêmio do seguro; ou
- não contributário: quando os Segurados Principais não arcam com o pagamento do prêmio do seguro, sendo este integralmente custeado pelo Estipulante.

12.2 A periodicidade do pagamento dos prêmios poderá ser única, anual, semestral, trimestral, bimestral ou mensal, conforme definido no Contrato.

12.3 Nos seguros custeados através de fracionamento de prêmio, no caso de não pagamento de uma parcela até a data limite prevista para este fim, fica entendido e acordado, que, para efeito de cobertura, deverá ser observado o número de dias correspondentes ao percentual do prêmio efetivamente pago, conforme tabela abaixo:

% DO PRÊMIO ANUAL	PRAZO	% DO PRÊMIO ANUAL	PRAZO	% DO PRÊMIO ANUAL	PRAZO
13	15 dias	56	135 dias	83	255 dias
20	30 dias	60	150 dias	85	270 dias
27	45 dias	66	165 dias	88	285 dias
30	60 dias	70	180 dias	90	300 dias
37	75 dias	73	195 dias	93	315 dias
40	90 dias	75	210 dias	95	330 dias

% DO PRÊMIO ANUAL	PRAZO	% DO PRÊMIO ANUAL	PRAZO	% DO PRÊMIO ANUAL	PRAZO
46	105 dias	78	225 dias	98	345 dias
50	120 dias	80	240 dias	100	365 dias

11.3.1 Para os percentuais não previstos na tabela acima, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

11.3.2 Não será cobrado nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento.

11.3.3 Será garantida ao segurado, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a consequente redução proporcional dos juros pactuados.

11.3.4 A data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice.

11.3.5 A seguradora informará ao segurado ou ao seu representante, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, nos termos do subitem 12.3.

11.3.6 Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência da cobertura referido no subitem 12.3.5, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da apólice.

11.3.7 Findo o novo prazo de vigência da cobertura referido no subitem 12.3.5, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, dar-se-á de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro, desde que haja expressa previsão contratual neste sentido.

12.4 Os prêmios poderão ser pagos pelo Segurado e/ou pelo Estipulante, por meio de débito em conta corrente ou desconto em folha de pagamento, conforme definido nas Condições Particulares. Outra forma de pagamento poderá ser definida mediante acordo entre Seguradora e Estipulante e deverá constar do Contrato.

12.5 Sob sua exclusiva responsabilidade perante os Segurados, a Seguradora poderá delegar ao Estipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este responsável por seu repasse à Seguradora, conforme as condições estabelecidas na apólice. O não repasse à Seguradora de prêmios recolhidos pelo Estipulante não poderá prejudicar o Segurado e/ou os beneficiários no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos.

12.6 É expressamente vedado ao Estipulante o recolhimento, a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao custeio do seguro. Quando houver o recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao Estipulante, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do prêmio discriminado por cobertura contratada. É vedada, ainda, a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação.

12.7 Quando a forma de cobrança do prêmio for o desconto em folha, o empregador não poderá interromper o recolhimento, salvo nos casos de cancelamento da apólice, de perda do vínculo empregatício ou por solicitação por escrito do Segurado. Nesses casos, se o Segurado optar por continuar com a cobertura do seguro, deverá assumir o custeio integral das respectivas coberturas.

12.8 Os prêmios deverão ser pagos até a data estabelecida no Contrato. No entanto, caso esta data corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente, sem que haja suspensão das garantias.

11.8.1 A não observância da data limite para pagamento do prêmio, exceto nos casos previstos no subitem 12.8 e no item 15, ensejará a cobrança de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês “pro rata die” sobre o valor do prêmio.

12.9 Servirão como comprovante de pagamento de prêmios: o recibo de pagamento, o comprovante do débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado, ou ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento. Para as demais formas de pagamento acordadas entre Estipulante e Seguradora, os comprovantes serão aqueles definidos no Contrato.

12.10 As taxas e os prêmios de seguro serão reavaliados anualmente junto ao Estipulante, por ocasião da renovação da apólice, com base em critério técnico definido na Nota Técnica Atuarial deste seguro. Caso haja, na renovação, alteração da taxa do seguro que implique em ônus ou deveres adicionais aos segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos ¾ do grupo segurado para que esta possa ser implementada, sem

prejuízo da faculdade da Seguradora de rescindir o Seguro, mediante comunicação aos segurados e ao estipulante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.

12.11 O valor do prêmio individual do Seguro será alterado automaticamente sempre que o Segurado mudar de faixa etária, conforme determinado na tabela constante no Contrato e disponibilizado ao Segurado quando da sua adesão ao Seguro, sendo certo que tal alteração, por já estar prevista no Contrato do Seguro não implicará em consulta à massa de segurados.

12.12 O reenquadramento para os segurados que atingirem a idade máxima limite da referida tabela será feito anualmente pelo índice calculado especificamente para o grupo e previsto nas Condições Particulares e disponibilizado ao Segurado quando da sua adesão ao Seguro.

12.13 O pagamento do prêmio é devido durante o período de afastamento do segurado, no caso da contratação da cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente Pessoal (DIT e DIT-A).

13.DISTRIBUIÇÃO DOS EXCEDENTES TÉCNICOS

13.1. **OBJETO**: Fica entendido e concordado que a Seguradora poderá conceder à apólice uma participação em seus resultados técnicos, nos termos das condições definidas a seguir.

13.2. **APURAÇÃO DOS EXCEDENTES**: A distribuição dos excedentes técnicos será realizada após o término da vigência da apólice, desde que a mesma seja renovada nesta Seguradora, e depois de pagas todas as faturas de prêmio do período em apuração e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, sendo vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.

13.3. **DISTRIBUIÇÃO QUANTO AO CUSTEIO**: No seguro parcial ou totalmente contributário, o excedente técnico a ser distribuído será, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado aos Segurados, sendo certo que a parte do excedente técnico a ser distribuída entre os Segurados poderá ser convertida em benefícios ao grupo segurado, nos termos definidos no Contrato.

13.4. **RECEITAS**: Consideram-se como receitas mínimas para fins de apuração do resultado técnico:

13.4.1. os prêmios líquidos, de competência correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos;

13.4.2. o estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;

13.4.3. recuperação de sinistro de resseguro, até o limite dos prêmios cedidos; e

13.4.4. estorno da reserva de sinistros ocorridos e não avisados, do período de vigência anterior.

13.5. DESPESAS: Consideram-se como despesas mínimas para fins de apuração do resultado técnico:

13.5.1. as comissões de corretagem, de administração (pró-labore) e de agenciamento pagas durante o período;

13.5.2. o valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época, pagos ou avisados, e ainda não considerados até o fim do período em apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;

13.5.3. os saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados;

13.5.4. prêmios de resseguro cedidos;

13.5.5. as despesas gerais de administração da Seguradora, calculados em uma percentagem dos prêmios recebidos no período de apuração, bem como eventuais despesas extraordinárias com a apólice; e

13.5.6. reserva de sinistros ocorridos e não avisados (IBNR); e

13.5.7. impostos que venham a recair sobre os prêmios e sinistros.

13.6. **ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA:** As receitas, as despesas e o excedente técnico serão atualizados monetariamente pelo IPC-A do IBGE, acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao da apuração, desde:

13.6.1. a data de pagamento para prêmios e comissões;

13.6.2. a data do aviso à Seguradora para os sinistros;

13.6.3. a data de apuração, para os saldos negativos anteriores;

13.6.4. a data de recebimento do prêmio, para as despesas gerais da Seguradora.

13.6.5. o término do período de apuração determinado no contrato até a data da distribuição do excedente técnico

14.OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

14.1 Constituem obrigações do Estipulante:

a) fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;

b) manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
c) fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
d) discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, na forma estabelecida pelo art. 7º da Resolução CNSP nº 107, quando este for de sua responsabilidade;
e) repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
f) repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
g) discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
h) comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
i) dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a Regulação e Liquidação de sinistros;
j) comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
k) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
l) informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do estipulante.
m) Deverão ser estabelecidos, em contrato específico firmado entre a Seguradora e o Estipulante, os deveres de cada parte em relação à contratação do seguro, nos termos desta cláusula.

14.2 É expressamente vedado ao estipulante e ao sub-estipulante, nos seguros contributários:
a) cobrar, dos Segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora;
b) rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado;
c) efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da sociedade seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado; e
d) vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

15.PRAZO DE TOLERÂNCIA

15.1 **No caso de Seguro custeado total ou parcialmente pelo Segurado, o recolhimento do prêmio pelo Estipulante, mediante consignação em folha de pagamento, sem o devido repasse à Seguradora, não prejudicará o segurado em nenhuma hipótese, de acordo com o disposto no item 12.8.**

15.2 **Em havendo faturas não pagas, o recebimento pela Seguradora de qualquer valor referente ao prêmio do Seguro não implicará em novação ou renúncia de direito, permanecendo o segurado em mora desde a data do vencimento da primeira fatura não paga.**

15.3 **Durante o período de tolerância do Seguro, ou seja, em até 90 (noventa) dias a contar da data da notificação, o estipulante deverá providenciar o pagamento dos prêmios vencidos para que não ocorra o cancelamento ou a exclusão do segurado, conforme previsto no subitem 15.4.**

15.3.1 Haverá cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de tolerância, com a consequente cobrança do prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga ao(s) beneficiário(s).

15.4 **Caso o Segurado permaneça inadimplente (não tenha efetuado o pagamento) por período superior a 90 (noventa) dias, a contar da data da comunicação, este será excluído da apólice.**

15.4.1 Se o Estipulante, no caso de seguros não contributários permanecer inadimplente (não efetuar o pagamento) por período superior a 90 (noventa) dias, a contar da data da comunicação, a apólice será cancelada.

15.5 **No caso de fracionamento do prêmio, o disposto neste item somente se aplica aos casos em que a utilização da tabela de prazo curto, descrita no subitem 12.3, não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura.**

16.CANCELAMENTO DO SEGURO

16.1 **O Seguro ficará automaticamente cancelado na hipótese de qualquer fatura referente ao prêmio do seguro não ser paga em até 90 (noventa) dias a contar da comunicação do não pagamento. O seguro não produzirá mais efeitos, direitos ou obrigações, desde a data do cancelamento, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independentemente de interpelação e/ou notificação judicial ou extrajudicial.**

16.2 **A apólice poderá também ser cancelada a qualquer época, por mútuo e expresso consenso entre o Estipulante e a Seguradora, desde que haja anuência prévia e expressa de ¾ (três quartos) do grupo segurado.**

16.3 **No caso de cancelamento do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverão ser observadas as seguintes disposições:**

a) a Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

b) quando adotado o fracionamento do prêmio, na hipótese de cancelamento a pedido do segurado, a sociedade seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto disposta no item 12.3.

16.4 **O Seguro não poderá ser cancelado pela Seguradora sob alegação de alteração da natureza dos riscos.**

16.5 **Na contratação por meios remotos o Segurado poderá desistir do contrato do seguro no prazo de até 7 (sete) dias corridos a contar da data de aceitação da proposta, nos termos da Cláusula 7 destas Condições".**

17.CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

17.1 **Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente, de pleno direito, ao final do prazo de vigência da apólice, salvo se esta for renovada.**

17.2 **Respeitado o período correspondente ao prêmio pago e observado o disposto nos itens 12 e 15, a cobertura do segurado principal cessa, ainda:**

a) com o desaparecimento do vínculo entre o segurado principal e o estipulante, nos planos coletivos; ou

b) quando o segurado solicitar sua exclusão do seguro ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio.

c) quando o Segurado deixar de ter atividade remunerada, no caso de contratação da cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por Doença e/ou Acidente Pessoal (DIT e DIT-A). Esse item é aplicável apenas aos não autônomos.

17.3 **Além das situações mencionadas acima e de outras previstas nas condições especiais, a cobertura de cada segurado dependente cessa:**

a) se for cancelada a respectiva cláusula suplementar;

b) com o cancelamento do seguro do segurado principal;

c) com a morte do segurado principal;

d) no caso de cessação da condição de dependente; ou

e) a pedido do segurado principal, na hipótese de inclusão facultativa do segurado dependente.

18.PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

18.1 **O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.**

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

18.3 **Se a inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes da proposta de adesão não resultar de má-fé do segurado, a Seguradora, conforme disposto nas Condições Particulares, poderá:**

I. Na hipótese de não ocorrência de sinistro:

a) Cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou

b) Mediante acordo entre as partes, permitirá a continuidade do seguro, cobrando a diferença do prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

II. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial da importância segurada:

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 da importância segurada, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

18.4 **O Segurado deverá comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovada a má-fé.**

18.5 **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, e cobrar a diferença de prêmio cabível.**

18.5.1 Contudo, a comunicação de agravamento de risco pelo Segurado não gerará o cancelamento do seguro, restrição de cobertura ou alteração do prêmio, salvo no caso de comprovada má-fe ou se não for tecnicamente possível garantir o novo risco, resolver o contrato, hipótese em que este perderá efeito em 30 (trinta) dias contados do recebimento da notificação de resolução.

18.6 **O cancelamento do Seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.**

18.7 **A provocação dolosa de sinistro determina a perda do direito à indenização ou ao capital segurado, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela seguradora, com exceção da hipótese de provocação dolosa de sinistro pelo beneficiário, em que, se materializada, o capital segurado ou a reserva matemática devida, quando constituída, será pago ao segurado ou a seus herdeiros.**

19.REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

19.1 Em caso de ocorrência de sinistro, o Segurado ou seus Beneficiários, conforme o caso, deverão comunicá-lo à Seguradora e enviar os documentos mínimos para sua análise e regulação ("Documentação Básica"), definidos para cada garantia nas condições especiais do Seguro.

19.1.1 Documentos do Segurado em caso de Morte Natural

a) cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
b) cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
c) cópia atualizada da Certidão de Casamento do sinistrado com averbação do óbito deste;
d) cópia da GFIP e SEFIP correspondente ao mês anterior ao evento - Somente para Empresarial;
e) cópia da FRE (Ficha de Registro de Empregado) - Somente para Empresarial;
f) cópia de Laudos e Exames referentes a patologia que levou o segurado ao óbito;
g) cópia do Prontuário Médico do segurado.

19.1.2 Documentos do Segurado em caso de Morte por Acidente

a) documentos relacionados no tópico anterior;
b) cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
c) cópia da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
d) cópia do Laudo de Necropsia, se houver; e
e) cópia do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
f) Cópia do laudo da perícia técnica emitido pela autoridade policial, quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente.

19.1.3 Documentos dos Beneficiários em caso de Morte do Segurado, independente da causa:

19.1.3.1 documentos dos Beneficiários, em caso de haver designação:

a) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados);
b) cônjuge: cópia da Certidão de Casamento, Carteira de Identidade e CPF;

c) companheira(o): cópia da Carteira de Identidade, CPF e pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento, conforme definição no subitem 19.14 destas Condições Contratuais;
d) filhos menores de 16 anos: cópia da Certidão de Nascimento; e
e) pais, filhos maiores de 16 anos e outros: cópia da Carteira de Identidade e CPF.

19.1.3.2 documentos dos Beneficiários, em caso de não haver designação:

19.1.3.2.1 Solteiro(a) sem filhos e sem companheira(a):

a) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora dos herdeiros legais do sinistrado, conforme definição no item 19.15 das Condições Contratuais;
b) termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pelos herdeiros legais do sinistrado com firma reconhecida em cartório;
c) declaração assinada pelos herdeiros legais do sinistrado informando que este faleceu no Estado Civil de Solteiro(a) sem deixar Filhos; e
d) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados);
e) Cópia do Termo Definitivo ou Provisório de Curatela ou de Tutela (se houver), relacionado ao beneficiário;
f) cópia da carteira de identidade e CPF do Curador ou do Tutor.

19.1.3.2.2 Solteiro(a) com Companheira(o) e sem filhos:

a) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora da(o) companheira(o) do Sinistrado, conforme definição no item 19.15 das Condições Contratuais;
b) pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento, conforme definição no subitem 19.14 destas Condições Contratuais;
c) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora dos Genitores do sinistrado, conforme definido no item 19.15;
d) termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pelos genitores e companheira(o) do sinistrado com firma reconhecida em cartório;
e) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados).

19.1.3.2.3 Solteiro(a) com Companheira(o) e filhos:

a) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora da(o) companheira(o) do Sinistrado, conforme definição no item 19.15 das Condições Contratuais;
b) pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento, conforme definição no subitem 19.14 destas Condições Contratuais;
c) termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pela(o) companheira(o) e filhos do sinistrado com firma reconhecida em cartório;
d) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora dos filhos do Segurado, (em caso de menor impúbere, deverá ser encaminhado Certidão de Nascimento destes e RG, CPF e Comprovante de residência do responsável legal), conforme definição no item 19.15 das Condições Contratuais;
e) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados).

19.1.3.2.4 Casado(a) sem filhos:

a) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora da(o) esposa(o), conforme definição no item 19.15 das Condições Contratuais;

b) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora dos genitores, conforme definido no item 19.15 das Condições Contratuais;

c) termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pela(o) esposa(o) e genitores do sinistrado com firma reconhecida em cartório;

d) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados).

19.1.3.2.5 Casado(a) com filhos:

a) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora da esposa(o), conforme definição no item 19.15 das Condições Contratuais;

b) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora dos filhos, (no caso de filhos menores impúberes deverá ser encaminhado Cópia da Certidão de Nascimento destes e RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora do responsável legal), conforme definido no item 19.15 das Condições Contratuais;

c) termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pela(o) esposa(o) e filhos do sinistrado com firma reconhecida em cartório;

d) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados).

19.1.4 Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente no Local de Trabalho do Segurado – IPAT:

a) formulário de declaração médica de Acidentes Pessoais;

b) cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;

c) exames médicos que estejam relacionados com a lesão/sequela;

d) cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;

e) cópia da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

f) cópia do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;

g) cópia do comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora do sinistrado, conforme definido no item 19.15 das Condições Contratuais;

h) cópia da FRE (Ficha de Registro de Empregado) - Somente para Empresarial;

i) cópia da GFIP e SEFIP correspondente ao mês anterior ao evento - Somente quando Empresarial;

j) cópia do CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho);

k) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados).

19.1.5 Queimadura Grave – QG:

a) formulário de Declaração Médica de Queimadura Grave (acidentes pessoais);

b) cópia completa do prontuário médico, inclusive, do Boletim do primeiro atendimento médico (imediatamente após o acidente);

c) cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;

d) cópia do comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora dos últimos 180 dias;
e) cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
f) cópia da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
g) cópia do CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho), se houver;
h) cópia do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado; e

19.1.6 Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados). **Diária por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente Pessoal – DIT**

19.1.6.1 No caso de eventos decorrentes de doenças:

a) formulário de aviso para Concessão ou Prorrogação de Benefício de Afastamento – Segurado;
b) formulário de aviso para Concessão ou Prorrogação de Benefício de Afastamento – Médico assistente;
c) cópia da carteira de identidade e CPF do Segurado;
d) relatório médico informando diagnóstico, evolução, tratamento e o tempo de afastamento do trabalho;
e) relatório médico detalhado (original);
f) cópia dos laudos e exames realizados em função da patologia;
g) chapa radiológica (se necessário);
h) cópia do Prontuário Médico;
i) comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora;
j) comprovante de rendimento do Segurado tais como: Declaração do contador em formulário DECORE, Declaração de IR ou Contracheque do mês do sinistro;
k) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados); e
l) comunicação de resultado de exame médico.

19.1.6.2 No caso de eventos decorrentes de acidentes:

a) formulário de aviso para Concessão ou Prorrogação de Benefício de Afastamento – Segurado;
b) formulário de aviso para Concessão ou Prorrogação de Benefício de Afastamento – Médico assistente;
c) cópia da carteira de identidade e CPF do Segurado;
d) relatório médico informando diagnóstico, evolução, tratamento e o tempo de afastamento do trabalho;
e) relatório médico detalhado (original);
f) cópia dos laudos e exames realizados em função da patologia;
g) chapa radiológica (se necessário);
h) cópia do Prontuário Médico;
i) comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora;
j) comprovante de rendimento do Segurado tais como: Declaração do contador em formulário DECORE, Declaração de IR ou Contracheque no mês do sinistro;
k) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados);
l) comunicação de resultado de exame médico;
m) boletim do primeiro atendimento hospitalar (imediatamente após o acidente); e
n) boletim de Ocorrência Policial (em caso de acidente que exija tal documento).

19.1.7 Diária por Incapacidade Temporária por Acidente – DIT-A

a) formulário de aviso para Concessão ou Prorrogação de Benefício de Afastamento – Segurado;
b) formulário de aviso para Concessão ou Prorrogação de Benefício de Afastamento – Médico assistente;
c) cópia da carteira de identidade e CPF do Segurado;
d) relatório médico informando diagnóstico, evolução, tratamento e o tempo de afastamento do trabalho;
e) relatório médico detalhado (original);
f) cópia dos laudos e exames realizados em função da patologia;
g) chapa radiológica (se necessário);
h) cópia do Prontuário Médico;
i) comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora;
j) comprovante de rendimento do Segurado tais como: Declaração do contador em formulário DECORE, Declaração de IR ou Contracheque no mês do sinistro;
k) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados);
l) comunicação de resultado de exame médico;
m) boletim do primeiro atendimento hospitalar (imediatamente após o acidente); e
n) boletim de Ocorrência Policial (em caso de acidente que exija tal documento).

19.1.8 Perda de Existência Independente – PEI

a) diagnóstico comprovado mediante apresentação de documentação completa e detalhada do médico especialista e hospitalar, em caso de internação;
b) declaração médica por doença devidamente preenchida e assinada pelo médico assistente;
c) cópia do prontuário médico-hospitalar;
d) cópia dos exames médicos;
e) cópia do comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora do segurado, conforme definido no item 19.15 das Condições Contratuais;
f) cópia do RG e CPF do segurado;
g) termo de Curatela, se houver;
h) no caso de existência de termo de curatela, cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora do curador disposto no termo, conforme definição no item 19.15 das Condições Contratuais; e
i) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados).

19.1.9 Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - IFPD

a) declaração médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (data do sinistro). Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido no item Dos Riscos Cobertos, constantes nas Condições Especiais;
b) cópia do comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora do segurado, conforme definição no item 19.15 das Condições Contratuais;
c) cópia do RG e CPF do segurado;
d) relatório do médico-assistente do Segurado:

- indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e

▪ detalhando o Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autonômicas do Segurado.

e) documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;

f) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados).

19.1.10 Auxílio Funeral – Adicional ou Adiantamento

19.1.10.1 Documentos do segurado

a) cópia da Certidão de Óbito do Segurado;

b) cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado.

19.1.10.2 Documentos dos Beneficiários, em caso de haver designação:

a) cópia de comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora em nome de todos os beneficiários designados na proposta de adesão, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Contratuais;

b) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados);

c) cônjuge: cópia da Certidão de Casamento, Carteira de Identidade e CPF;

d) companheira: cópia da Carteira de Identidade, CPF e pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento, conforme definição no subitem 19.14 das Condições Contratuais;

e) filhos menores de 16 anos: cópia da Certidão de Nascimento; e

f) pais, filhos maiores de 16 anos e outros: cópia da Carteira de Identidade e CPF.

19.1.10.3 Documentos dos Beneficiários, em caso de não haver designação:

19.1.10.3.1 Solteiro(a) sem filhos e sem companheira(a):

a) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora dos herdeiros legais do sinistrado, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Contratuais;

b) termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pelos herdeiros legais do sinistrado com firma reconhecida em cartório;

c) declaração assinada pelos herdeiros legais do sinistrado informando que este faleceu no Estado Civil de Solteiro sem deixar Filhos; e

d) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados);

e) Cópia do Termo Definitivo ou Provisório de Curatela ou de Tutela (se houver), relacionado ao beneficiário;

f) Cópia da carteira de identidade e CPF do Curador ou do Tutor.

19.1.10.3.2 Solteiro(a) com Companheira(o) e sem filhos:

a) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora da(o) companheira(o) do Sinistrado, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Contratuais;

b) pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento, conforme definição no subitem 19.14 das Condições Contratuais;

c) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora dos Genitores do sinistrado, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Contratuais;

d) termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pelos genitores e companheira do sinistrado com firma reconhecida em cartório;
e) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados).

19.1.10.3.3 Solteiro(a) com Companheira(o) e filhos:

a) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora da(o) companheira(o) do Sinistrado, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Contratuais;
b) pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento, conforme definição no subitem 19.14 das Condições Contratuais;
c) termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pela(o) companheira(o) e filhos do sinistrado com firma reconhecida em cartório;
d) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora dos filhos do Segurado, (em caso de menor impúbere, deverá ser encaminhado Certidão de Nascimento destes e RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora do responsável legal), conforme definição no subitem 19.15 das Condições Contratuais;
e) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados).

19.1.10.3.4 Casado(a) e sem filhos:

a) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora da(o) esposa(o), conforme definição no subitem 19.15 das Condições Contratuais;
b) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora dos genitores, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Contratuais;
c) termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pela(o) esposa(o) e genitores do sinistrado com firma reconhecida em cartório;
d) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados).

19.1.10.3.5 Casado(a) com filhos:

a) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora da(o) esposa(o), conforme definição no subitem 19.15 das Condições Contratuais;
b) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora dos filhos, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Contratuais (no caso de filhos menores impúberes deverá ser encaminhado Cópia da Certidão de Nascimento destes e RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora do responsável legal);
c) termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pela esposa e filhos do sinistrado com firma reconhecida em cartório;
d) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados).

19.1.10.4 Além dos documentos descritos acima, os seguintes documentos:

a) cópia da GFIP e SEFIP correspondente ao mês anterior ao evento – Somente para Empresarial;

b) cópia da FRE (Ficha de Registro de Empregado) – Somente para Empresarial.

19.1.11 Assistência Funeral

19.1.11.1 Documentos do segurado:

a) cópia da Certidão de Óbito do Segurado;

b) cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;

19.1.11.2 além dos documentos descritos acima, os seguintes documentos:

a) notas fiscais originais discriminadas comprovando os gastos em função das despesas ocorridas com o funeral do Segurado, respeitado o disposto no item 2.1. das Condições Especiais;

b) cópia da GFIP e SEFIP correspondente ao mês anterior ao evento – Somente para Empresarial;

c) cópia da FRE (Ficha de Registro de Empregado) – Somente para Empresarial

19.1.11.3 Documentos do agregado para a cobertura suplementar de inclusão de agregados:

a) cópia da Certidão de Óbito do sinistrado

b) cópia do RG e CPF do sinistrado

c) cópia do comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora do sinistrado, conforme item 19.15 das Condições Contratuais.

d) caso o agregado seja sogro(a): no caso de esposa, cópia e atualizada da Certidão de Casamento do segurado titular. No caso de companheira, deverão ser apresentados pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento, conforme definição no subitem 19.14 destas Condições Contratuais. Deve ser apresentado também o comprovante de filiação do cônjuge/companheiro, ou seja, cópia do RG.

e) caso o agregado seja pai e/ou mãe, deve ser apresentado o comprovante de filiação, ou seja, a cópia do RG.

19.1.11.4 Documentos do Beneficiário, nos termos do item 7 das respectivas Condições Especiais:

a) cópia do RG e CPF da pessoa que arcou com as despesas;

b) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados);

c) cópia do comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora da pessoa que arcou com as despesas, conforme item 19.15 destas Condições Contratuais.

19.1.11.5 Documentos do segurado principal para a cobertura suplementar de inclusão de agregados:

a) cópia da GFIP e SEFIP do mês do evento; - Somente para Empresarial

b) cópia da FRE - Somente para Empresarial

19.1.12 Auxílio Despesa

19.1.12.1 Documentos segurados:

a) cópia da Certidão de Óbito do Segurado; e

b) cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado

19.1.12.2 documentos dos Beneficiários, em caso de haver designação

a) cópia de comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora em nome de todos os beneficiários designados na proposta de adesão, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Contratuais;

b) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados);

c) cônjuge: cópia da Certidão de Casamento, Carteira de Identidade e CPF;

d) companheira(o): cópia da Carteira de Identidade, CPF e pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento, conforme definição no subitem 19.14 das Condições Contratuais;

e) filhos menores de 16 anos: cópia da Certidão de Nascimento; e

f) pais, filhos maiores de 16 anos e outros: cópia da Carteira de Identidade e CPF.

19.1.12.3 documentos dos Beneficiários, em caso de não haver designação:

19.1.12.3.1 Solteiro(a) sem filhos e sem companheira(o):

a) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora dos herdeiros legais do sinistrado, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Contratuais;

b) termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pelos herdeiros legais do sinistrado com firma reconhecida em cartório;

c) declaração assinada pelos herdeiros legais do sinistrado informando que este faleceu no Estado Civil de Solteiro sem deixar Filhos; e

d) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados);

e) Cópia do Termo Definitivo ou Provisório de Curatela ou de Tutela (se houver), relacionado ao beneficiário;

f) cópia da carteira de identidade e CPF do Curador ou do Tutor.

19.1.12.3.2 Solteiro(a) com Companheira(o) e sem filhos:

a) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora da(o) companheira(o) do Sinistrado, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Contratuais;

b) pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento, conforme definição no subitem 19.14 das Condições Contratuais;

c) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora dos Genitores do sinistrado, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Contratuais;

d) termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pelos genitores e companheira(o) do sinistrado com firma reconhecida em cartório;

e) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados).

19.1.12.3.3 Solteiro(a) com Companheira(o) e filhos:

a) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora da(o) companheira(o) do Sinistrado, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Contratuais;

b) pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento, conforme definição no subitem 19.14 das Condições Contratuais;

c) termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pela(o) companheira(o) e filhos do sinistrado com firma reconhecida em cartório;

d) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora dos filhos do Segurado, (em caso de menor impúbere, deverá ser encaminhado Certidão de Nascimento destes e RG, CPF e Comprovante de residência do responsável legal), conforme definição no item 19.15 das Condições Contratuais;

e) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados).

19.1.12.3.4 Casado(a) sem filhos:

a) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora da(o) esposa(o), conforme definição no subitem 19.15 das Condições Contratuais;

b) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora dos genitores, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Contratuais;
c) termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pela(o) esposa(o) e genitores do sinistrado com firma reconhecida em cartório;
d) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados).

19.1.12.3.5 Casado(a) com filhos:

a) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora da(o) esposa(o), conforme definição no subitem 19.15 das Condições Contratuais;
b) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora dos filhos, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Contratuais (no caso de filhos menores impúberes deverá ser encaminhado Cópia da Certidão de Nascimento destes e RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora do responsável legal);
c) termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pela esposa e filhos do sinistrado com firma reconhecida em cartório;
d) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados).

19.1.12.4 além dos documentos descritos acima, os seguintes documentos:

a) cópia da GFIP e SEFIP correspondente ao mês anterior ao evento – Somente para Empresarial;
b) cópia da FRE (Ficha de Registro de Empregado) – Somente para Empresarial.

19.1.13 Inclusão Cônjuge – Automática ou Facultativa:

19.1.13.1 documentos do cônjuge em caso de morte natural:

a) cópia de Laudos e Exames referentes a patologia que levou o segurado ao óbito;
b) cópia do Prontuário Médico do segurado;
c) cópia da Certidão de Óbito do sinistrado;
d) cópia do RG e CPF do sinistrado;
e) cópia e atualizada da Certidão de Casamento do sinistrado com averbação do óbito deste. No caso de companheira, deverão ser apresentados pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento, conforme definição no subitem 19.14 destas Condições Contratuais;
f) cópia do comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora do sinistrado, conforme item 19.15 das Condições Contratuais.

19.1.13.2 documentos do cônjuge em caso de morte acidental:

a) documentos relacionados no tópico anterior;
b) cópia da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
c) cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
d) cópia do Laudo de Necropsia, se houver; e
e) cópia do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado ;
f) Cópia do laudo da perícia técnica emitido pela autoridade policial, quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente.

19.1.13.3 documentos do cônjuge em caso de invalidez:

a) formulário de declaração médica de Acidentes Pessoais;
b) exames médicos que estejam relacionados com a lesão/sequela;
c) cópia da Carteira de Identidade e CPF do Sinistrado;
d) cópia e atualizada da Certidão de Casamento do Sinistrado, devidamente averbada com o óbito, se estado civil casado(a);

e) cópia do Prontuário Médico do sinistrado;
f) cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
g) cópia da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo sinistrado;
h) cópia do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
i) pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento conforme definição no subitem 19.14., se companheiro(a);
j) documentos que comprovem a residência do Beneficiário, conforme definição do subitem 19.15.;
k) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados).

19.1.13.4 documentos do segurado principal:

a) cópia da GFIP e SEFIP do mês do evento; - se for empregado;
b) cópia da FRE – se for empregado;
c) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora do segurado, conforme item 19.15 das Condições Contratuais;
d) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados);

19.1.14 Inclusão Filhos:

19.1.14.1 documentos do Filho em caso de morte natural:

a) cópia de Laudos e Exames referentes a patologia que levou o segurado ao óbito;
b) cópia do Prontuário Médico do segurado;
c) cópia da Certidão de Óbito do sinistrado;
d) cópia do RG e CPF do sinistrado;
e) cópia do comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora do sinistrado, conforme item 19.15 das Condições Contratuais;
f) notas fiscais originais das despesas funerárias no caso de sinistro de filhos menores de 14 anos.

19.1.14.2 documentos do Filho em caso de morte acidental:

a) documentos relacionados no tópico anterior;
b) cópia da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
c) cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
d) cópia do Laudo de Necropsia, se houver; e
e) cópia do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

19.1.14.3 documentos do segurado principal:

a) cópia da GFIP e SEFIP correspondente ao mês anterior ao mês do evento; - Somente para Empresarial;
b) cópia da FRE - Somente para Empresarial;
c) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora do segurado, conforme item 19.15 das Condições Contratuais;
d) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados);

19.1.15 Inclusão de Pai - Facultativa:

19.1.15.1 documentos do Pai em caso de morte natural:

a) cópia de Laudos e Exames referentes a patologia que levou o segurado ao óbito;
b) cópia do Prontuário Médico do segurado;
c) cópia da Certidão de Óbito do sinistrado;
d) cópia do RG e CPF do sinistrado;
e) cópia do comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora do sinistrado, conforme item 19.15 das Condições Contratuais;

19.1.15.2 documentos do Pai em caso de morte acidental:

a) documentos relacionados no tópico anterior;
b) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
c) cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
d) cópia do Laudo de Necropsia, se houver; e
e) cópia do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

19.1.15.3 Documentos do segurado principal:

a) cópia da GFIP e SEFIP correspondente ao mês anterior ao mês do evento; - Somente para Empresarial;
b) cópia da FRE - Somente para Empresarial;
c) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora do segurado, conforme item 19.15 das Condições Contratuais;
d) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados);

19.1.16 Inclusão de Mãe – Facultativa

19.1.16.1 documentos da Mãe em caso de morte natural:

a) cópia de Laudos e Exames referentes a patologia que levou o segurado ao óbito;
b) cópia do Prontuário Médico da segurada;
c) cópia da Certidão de Óbito da sinistrada;
d) cópia do RG e CPF da sinistrada;
e) cópia do comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora da sinistrada, conforme item 19.15 das Condições Contratuais;
g) cópia do RG do Segurado principal, comprovando a filiação.

19.1.16.2 documentos da Mãe em caso de morte acidental:

a) documentos relacionados no tópico anterior;
b) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pela Segurada;
c) cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
d) cópia do Laudo de Necropsia, se houver; e
e) cópia do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

19.1.16.3 Documentos do segurado principal:

a) cópia da GFIP e SEFIP correspondente ao mês anterior ao mês do evento; - Somente para Empresarial;
b) cópia da FRE - Somente para Empresarial;
c) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora do segurado, conforme item 19.15 das Condições Contratuais;
d) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados);

19.1.17 Doença congênita de filhos

a) declaração médica de um médico especialista atestando a doença como congênita;
b) cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
c) exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico da doença;
d) cópia da Certidão de Nascimento do filho;
e) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados);
f) cópia do comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora do segurado, conforme definição no item 19.15. das Condições Contratuais

19.1.18 Transplante de órgãos

a) laudo Médico, emitido por dois médicos habilitados especialistas na patologia em questão, confirmando o transplante como único recurso capaz de recuperar o órgão afetado;
b) cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
c) exames complementares realizados, comprovando a realização do transplante ou relatório da cirurgia utilizada;
d) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados);
e) cópia do comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora do segurado, conforme definição no item 19.15. das Condições Contratuais.

19.1.19 Adiantamento por doença terminal

a) declaração Médica atestando a doença como terminal conforme item 2.1. das condições especiais, emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada;
b) cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
c) exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico da doença;
d) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados);
e) cópia do comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora do segurado, conforme definição no item 19.15. das Condições Contratuais.

19.1.20 Assistência Cesta Básica e Auxílio Cesta Básica

19.1.20.1 documentos do Segurado:

a) cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
b) cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado.

19.1.20.2 documentos dos Beneficiários, em caso de haver designação:

a) cópia de comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora em nome de todos os beneficiários designados na proposta de adesão, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Contratuais;
b) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados);
c) cônjuge: cópia da Certidão de Casamento, Carteira de Identidade e CPF;

d) companheira(o): cópia da Carteira de Identidade, CPF e pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento, conforme definição no subitem 19.14 das Condições Contratuais;
e) filhos menores de 16 anos: cópia da Certidão de Nascimento;
f) pais, filhos maiores de 16 anos e outros: cópia da Carteira de Identidade e CPF;

19.1.20.3 documentos dos Beneficiários, em caso de não haver designação:

19.1.20.3.1 Solteiro(a) sem filhos e sem companheira(o):

a) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora dos herdeiros legais do sinistrado, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Contratuais;
b) termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pelos herdeiros legais do sinistrado com firma reconhecida em cartório;
c) declaração assinada pelos herdeiros legais do sinistrado informando que este faleceu no Estado Civil de Solteiro sem deixar Filhos; e
d) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados);
e) Cópia do Termo Definitivo ou Provisório de Curatela ou de Tutela (se houver), relacionado ao beneficiário;
f) cópia da carteira de identidade e CPF do Curador ou do Tutor.

19.1.20.3.2 Solteiro(o) com Companheira(o) e sem filhos:

a) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora da companheira(o) do Sinistrado, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Contratuais;
b) pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento, conforme definição no subitem 19.14 das Condições Contratuais;
c) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora dos Genitores do sinistrado, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Contratuais;
d) termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pelos genitores e companheira(o) do sinistrado com firma reconhecida em cartório;
e) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados).

19.1.20.3.3 Solteiro(a) com Companheira(o) e filhos:

a) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora da companheira(o) do Sinistrado, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Contratuais;
b) pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento, conforme definição no subitem 19.14 das Condições Contratuais;
c) termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pela companheira(o) e filhos do sinistrado com firma reconhecida em cartório;
d) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora dos filhos do Segurado, (em caso de menor impúbere, deverá ser encaminhado Certidão de Nascimento destes e RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora do responsável legal), conforme definição no item 19.15 das Condições Contratuais;
e) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados).

19.1.20.3.4 Casado(a) sem filhos:

a) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora da(o) esposa(o), conforme definição no subitem 19.15 das Condições Contratuais;

b) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora dos genitores, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Contratuais;

c) termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pela(o) esposa(o) e genitores do sinistrado com firma reconhecida em cartório;

d) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados).

19.1.20.3.5 Casado(a) com filhos:

a) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora da(o) esposa(o), conforme definição no subitem 19.15 das Condições Contratuais;

b) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora dos filhos, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Contratuais (no caso de filhos menores impúberes deverão ser encaminhado;

c) Cópia da Certidão de Nascimento destes e RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora do responsável legal);

d) termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pela(o) esposa(o) e filhos do sinistrado com firma reconhecida em cartório;

e) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados).

19.1.20.4 além dos documentos descritos acima, os seguintes documentos:

a) cópia da GFIP e SEFIP correspondente ao mês anterior ao evento – Somente para Empresarial;

b) cópia da FRE (Ficha de Registro de Empregado) – Somente para Empresarial.

19.1.21 Invalidez Permanente Total por Acidente

a) formulário de declaração médica de Acidentes Pessoais;

b) cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;

c) exames médicos que estejam relacionados com a lesão/sequela;

d) cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;

e) cópia da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

f) cópia do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;

g) cópia do comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora do sinistrado, conforme definição no item 19.15 das Condições Contratuais;

h) cópia da FRE (Ficha de Registro de Empregado) - Somente para Empresarial;

i) cópia da GFIP e SEFIP correspondente ao mês anterior ao evento - Somente quando Empresarial;

j) cópia do CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho);

k) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados).

19.1.22 Diagnóstico Definitivo de Câncer Primário de Mama ou Ginecológico

a) formulário de Declaração Médica de Diagnóstico de Câncer Primário de Mama ou Ginecológico, devidamente preenchido e assinado pelo médico assistente;

b) cópia dos exames realizados e laudo anatomopatológico;
c) laudo emitido por médico especialista em ginecologia e/ou mastologia, diagnosticando a neoplasia maligna e com expressa indicação de tratamento complementar específico, previsto na literatura médica vigente;
d) Cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora da segurada;
e) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados).

19.1.23 Verba Rescisória por Morte

19.1.23.1 Documentos do Segurado em Caso de Morte Natural:
a) cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
b) cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
c) cópia e atualizada da Certidão de Casamento do sinistrado com averbação do óbito deste;
d) cópia do comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora do sinistrado, conforme definido no item 19.15 das Condições Contratuais;
e) cópia da GFIP e SEFIP correspondente ao mês anterior ao evento;
f) cópia da FRE (Ficha de Registro de Empregado);
g) cópia de Laudos e Exames referentes a patologia que levou o segurado ao óbito;
h) cópia do Prontuário Médico do segurado;
i) Cópia do Termo de Rescisão de Trabalho.

19.1.23.2 Documentos do Segurado em Caso de Morte Acidental
a) documentos relacionados no tópico anterior;
b) cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
c) cópia da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
d) cópia do Laudo de Necropsia, se houver; e
e) cópia do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado

19.1.24 Diagnóstico Definitivo de Doenças Graves

19.1.24.1 formulário de Declaração Médica de Doenças Graves, devidamente preenchido e assinado pelo médico assistente;

19.1.24.2 laudo emitido por médico habilitado e especialista na patologia, acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes do Segurado, que constatem qualquer das doenças graves cobertas, de forma a diagnosticar:

a) **Câncer**: diagnóstico de tumor maligno com expressa prescrição médica formal da necessidade da realização de cirurgia e/ou quimioterapia e/ou radioterapia comprovada por meio de exames citológicos e histológicos apropriados;
b) **Infarto agudo do miocárdio**: a ocorrência, concomitante, de:
- História de dores torácicas típicas;
- Alterações recentes e características de Infarto no eletrocardiograma – ECG (Depressão de onda, ondas T, Q);
- Elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica (incluindo CK-MB).

c) **Acidente Vascular Cerebral**: diagnósticos de acidente vascular cerebral, isquêmico ou hemorrágico, com destruição do tecido cerebral, causada por trombose, hemorragia ou embolia de origem extracraniana, bem como indicando a sequela dele decorrente, acompanhado de exame de imagem apropriado (tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética);
d) **Insuficiência Renal Terminal**: diagnóstico da falência da função renal de caráter permanente e irreversível.
e) **Transplante de órgãos**: diagnóstico e a recomendação feitos pelo menos por dois médicos habilitados na especialidade da patologia em questão.

19.1.24.3 cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora do Segurado, conforme definição no item 19.15 das Condições Contratuais;

19.1.24.4 Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados).

19.1.25 Diagnóstico de Câncer:

a) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora do Segurado, conforme definição no item 19.15 das Condições Contratuais;

b) formulário de Declaração Médica de Câncer, preenchido detalhadamente em todos os campos, inclusive o nome do segurado/sinistrado/participante e data do evento pelo médico assistente, que presta atendimento ao segurado, com assinatura e firma reconhecida em cartório do mesmo, constando esclarecimentos detalhados sobre a patologia e o diagnóstico;

c) laudo emitido por médico habilitado e especialista na patologia, acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes do Segurado, que constate a neoplasia maligna; e

d) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados).

19.1.26 Despesas Médico-Hospitalares – DMH

a) boletim de Primeiro atendimento médico Hospitalar;

b) pelo menos um comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora do sinistrado, conforme definição do subitem 19.15 das Condições Contratuais;

c) Notas fiscais ou recibo eletrônico das despesas médicas (Pessoas Físicas). Os recibos devem ser emitidos conforme a Instrução Normativa da Receita Federal;

d) Relatório do médico assistente referente às despesas médicas;

e) cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;

f) cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;

g) cópia da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

h) cópia do CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho), se houver;

i) cópia do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;

j) cópia do Contracheque do Segurado no mês do Evento, para os casos em que o capital segurado for múltiplo salarial ou a cobrança dos prêmios for desconto em folha, neste último caso para fins de verificação do último prêmio quitado; e

k) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados).

19.1.27 Cuidados Prolongados por Acidente - CPA:

a) formulário de declaração médica de Cuidados Prolongados por Acidente;

b) diagnóstico comprovado mediante apresentação de documentação completa e detalhada do médico especialista e hospitalar;

c) cópia dos exames médicos que estejam relacionados com a lesão/sequela;

d) cópia do prontuário médico-hospitalar;

e) cópia documento que comprova a alta médica e definitiva;

f) cópia de: boletim de ocorrência se houver; e laudo de exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;

g) cópia de: carteira de Identidade e CPF do Segurado; carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado; e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora;

h) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando

certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados).

19.1.28 Documentos do Segurado em caso de Perda Involuntária de Emprego ou Perda de Renda por perda involuntária de emprego:

a) cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;

b) cópia das seguintes páginas da Carteira de Trabalho: identificação visual (foto); qualificação civil (verso da foto); contrato de trabalho, admissão e demissão; anterior a da admissão; posterior a da demissão; e que comprove o recebimento do Seguro Desemprego. Para o recebimento da primeira indenização, a autenticação da cópia da carteira de trabalho deverá ter data superior a 31 (trinta e um) dias da data do desligamento para verificação do cumprimento da franquia.

c) Cópia do termo de rescisão de contrato de trabalho homologado no Tribunal Regional do Trabalho (TRT) ou Sindicato;

d) pelo menos um comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora do segurado;

e) cópia da GFIP e SEFIP correspondente ao mês anterior ao evento - Somente para Empresarial;

f) cópia da FRE (Ficha de Registro de Empregado) - Somente para Empresarial;

g) cópia do Contracheque do Segurado no mês do Evento, para os casos em que o capital segurado for múltiplo salarial ou a cobrança dos prêmios for desconto em folha, neste último caso para fins de verificação do último prêmio quitado:

h) formulário Autorização de Pagamento de Indenização por meio de crédito, exclusivamente, em Conta Corrente ou Ordem de Pagamento, devidamente preenchido e assinado pelo segurado.

19.1.29 Documentos do segurado em caso de Incapacidade Física Total Temporária por Doença ou Perda de Renda por incapacidade física total temporária por doença:

a) Cópia do RG, CPF ou CNH e Comprovante de Residência do segurado ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora;
b) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial ou Boletim de Registro de Acidente de Trânsito (BRAT) em caso de acidente de trânsito;
c) Cópia do boletim de atendimento médico referente ao primeiro atendimento hospitalar, imediatamente após o evento;
d) Relatório médico informando diagnóstico, evolução, tratamento e o tempo de afastamento do trabalho;
e) Exames, incluindo imagens, acompanhados dos respectivos laudos médicos, que estejam relacionados ao que originou o afastamento;
f) Comprovante de rendimento do segurado, podendo ser: Declaração do contador em formulário DECORE, Declaração completa de Imposto de Renda com protocolo de transmissão, ou contracheque referente ao mês do evento;
g) Formulário de Autorização de Pagamento, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à constante no documento de identificação apresentado. No caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio de plataforma que utilize o padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou certificado digital em conformidade com as normas estabelecidas pelo padrão ICP-Brasil.

19.1.30 Documentos do segurado em caso de Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Perda de Renda por incapacidade física total temporária por acidente:

a) Cópia do RG, CPF ou CNH e Comprovante de Residência do segurado ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora;
b) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial ou Boletim de Registro de Acidente de Trânsito (BRAT) em caso de acidente de trânsito;
c) Cópia do boletim de atendimento médico referente ao primeiro atendimento hospitalar, imediatamente após o evento;
d) Relatório médico informando diagnóstico, evolução, tratamento e o tempo de afastamento do trabalho;
e) Exames, incluindo imagens, acompanhados dos respectivos laudos médicos, que estejam relacionados ao que originou o afastamento;
f) Comprovante de rendimento do segurado, podendo ser: Declaração do contador em formulário DECORE, Declaração completa de Imposto de Renda com protocolo de transmissão, ou contracheque referente ao mês do evento;
g) Formulário de Autorização de Pagamento, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à constante no documento de identificação apresentado. No caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio de plataforma que utilize o padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou certificado digital em conformidade com as normas estabelecidas pelo padrão ICP-Brasil.

19.1.31 Diagnóstico Definitivo de Câncer Primário de Próstata ou Testículo

a) formulário Declaração Médica Diagnóstico de Câncer de Próstata e Testículos, devidamente preenchido, assinado e com reconhecimento da firma do médico assistente;

b) cópia de prontuário médico (hospitalares e/ou consultório) e/ou ficha de atendimento médico do segurado, relacionados com a patologia;
c) cópia dos exames realizados e laudo anatomopatológico;
d) laudo emitido por médico especialista, diagnosticando a neoplasia maligna e com expressa indicação de tratamento complementar específico, previsto na literatura médica vigente;
e) cópia simples do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora, expedido nos últimos 180 dias, a contar da apresentação da documentação, do segurado;
f) formulário Autorização de Pagamento de Indenização por meio de crédito, exclusivamente, em conta corrente ou ordem de pagamento, devidamente preenchido e assinado pelo segurado.

19.1.32 Diária por Internação Hospitalar por Acidente - DIHA

a) formulário aviso para concessão de diária por internação hospitalar por acidente;
b) Documentação comprobatória da internação fornecida pelo Hospital, na qual deverá constar o período e motivo da internação, a discriminação das diárias, taxas (se houver) e materiais/medicamentos utilizados;
c) pelo menos um comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora do sinistrado, conforme definição do subitem 19.15 das Condições Contratuais;
d) cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
e) cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
f) cópia da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
g) cópia do CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho), se houver;
h) cópia do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
i) cópia do Contracheque do Segurado no mês do Evento, para os casos em que o capital segurado for múltiplo salarial ou a cobrança dos prêmios for desconto em folha, neste último caso para fins de verificação do último prêmio quitado; e
j) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados).

19.1.33 Fratura Óssea – FO

a) cópia completa do prontuário médico, inclusive do Boletim do primeiro atendimento médico (imediatamente após o acidente);
b) radiografia e laudo radiológico, comprovando a fratura óssea;
c) cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
d) cópia do comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora do sinistrado, conforme definido no item 19.15 das Condições Contratuais;
e) cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
f) cópia da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
g) cópia do CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho), se houver;
h) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados).

19.1.34 Auxílio Medicamentos - AM

a) boletim de Primeiro atendimento médico Hospitalar;
b) pelo menos um comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora do sinistrado, conforme definição do subitem 19.15 das Condições Contratuais;
c) original das notas fiscais referente a aquisição dos medicamentos, devidamente discriminados;
d) cópia da receita médica;
e) cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
f) cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;

g) cópia da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
h) cópia do CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho), se houver;
i) cópia do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
j) cópia do Contracheque do Segurado no mês do Evento, para os casos em que o capital segurado for múltiplo salarial ou a cobrança dos prêmios for desconto em folha, neste último caso para fins de verificação do último prêmio quitado; e
k) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados).

19.1.35 Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença – ILPD

a) carta de concessão de aposentadoria por invalidez por doença emitida por instituições oficiais da Previdência Social (documento opcional para os casos de Doença Terminal);
b) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados);
c) declaração Médica indicando a data da Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença;
d) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora do segurado, conforme definição do subitem 19.15 das Condições Contratuais;
e) Relatório médico totalmente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença e o grau de invalidez, com data de diagnóstico, exames e tratamentos reduzidos, bem como a data da caracterização da invalidez.

19.1.36 Diária por Internação Hospitalar por Covid-19 (DIH-COVID 19):

a) cópia da Carteira de Identidade e CPF do segurado;
b) pelo menos um comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora do segurado, conforme definição do subitem 19.15 das Condições Contratuais;
c) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados);
d) cópia do prontuário médico ou boletim de alta do hospital, informando a data da internação e da alta, nome e CRM do médico responsável, diagnóstico de admissão, resultados dos exames realizados e procedimentos realizados.
e) exames laboratoriais comprovando o resultado positivo de COVID-19 (SARS-CoV2) realizado após o início de vigência da cobertura (ou do certificado), e ainda, durante o período de internação ou em até 5 dias corridos antes da data do início do período de internação;
f) Relatório médico ou laudo emitido, assinado pelo Médico Assistente constando o número de CRM e datado com, no mínimo, as seguintes informações: hospital e data da internação, quadro clínico do segurado que tenha justificado a sua internação, resultados dos principais exames realizados, tratamento ministrado, evolução clínica e data da alta hospitalar;
g) cópia do contrato social ou alteração contratual vigente do mês da data do evento, quando o segurado for sócio;
h) cópia da FRE (formulário de registro do empregado), quando o segurado for empregado;
i) cópia da Ata de Assembleia da Empresa, desde que devidamente registrada no órgão competente, no mês da data do evento, quando o segurado for administrador eleito ou contratado.

19.1.36.1 documentos dos Beneficiários, em caso de haver designação:

g) cópia de comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora em nome de todos os beneficiários designados na proposta de adesão, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Contratuais;

h) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados);

i) cônjuge: cópia da Certidão de Casamento, Carteira de Identidade e CPF;

j) companheira(o): cópia da Carteira de Identidade, CPF e pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento, conforme definição no subitem 19.14 das Condições Contratuais;

k) filhos menores de 16 anos: cópia da Certidão de Nascimento;

l) pais, filhos maiores de 16 anos e outros: cópia da Carteira de Identidade e CPF;

19.1.36.2 documentos dos Beneficiários, em caso de não haver designação:

19.1.36.2.1 Solteiro(a) sem filhos e sem companheira(o):

g) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora dos herdeiros legais do sinistrado, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Contratuais;

h) termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pelos herdeiros legais do sinistrado com firma reconhecida em cartório;

i) declaração assinada pelos herdeiros legais do sinistrado informando que este faleceu no Estado Civil de Solteiro sem deixar Filhos; e

j) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados);

k) Cópia do Termo Definitivo ou Provisório de Curatela ou de Tutela (se houver), relacionado ao beneficiário;

l) cópia da carteira de identidade e CPF do Curador ou do Tutor.

19.1.36.2.2 Solteiro(o) com Companheira(o) e sem filhos:

f) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora da companheira(o) do Sinistrado, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Contratuais;

g) pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento, conforme definição no subitem 19.14 das Condições Contratuais;

h) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora dos Genitores do sinistrado, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Contratuais;

i) termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pelos genitores e companheira(o) do sinistrado com firma reconhecida em cartório;

j) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados).

19.1.36.2.3 Solteiro(a) com Companheira(o) e filhos:

a) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora da companheira(o) do Sinistrado, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Contratuais;

b) pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento, conforme definição no subitem 19.14 das Condições Contratuais;

c) termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pela companheira(o) e filhos do sinistrado com firma reconhecida em cartório;

d) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora dos filhos do Segurado, (em caso de menor impúbere, deverá ser encaminhado Certidão de Nascimento destes e RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora do responsável legal), conforme definição no item 19.15 das Condições Contratuais;

e) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados).

19.1.36.2.4 Casado(a) sem filhos:

e) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora da(o) esposa(o), conforme definição no subitem 19.15 das Condições Contratuais;

f) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora dos genitores, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Contratuais;

g) termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pela(o) esposa(o) e genitores do sinistrado com firma reconhecida em cartório;

h) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados).

19.1.36.2.5 Casado(a) com filhos:

f) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora da(o) esposa(o), conforme definição no subitem 19.15 das Condições Contratuais;

g) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora dos filhos, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Contratuais (no caso de filhos menores impúberes deverá ser encaminhado Cópia da Certidão de Nascimento destes e RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora do responsável legal);

h) termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pela(o) esposa(o) e filhos do sinistrado com firma reconhecida em cartório;

j) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados).

19.1.37 Alteração de Casa e/ou Modificação de Veículo

a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão, e a necessidade da alteração de casa ou modificação do veículo de uso particular, informando sempre se o paciente encontra-se em alta médica definitiva e anexando os exames realizados pelo Segurado.

b) cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;

c) cópia do CPF, RG e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora, expedido nos últimos 180 dias, a contar da apresentação da documentação, do Segurado Principal;

d) cópia do Aviso de Alta Médica;

e) comunicado de Acidente do Trabalho (CAT), quando o caso exigir;

f) cópia da Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado Principal;

g) laudo de dosagem alcoólica, quando necessário;

h) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados);

i) nota fiscal das despesas com a Alteração de Casa e/ou Modificação de Veículo, especificando a alteração solicitada pelo médico assistente.

19.1.38 Diária por Internação Hospitalar e Diária de Internação Hospitalar – Adicional de UTI

a) documentação comprobatória da internação fornecida pelo Hospital, na qual deverá constar o período e motivo da internação, a discriminação das diárias, taxas (se houver) e materiais/medicamentos utilizados;
b) pelo menos um comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora do sinistrado, conforme definição do subitem 19.15 das Condições Contratuais;
c) cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
d) cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
e) cópia do CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho), se houver;
f) cópia do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
g) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados);
h) relatório ou laudo preenchido, carimbado e assinado pelo médico que prestou o atendimento, com descrição das lesões sofridas pela vítima em decorrência de doença ou acidente pessoal e constando detalhadamente o tipo de tratamento adotado, data e hora de entrada e saída do hospital, diagnósticos necessários, comprovando o período de internação;
i) todos os exames realizados; e
j) alta hospitalar ou declaração de internação do Hospital, em que conste o CRM do médico responsável, com informação da hora e data da entrada e da alta médica.

19.1.39 Diagnóstico Definitivo de Doenças Graves – 11 Doenças

a) declaração médica de Doenças Graves, assinada pelo médico assistente;
b) laudo emitido por médico habilitado e especialista na patologia, acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes do segurado, que constatem qualquer das doenças graves cobertas, conforme definido na condição especial desta cobertura;
c) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora do segurado, conforme definição no item 16.15 das Condições Contratuais;
d) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados).
e) Documentos requisitados para cada doença grave, conforme definido na condição especial desta cobertura.

19.1.40 Diagnóstico Definitivo de Doenças Graves – 24 Doenças

a) declaração médica de Doenças Graves, assinada pelo médico assistente;
b) laudo emitido por médico habilitado e especialista na patologia, acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes do segurado, que constatem qualquer das doenças graves cobertas, conforme definido na condição especial desta cobertura;
c) cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora do segurado, conforme definição no item 16.15 das Condições Contratuais;
d) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados).
e) Documentos requisitados para cada doença grave, conforme definido na condição especial desta cobertura.

19.1.41 Auxílio Natalidade:

a. cópia do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;

b. cópia da Certidão de Nascimento ou Certidão de adoção.

19.2 É facultado à Seguradora exigir o reconhecimento da firma, nos casos que julgar necessário. As cópias de documentos apresentados pelo Estipulante ou Segurado devem ser sempre legíveis.

19.3 Beneficiários analfabetos ou impossibilitados de assinarem - A quitação será a rogo, com a aposição da impressão digital do beneficiário e a assinatura de duas testemunhas, com identificação através da anotação do número da carteira de identidade e número do CPF.

19.4 Sigilo Médico - Todos os documentos médicos deverão ser encaminhados, embalados, devidamente lacrados, sob tarja confidencial, aos cuidados da Gerência Médica da Icatu Seguros. Quando da necessidade do envio de exames originais, estes deverão ser embalados de modo a não permitirem dobras, amassos, vincos ou quaisquer outras injúrias que possam causar dano de qualquer espécie ou intensidade. Após análise a área médica remeterá os mesmos em molde semelhante e sob os cuidados da representação local da Icatu Seguros, onde os mesmos deverão ser devolvidos aos Segurados.

19.5 Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) – Toda CAT, para quaisquer situações previstas na legislação, deve ser aberta com citação de 2 (duas) testemunhas e devidamente habilitadas por médico, no verso.

19.6 Procurações por instrumento particular - Sempre em original e com firma do outorgante reconhecida. Tanto o outorgante como o outorgado devem estar claramente qualificados com o nº do documento de identidade e do CPF, naturalidade, estado civil, profissão e endereço, devendo ser específica para a Icatu Seguros, com os poderes que se quer outorgar devidamente detalhados.

19.7 Os outorgados deverão apresentar cópia do documento de identificação com foto.

19.8 A partir da entrega de toda a Documentação Básica exigida pela Seguradora, esta terá o prazo de até 30 (trinta) dias para manifestar-se sobre a cobertura do sinistro.

19.9 A regulação e a liquidação do sinistro devem ser realizadas simultaneamente, sempre que possível.

19.10 Caso o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a liquidação do sinistro não seja obedecido, ressalvado o disposto no item **19.9** abaixo, incidirão sobre o valor do capital segurado:

19.10.1 Juros moratórios na razão de 1% (um por cento) ao mês “pro rata die” sobre o valor do capital segurado, a partir do primeiro dia subsequente ao do término do prazo;

19.10.2 Atualização monetária, desde a data do sinistro até a data do efetivo pagamento da indenização, pela variação positiva do índice de preço determinado na cláusula 11, qual seja o IPC-A, com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data do evento e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

19.11 **É facultado à Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar outros documentos além daqueles elencados como Documentação Básica para cada cobertura, que julgar necessários à apuração do sinistro. Neste caso, a contagem do prazo para a regulação será suspensa e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que foram completamente atendidas as exigências.**

19.12 **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.**

19.13 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, conforme o caso, 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, que será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos 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.

19.13.1 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.

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

19.15 O eventual ressarcimento de despesas realizadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

19.16 Documentos que comprovam a União Estável:

a) prova de recebimento de Pensão do segurado, paga pelo INSS;
b) declaração do IRRF do segurado, em que conste o(a) companheiro(a) como seu dependente;
c) disposições testamentárias;
d) anotação constante na Carteira de Trabalho, realizada pelo órgão competente;
e) declaração especial perante Tabelião (escritura pública declaratória de dependência econômica);
f) anotação constante de Ficha ou Livro de Registro de Empregados;
g) certidão de Nascimento de filho havido em comum;
h) certidão de Casamento religioso;
i) conta bancária conjunta;
j) registro em associação de qualquer natureza, do qual conste o(a) companheiro(a) como dependente do segurado.
k) ficha de tratamento, em instituição de assistência médica, da qual conste o segurado como responsável

19.17 Documentos que comprovam residência:

a) Conta de luz, com prazo máximo 90 (noventa) dias;
b) Conta de água, com prazo máximo 90 (noventa) dias;
c) Conta de gás, com prazo máximo 90 (noventa) dias;
d) Conta de telefone fixo, com prazo máximo 90 (noventa) dias.

19.18 É facultada a solicitação de documentos contidos na regulação e/ou liquidação de sinistro aos que expressa e formalmente manifestarem interesse legítimo no acesso a tais materiais, excetuados aqueles considerados confidenciais ou sigilosos por lei ou que possam causar danos a terceiros, salvo em decorrência de decisão judicial ou arbitral

20.FORMAS DE PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES

20.1 As indenizações referentes às coberturas contratadas deverão ser pagas sob a forma de pagamento único, exceto na hipótese do Segurado ter expressamente solicitado o pagamento na forma de renda certa ou em caso de cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente Pessoal (DIT) e Diária por Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal (DIT-A) em que o pagamento será feito conforme definido nas Condições Especiais.

20.2 No caso de pagamento sob a forma de renda certa, no momento do pagamento da indenização, as partes contratantes deverão observar o valor da renda mínima inicial definido nas Condições Particulares do Seguro. Caso o capital segurado contratado não atinja o valor mínimo estabelecido para a renda, a indenização será paga de uma única vez.

21. INDENIZAÇÃO SOB A FORMA DE RENDA

21.1 A transformação do Capital Segurado em renda mensal por prazo certo será feita de acordo com a metodologia descrita na Nota Técnica Atuarial e com a taxa de juros de 6% a.a.

21.2 A renda mensal será, a partir da data de sua concessão, atualizada anualmente, com base no IPC-A do IBGE, e acrescida do valor resultante da diferença gerada entre a atualização mensal da Provisão Matemática de Benefícios Concedidos e a atualização anual aplicada à renda.

22.BENEFICIÁRIOS

22.1 O(s) Beneficiário(s) do Seguro para as coberturas de Morte (natural ou acidental) será(ão) aquele(s) designado(s) pelo Segurado em sua proposta de adesão ou em outro documento hábil, podendo ser substituído(s), a qualquer tempo, mediante solicitação formal, preenchida e assinada pelo próprio segurado.

22.2 Na falta da indicação de beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago por metade cônjuge/companheiro(a) não separado judicialmente e a outra metade aos herdeiros do segurado, conforme determinado pela legislação vigente à época do sinistro.

22.3 Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(s) segurado(s) dependente(s), os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, principal e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

22.4 Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária de um contrato de seguro de pessoas se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nessa condição.
22.5 No caso da cobertura de Verba Rescisória por Morte, o beneficiário será o Estipulante do seguro.
22.6 Para as demais coberturas, o próprio segurado será o beneficiário.

23.REGIME FINANCEIRO

23.1 Devido à natureza do regime financeiro de repartição simples, este plano não permite concessão de resgate, saldamento ou devolução de quaisquer prêmios pagos, uma vez que cada prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações do período.
23.2 A alteração do seguro somente poderá ser feita mediante aditivo assinado pelo Estipulante, seu representante ou por corretor de seguros habilitado.

24.MODIFICAÇÃO DA APÓLICE

24.1 Qualquer modificação da apólice em vigor, que implique em ônus ou dever para os segurados ou ainda na redução de seus direitos, dependerá de anuência expressa dos Segurados que representem, no mínimo, ¾ (três quartos) do Grupo Segurado.

25.TRIBUTOS

25.1 O pagamento dos tributos, cumulativos ou não cumulativos, que incidam ou venham a incidir no âmbito do presente contrato, deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar, sendo suportado pelo adquirente/contratante.

26.PRESCRIÇÃO

26.1 Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

27.FORO

27.1 Fica eleito o foro da comarca do domicílio do Segurado ou beneficiário, conforme o caso, para dirimir toda e qualquer dúvida proveniente direta ou indiretamente deste seguro.
27.2 Na hipótese de inexistência da relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no caput desta cláusula.

28.SUB-ROGAÇÃO

28.1 No seguro de pessoas, o segurador não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do segurado, ou do beneficiário, contra o causador do sinistro.

1. OBJETIVO

1.1. É a garantia do pagamento de uma Importância Segurada ao(s) Beneficiário(s), caso o Segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais, durante a vigência deste seguro.

1.2. **Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia destina-se ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que**:

- **incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e**
- **não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.**

2. CAPITAL SEGURADO

2.1. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento, a data do falecimento.

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

3.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 - Regulação e Liquidação de sinistros das Condições Contratuais.

4. RATIFICAÇÃO

4.1. Ratificam-se as disposições constantes das Condições Contratuais desta Apólice que não foram modificadas por estas Condições Especiais.

1. OBJETIVO

1.1 A presente cobertura tem como objetivo indenizar o valor da Importância Segurada ao(s) Beneficiário(s), em caso de morte do Segurado por acidente pessoal coberto.

2. COBERTURA

2.1 As indenizações serão pagas sob a forma de pagamento único ou de renda certa, desde que tenha havido opção expressa do Segurado neste sentido, devendo as partes contratantes estabelecer, no Contrato, o valor da renda mínima inicial.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1 Para efeito de determinação do capital segurado na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento, a data do acidente.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Além dos riscos mencionados nas Condições Contratuais, estão também expressamente excluídos:

4.1.1 Os acidentes ocorridos em consequência:

a) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos ou erupções vulcânicas;

b) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, salvo se tratar de ato de humanidade em auxílio de outrem ou da prestação de serviço militar.

4.1.2 as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente pessoal;

5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

5.1 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 - Regulação e Liquidação de sinistros das Condições Contratuais.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1 Ratificam-se as demais disposições constantes das Condições Contratuais da Apólice que não foram revogadas por estas Condições Especiais.

1. OBJETIVO

1.1 A presente cobertura tem como objetivo pagar uma indenização ao Segurado Principal, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, ocorrido durante a vigência deste seguro.

2. COBERTURA

2.1 Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará ao próprio Segurado uma indenização para os casos decorrentes de acidente pessoal coberto, de acordo com a tabela:

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

Invalidez Permanente Total	
Discriminação	**% Sobre a importância segurada**
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 total incurável	100
Invalidez Permanente Parcial - Diversas	
Discriminação	**% Sobre a importância segurada**
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
Mudez incurável	50
Fratura não-consolidada no maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento toráxico-lombo-sacro da coluna vertebral	25
Invalidez Permanente Parcial - Membros Superiores	
Discriminação	**% Sobre a importância segurada**
Perda total do uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não-consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não-consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30

Anquilose total de um dos ombros	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	09
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
Perda total do uso de qualquer falange; excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	---
Invalidez Permanente Parcial - Membros Inferiores	
Discriminação	**% Sobre a importância segurada**
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
Fratura não-consolidada de um dos segmentos tibioperoneiros (perna)	25
Fratura não-consolidada da rótula	20
Fratura não-consolidada de um pé	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	03
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do valor do respectivo dedo.	---
Encurtamento de um dos membros inferiores: de 5 (cinco) centímetros ou mais de 4 (quatro) centímetros de 3 (três) centímetros menos de 3 (três) centímetros	 15 10 06 **sem indenização**

2.2 Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução 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). Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

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

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

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

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

2.6 **As indenizações por morte acidental e invalidez permanente não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, deve ser deduzida da indenização por morte acidental a importância já paga por invalidez permanente**.

2.7 No caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, as indenizações podem ser pagas sob a forma de pagamento único ou de renda certa, desde que tenha havido opção expressa do Segurado neste sentido, devendo as partes contratantes estabelecer, nas Condições Particulares o valor da renda mínima inicial.

2.8 Já na ocorrência de Invalidez Permanente Parcial por Acidente as indenizações serão pagas sob a forma de pagamento único.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente.

3.2 A reintegração do capital segurado relativo à cobertura de IPA é automática após cada acidente.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Além dos riscos mencionados nas Condições Contratuais, estão também expressamente excluídos:

4.1.1 Os acidentes ocorridos em consequência:

a) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos ou erupções vulcânicas;

b) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, salvo se tratar de ato de humanidade em auxílio de outrem ou da prestação de serviço militar.

4.1.2 as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente pessoal.

5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

5.1 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 - Regulação e Liquidação de sinistros das Condições Contratuais.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1 Serão garantidos todos os direitos do segurado às demais coberturas conforme estabelecido nas Condições Contratuais do Seguro, durante o período de recebimento de indenização da cobertura objeto destas Condições Especiais, desde que continue efetuando o pagamento integral do prêmio referente às demais coberturas.

6.2 Ratificam-se as demais disposições constantes das Condições Contratuais da Apólice que não foram revogadas por estas Condições Especiais.

1. OBJETIVO

1.1 A presente cobertura tem como objetivo pagar uma indenização ao Segurado Principal, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, ocorrido durante a vigência deste seguro.

2. COBERTURA

2.1 Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará ao próprio Segurado uma indenização para os casos decorrentes de acidente pessoal coberto, de acordo com a tabela:

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

Invalidez Permanente Total	
Discriminação	**% Sobre a importância segurada**
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 total incurável	100
Invalidez Permanente Parcial - Diversas	
Discriminação	**% Sobre a importância segurada**
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
Mudez incurável	50
Fratura não-consolidada no maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento toráxico-lombo-sacro da coluna vertebral	25
Invalidez Permanente Parcial - Membros Superiores	
Discriminação	**% Sobre a importância segurada**
Perda total do uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não-consolidada de um dos úmeros	50

Fratura não-consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	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	09
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
Perda total do uso de qualquer falange; excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	---
Invalidez Permanente Parcial - Membros Inferiores	
Discriminação	**% Sobre a importância segurada**
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
Fratura não-consolidada de um dos segmentos tibioperoneiros (perna)	25
Fratura não-consolidada da rótula	20
Fratura não-consolidada de um pé	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	03
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do valor do respectivo dedo.	---
Encurtamento de um dos membros inferiores: de 5 (cinco) centímetros ou mais de 4 (quatro) centímetros de 3 (três) centímetros menos de 3 (três) centímetros	 15 10 06 **sem indenização**

2.2 Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução 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). Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

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

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

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

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

2.6 **As indenizações por morte acidental e invalidez permanente não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, deve ser deduzida da indenização por morte acidental a importância já paga por invalidez permanente**.

2.7 No caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, as indenizações podem ser pagas sob a forma de pagamento único ou de renda certa, desde que tenha havido opção expressa do Segurado neste sentido, devendo as partes contratantes estabelecer, nas Condições Particulares o valor da renda mínima inicial.

2.8 Já na ocorrência de Invalidez Permanente Parcial por Acidente as indenizações serão pagas sob a forma de pagamento único.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente.

3.2 A reintegração do capital segurado relativo à garantia de IPAT é automática após cada acidente.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Além dos riscos mencionados nas Condições Contratuais, estão também expressamente excluídos:

4.1.1 Os acidentes ocorridos em consequência:

a) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos ou erupções vulcânicas;

b) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, salvo se tratar de ato de humanidade em auxílio de outrem ou da prestação de serviço militar.

4.1.2 as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente pessoal.

5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

5.1 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 - Regulação e Liquidação de sinistros das Condições Contratuais.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1 Serão garantidos todos os direitos do segurado às demais coberturas conforme estabelecido nas Condições Contratuais do Seguro, durante o período de recebimento de indenização da cobertura objeto destas Condições Especiais, desde que continue efetuando o pagamento integral do prêmio referente às demais coberturas.

6.2 Ratificam-se as demais disposições constantes das Condições Contratuais da Apólice que não foram revogadas por estas Condições Especiais.

1. OBJETIVO

1.1 A presente cobertura tem como objetivo pagar uma indenização ao segurado principal, em caso de invalidez total e permanente do segurado, causada por acidente coberto, ocorrido durante a vigência deste Seguro e conforme descrito no item 2.

2. COBERTURA

2.1 Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez total e permanente, quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará uma indenização ao próprio Segurado com base na tabela abaixo, para os casos decorrentes de acidente pessoal coberto:

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

Invalidez Permanente Total por Acidente	
Discriminação	**% Sobre a importância segurada**
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 total incurável	100

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

2.3 **As indenizações por morte acidental e invalidez permanente não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, deve ser deduzida da indenização por morte acidental a importância já paga por invalidez permanente**.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente.

3.2 A reintegração do capital segurado relativo à cobertura de IPTA é automática após cada acidente.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Além dos riscos mencionados nas Condições Contratuais, estão também expressamente excluídos:

4.1.1 Os acidentes ocorridos em consequência:

a) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos ou erupções vulcânicas;

b) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, salvo se tratar de ato de humanidade em auxílio de outrem ou da prestação de serviço militar.

4.1.2 As perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente pessoal;

5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

5.1 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 - Regulação e Liquidação de sinistros das Condições Contratuais.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1 Ratificam-se as demais disposições constantes das Condições Contratuais da Apólice que não foram revogadas por estas Condições Especiais.

1. OBJETIVO

1.1 Esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado, **desde que este o requeira**, o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a cobertura básica de Morte, em caso de sua Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, consequente de doença que cause a Perda de sua Existência Independente, sob critérios devidamente especificados no item **Riscos Cobertos, destas Condições, exceto se decorrente de Riscos Excluídos e observadas as disposições do item Cancelamento do Seguro e as constantes das Condições Particulares**.

2. DEFINIÇÕES

2.1 **Agravo Mórbido**: Piora de uma doença

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

2.3 **Aparelho Locomotor**: Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

2.4 **Atividade Laborativa**: Qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.

2.5 **Auxílio**: A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

2.6 **Ato Médico**: Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.

2.7 **Cardiopatia Grave**: Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do "Consenso Nacional de Cardiopatia Grave".

2.8 **Cognição**: Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.

2.9 **Conectividade com a Vida**: Capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

2.10 **Consumpção**: Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

2.11 **Dados Antropométricos**: No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.

2.12 **Deambular**: Ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.

2.13 **Declaração Médica**: Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

2.14 **Deficiência Visual**: Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

2.15 **Disfunção Imunológica**: Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

2.16 **Doença Crônica**: Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

2.17 **Doença Crônica em Atividade**: Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

2.18 **Doença Crônica de Caráter Progressivo**: Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

2.19 **Doença em Estágio Terminal**: Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

2.20 **Doença Neoplásica Maligna Ativa**: Crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.

2.21 **Doença Profissional**: Aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.
2.22 **Estados Conexos**: Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
2.23 **Etiologia**: Causa de cada doença.
2.24 **Fatores de Risco e Morbidade**: Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
2.25 **Hígido**: Saudável.
2.26 **Médico Assistente**: Médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
2.27 **Prognóstico**: Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
2.28 **Quadro Clínico**: Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
2.29 **Recidiva**: Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
2.30 **Refratariedade Terapêutica**: Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.
2.31 **Relações Existenciais**: Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
2.32 **Sentido de Orientação**: Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca.
2.33 **Sequela**: Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
2.34 **Transferência Corporal**: Capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3. OBJETO

3.1 A Perda da Existência Independente será caracterizada pela ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autonômicas do Segurado. Este Quadro Clínico Incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item 19 - Regulação e Liquidação do Sinistro das Condições Contratuais.

4. RISCOS COBERTOS

4.1 Considera-se como Riscos Cobertos a ocorrência comprovada - segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotado pela classe médica especializada - de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, **provenientes exclusivamente de doença**:
4.1.1 Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
4.1.2 Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;
4.1.3 Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
4.1.4 Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), **única e exclusivamente em decorrência de doença**;
4.1.5 Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
4.1.6 Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
4.1.7 Deficiência visual, decorrente de doença:
a) Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
b) Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
c) Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
d) Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

4.1.8 Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado.

4.1.9 Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:

a) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
b) Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
c) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

5. DEMAIS RISCOS

5.1 Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF (Anexo) atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

5.1.1 O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

5.1.2 O 1° grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.

5.1.3 Para a classificação no 2° ou no 3° Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

5.1.4 Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

5.2 O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.

5.2.1 Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

6.1 Além dos riscos mencionados no item Dos Riscos Excluídos, constante das Condições Contratuais, consideram-se também como Riscos Excluídos, ainda que redundando em Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Funções Autonômicas do Segurado, com perda da sua Existência Independente, os abaixo especificados:

6.1.1 a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;

6.1.2 os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional, salvo quando previsto o contrário no contrato;

6.1.3 a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

7. DATA DO SINISTRO

7.1 A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada na Declaração Médica.

7.2 A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

7.3 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data indicada conforme subitens 7.1 e 7.2.

8. NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

8.1 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

9. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

9.1 As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Sociedade Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante. As providências que a Sociedade Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.

10. FORMA DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

10.1 Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença pela Seguradora, o pagamento do Capital Segurado contratado poderá ser realizado sob a forma de pagamento único ou renda, conforme itens 20 e 21 das Condições Contratuais, conforme acordado pelas partes contratantes e estabelecido no contrato.

11. CANCELAMENTO DO SEGURO

11.1 Desde que efetivamente caracterizada comprovada, por ser a cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença uma antecipação da básica (morte), seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do pagamento da indenização serão devolvidos, atualizados monetariamente.

11.2 Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Contratuais e, se houver das Condições Especiais e Particulares, sem qualquer devolução de prêmios.

12. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

12.1 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 – Regulação e Liquidação de sinistros das Condições Contratuais.

13. RATIFICAÇÃO

13.1 Ratificam-se as disposições constantes das Condições Contratuais desta Apólice que não foram modificadas por estas Condições Especiais.

ANEXO A CLÁUSULA ADICIONAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

DOCUMENTO 1
TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

Atributos	Escalas	Pontos
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º Grau O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTU-RAIS DO SEGURADO	1° GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM	00
	2° GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A	10
	3° GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE	20
Atributos	**Escalas**	**Pontos**
CONECTIVI-DADE DO SEGURADO COM A VIDA	1° GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO	00

CONECTIVI-DADE DO SEGURADO COM A VIDA	2° GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES	10
	3° GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS	20

DOCUMENTO 2
TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

Dados antropométricos, riscos interagentes e agravos mórbidos	Pontuação
A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40.	02
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	02
HÁ OU HOUVE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	04
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	04
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIDA E OU REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA.	08

1. OBJETIVO

1.1 A presente cobertura tem como objetivo garantir o reembolso ao(s) Beneficiário(s) deste Seguro, das despesas efetivamente gastas com o funeral do Segurado, até o valor da importância segurada, caso o Segurado venha a falecer durante a vigência deste Seguro.

2. GARANTIA

2.1 É a garantia de reembolso, ao(s) Beneficiário(s) do Segurado, das despesas efetivamente gastas com o funeral do Segurado, até o valor da importância segurada, caso este venha a falecer durante o período de vigência deste Seguro, respeitados os riscos excluídos constantes das Condições Contratuais e destas Condições Especiais.

2.2 Serão reembolsadas as despesas com o funeral do Segurado relativas à:

a) Preparação do Corpo;
b) Aquisição de Urna Mortuária;
c) Ornamentação;
d) Preparação da Capela;
e) Aluguel de Carro Funerário;
f) Sepultamento ou Cremação;
g) Emissão de Atestado de Óbito;
h) Traslado/Repatriamento do Corpo.

2.2.1 O reembolso somente será efetuado mediante a apresentação das notas fiscais originais dos gastos, conforme o item 5 destas Condições Especiais.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1 O capital segurado desta garantia varia em função do padrão de funeral escolhido e será estabelecido de comum acordo entre o Estipulante e a Seguradora, constando nas Condições Particulares da Apólice.

3.2 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do falecimento.

4. LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

4.1 A liquidação do sinistro será, prioritariamente, mediante reembolso das despesas com funeral, podendo, alternativamente, ser efetuada pela central de atendimento com direcionamento para a rede credenciada.

4.1.1 **Reembolso das Despesas com Funeral**: Se assim o desejar ou na impossibilidade de acionamento da Central de Atendimento, o beneficiário ou a família do Segurado poderá providenciar a sua custa o funeral, escolhendo livremente o prestador de serviço, solicitando posteriormente o reembolso.

4.1.1.1 Para solicitar o reembolso, o Beneficiário do Segurado deverá apresentar os comprovantes originais das despesas.

4.1.1.1.1 As despesas efetuadas no exterior serão ressarcidas em moeda nacional, com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Beneficiário.

4.1.1.2 O valor do reembolso estará limitado à importância segurada, já incluída nesta as despesas com traslado.

4.1.2 **Atendimento pela Central de Atendimento:** Na ocorrência do óbito, a família deverá entrar em contato com a Central de atendimento (Plantão 24 horas) que, após anotar e conferir as informações, acionará a funerária local credenciada e o serviço de atendimento social na cidade que o mesmo existir, para que a mesma providencie todos os itens que forem necessários (conforme o padrão contratado) para a execução do féretro.

5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

5.1 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 - Regulação e Liquidação de sinistros das Condições Contratuais.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

6.1 Estão expressamente excluídos desta garantia os eventos ocorridos em consequência:

a) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

b) 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 ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, salvo se tratar de prestação de serviço militar ou de ato de humanidade em auxílio de outrem;

c) de doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão;

d) de suicídio do Segurado, exceto se ocorrido após o período de 2 (dois) anos contados da vigência inicial do seguro ou de sua recondução depois de suspenso;

e) de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, bem como pelos sócios controladores, dirigentes e administradores.

6.2 Além dos riscos mencionados acima, não serão reembolsadas as despesas efetuadas com:

a) Prestações de serviços não descritos no item 2. destas Condições Especiais sem a prévia autorização expressa da Seguradora;

b) Busca ao corpo do Segurado falecido, realização de provas, bem como as formalidades legais e burocráticas, no caso do Segurado haver desaparecido em acidente, qualquer que seja a sua natureza, implicando em morte presumida;

c) Despesas com exumação dos corpos que já estiverem no jazigo quando do sepultamento;

d) Aquisição de jazigo.

7. BENEFICIÁRIO

7.1 É beneficiária desta garantia a pessoa que apresentar a comprovação com as despesas de funeral, no caso do subitem 4.1.1. destas Condições Especiais.

8. RATIFICAÇÃO

8.1 Ratificam-se as disposições constantes das Condições Contratuais desta Apólice que não foram modificadas por estas Condições Especiais.

1. OBJETIVO

1.1 A presente cobertura tem como objetivo indenizar o valor da importância segurada ao(s) Beneficiário(s) deste Seguro, a título de adiantamento para Auxílio Funeral, caso o Segurado venha a falecer durante a vigência deste Seguro.

2. GARANTIA

2.1 Esta garantia corresponde ao adiantamento da garantia de Morte natural ou acidental, ou seja, a Seguradora deduzirá da indenização da garantia de morte natural ou acidental, o percentual de antecipação da garantia Adiantamento de Auxílio Funeral, proporcionando ao Beneficiário a possibilidade de custear ou reduzir as despesas necessárias para o funeral do Segurado.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos riscos mencionados nas Condições Contratuais, estão também expressamente excluídos da garantia de Auxílio Funeral do seguro:

a) Prestações de serviços de qualquer espécie, ficando a Seguradora responsável apenas pelo pagamento da indenização, quando devido;

b) Busca ao corpo do Segurado falecido, realização de provas, bem como as formalidades legais e burocráticas, no caso do Segurado haver desaparecido em acidente, qualquer que seja a sua natureza, implicando em morte presumida.

4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

4.1 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 - Regulação e Liquidação de sinistros das Condições Contratuais.

5. RATIFICAÇÃO

5.1 Ratificam-se as disposições constantes das Condições Contratuais desta Apólice que não foram modificadas por estas Condições Especiais.

1. OBJETIVO

1.1. A presente cobertura tem como objetivo indenizar o valor da importância segurada ao(s) Beneficiário(s) deste Seguro, a título de Auxílio Funeral, caso o Segurado venha a falecer durante a vigência deste Seguro.

2. GARANTIA

2.1. Esta garantia corresponde à indenização de uma importância segurada adicional à da garantia de Morte natural ou acidental, a título de Auxílio Funeral. Portanto, não será deduzido da indenização da garantia de morte natural ou acidental, o percentual relativo à importância segurada da garantia de Auxílio Funeral, proporcionando ao Beneficiário a possibilidade de custear ou reduzir as despesas necessárias para o funeral do Segurado.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos mencionados nas Condições Contratuais, estão também expressamente excluídos da cobertura de Auxílio Funeral do seguro:

a) Prestações de serviços de qualquer espécie, ficando a Seguradora responsável apenas pelo pagamento da indenização, quando devido;

b) Busca ao corpo do Segurado falecido, realização de provas, bem como as formalidades legais e burocráticas, no caso do Segurado haver desaparecido em acidente, qualquer que seja a sua natureza, implicando em morte presumida.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento, a data do falecimento.

5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

5.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 – Regulação e Liquidação de sinistros das Condições Contratuais.

6. RATIFICAÇÃO

6.1. Ratificam-se as disposições constantes das Condições Contratuais desta Apólice que não foram modificadas por estas Condições Especiais.

1. OBJETIVO

1.1 A presente cobertura tem como objetivo indenizar o(s) Beneficiário(s) deste Seguro, o valor do Capital Segurado contratado, a título de Assistência Cesta Básica, caso o Segurado venha a falecer durante a vigência deste Seguro.

2. GARANTIA

2.1 Esta garantia corresponde à indenização de um Capital Segurado adicional ao da garantia de Morte, proporcionando ao Beneficiário a possibilidade de custear as despesas básicas de alimentação, em caso de morte.
2.2 A indenização poderá ser paga de forma única ou em parcelas mensais e sucessivas, conforme estabelecido no contrato, sendo o valor de cada parcela equivalente ao capital segurado da garantia dividido pelo número de parcelas.

3. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

3.1 A liquidação do sinistro será, prioritariamente, mediante pagamento do capital segurado, podendo, alternativamente, ser efetuada pela central de atendimento com direcionamento para a rede credenciada. O(s) Beneficiário(s) informará(ão) à Seguradora a opção pelo recebimento do capital segurado ou da cesta básica (gêneros alimentícios).

4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

4.1 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 - Regulação e Liquidação de sinistros das Condições Contratuais.

5. RATIFICAÇÃO

5.1 Ratificam-se as disposições constantes das Condições Contratuais da Apólice que não foram revogadas por estas Condições Especiais.

1. OBJETIVO

1.1 A presente cobertura tem como objetivo indenizar o(s) Beneficiário(s) deste Seguro, o valor do Capital Segurado contratado, a título de Assistência Cesta Básica, caso o Segurado venha a falecer durante a vigência deste Seguro.

2. GARANTIA

2.1 Esta garantia corresponde à indenização de um Capital Segurado adicional ao da garantia de Morte, proporcionando ao Beneficiário a possibilidade de custear as despesas básicas de alimentação, em caso de morte.
2.2 A indenização poderá ser paga de forma única ou em parcelas mensais e sucessivas, conforme estabelecido no contrato, sendo o valor de cada parcela equivalente ao capital segurado da garantia dividido pelo número de parcelas.

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

3.1 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 - Regulação e Liquidação de sinistros das Condições Contratuais.

4. RATIFICAÇÃO

4.1 Ratificam-se as disposições constantes das Condições Contratuais da Apólice que não foram revogadas por estas Condições Especiais.

1. OBJETIVO

1.1. A presente cobertura tem como objetivo indenizar o valor da importância segurada ao(s) Beneficiário(s) deste Seguro, a título de Auxílio Despesa, caso o Segurado venha a falecer durante a vigência deste Seguro.

2. GARANTIA

2.1. Esta garantia corresponde à indenização de uma importância segurada adicional ao da garantia de Morte natural ou acidental, a título de Auxílio Despesa, proporcionando ao Beneficiário a possibilidade de custear ou reduzir alguma despesa pessoal.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos mencionados nas Condições Contratuais, estão também expressamente excluídos da cobertura de Auxílio Despesa do seguro:

a) Prestações de serviços de qualquer espécie, ficando a Seguradora responsável apenas pelo pagamento da indenização, quando devido;

b) Indenização em forma de pagamento de serviços ou reembolso de despesas, qualquer que seja a natureza.

4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

4.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 - Regulação e Liquidação de sinistros das Condições Contratuais.

5. RATIFICAÇÃO

5.1. Ratificam-se as disposições constantes das Condições Contratuais desta Apólice que não foram modificadas por estas Condições Especiais.

1. OBJETIVO

1.1 É a garantia do pagamento de uma indenização ao segurado, caso seja verificado o estado terminal de doença do mesmo conforme definido no item 2.1, a título de adiantamento de um percentual da indenização da garantia de Morte, para auxílio em seu tratamento.

1.2 Esta cobertura somente poderá ser oferecida como adicional da cobertura básica de morte e não poderá ser contratada junto com a cobertura de Invalidez funcional permanente total por doença – IFPD.

1.3 Caso esta cobertura tenha sido contratada junto com a cobertura de Transplante de órgãos, a soma dos capitais segurados das duas coberturas não poderá ser superior a 100% (cem por cento) da cobertura básica de Morte.

2. COBERTURA

2.1 Considera-se doença em estágio terminal aquela para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresente estado clínico grave, devidamente comprovado por um médico especialista, sem perspectiva de recuperação.

2.2 O diagnóstico deverá ser comprovado por declaração médica, emitida por médico especialista, e deve ser posterior à inclusão do segurado na apólice.

2.2.1 Não serão aceitos como médico especialista o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

2.2.2 Somente será garantido por esta cobertura o estado terminal diagnosticado pela primeira vez dentro do período de vigência deste Seguro, e após o período de carência, desde que o Segurado não venha a falecer nos primeiros 30 (trinta) dias após o diagnóstico.

2.3 Para fins desta cobertura o adiantamento é previsto para o caso do segurado vir a apresentar estágio avançado em uma ou mais patologias a seguir:

2.3.1 **Doença Cardíaca Grave**: doenças cardíacas decorrentes de coronariopatias agudas ou crônicas, doenças das válvulas cardíacas e/ou do músculo cardíaco, devidamente comprovadas e que necessitem de cirurgia a céu aberto, assim como a doença cardíaca geradora de sintomas de insuficiência do órgão (falta de ar, dor no peito e cansaço) mesmo em repouso.

2.3.2 **Doença Pulmonar Grave**: doenças pulmonares relacionadas ao aumento permanente dos sacos aéreos (alvéolos) com perda da capacidade de expirar completamente (enfisema), obstruções pulmonares hereditárias (fibrose cística), infecções prolongadas e cicatrização permanente e espessamento do tecido pulmonar.

2.3.3 **Doença Renal Grave**: Perda súbita da capacidade renal de excreção de resíduos e de concentração de urina, com necessidade de hemodiálise regular.

2.3.4 **Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)**: conjunto de sinais e sintomas de imunodeficiência secundária, resultante da infecção pelo vírus HIV, caracterizada por uma contagem de linfócitos CD4 abaixo de 200 células por mm3 ou inferior a 14% do total de linfócitos. Manifestações clínicas incluem infecções oportunistas, neoplasias malignas, emaciação e demência.

2.3.5 **Paralisia Irreversível e Incapacitante**: perda da capacidade de contração muscular voluntária, por interrupção funcional ou orgânica em um ponto qualquer da via motora, que pode ir do córtex cerebral até o próprio músculo.

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

2.4 Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada ou cirurgia realizada, desde que comunicados à Seguradora, não havendo, em hipótese alguma acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.

2.5 Caso o Segurado faleça dentro da vigência do Seguro, **a Seguradora deduzirá da indenização da garantia de morte, o valor pago na garantia por Antecipação por Doença em estágio terminal.**

2.6 Se o Segurado sobreviver após a previsão de 6 (seis) meses da data do diagnóstico, tendo ele recebido a indenização referente à esta cobertura, não poderá se beneficiar novamente de tal cobertura para a Doença em estágio terminal, independente da renovação do Seguro.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do diagnóstico da doença em estágio terminal, constante da Declaração Médica.

4. CARÊNCIA

4.1 O período de carência constará na proposta de adesão e na apólice e será de no máximo 2 (dois) anos, não podendo exceder metade do período de vigência da cobertura individual**.**

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1 Não estão cobertos por esta garantia os seguintes casos:

5.1.1 Doenças diagnosticadas antes do cumprimento do Prazo de Carência;

5.1.2 Doenças que não obedeçam a descrição estabelecida no item 2;

5.1.3 Doenças profissionais;

5.1.4 Doenças ou Lesões Preexistentes e suas Consequências.

6. BENEFICIÁRIO

6.1 Para fins desta cobertura, é o próprio Segurado.

7. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.1 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 - Regulação e Liquidação de sinistros das Condições Contratuais.

8. RATIFICAÇÃO

8.1 Ratificam-se as disposições constantes das Condições Contratuais da Apólice que não foram revogadas por estas Condições Especiais.

1. OBJETIVO

1.1 A presente cobertura tem como objetivo pagar uma indenização ao Segurado Principal, em decorrência de diagnóstico definitivo de qualquer uma das doenças graves devidamente especificadas no item 2. Riscos Cobertos.

2. RISCOS COBERTOS

2.1 Para os efeitos desta cobertura, são consideradas "Doenças Graves", exclusivamente, os seguintes eventos:

2.1.1 **Câncer**: doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas, e invasão e destruição de tecidos normais, com expressa indicação médica da necessidade de tratamento cirúrgico e/ou quimioterapia e/ou radioterapia e/ou tratamentos estabelecidos na literatura médica mundial e aceitos pelas respectivas Sociedades Médico-Científicas Especializadas e pelo Ministério da Saúde do Brasil. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por exame histológico conclusivo. A doença também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a Doença de Hodgkin.

2.1.2 **Infarto agudo do miocárdio**: é a morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista e basear-se na ocorrência, concomitante, de:

a) História de dores torácicas típicas
b) Alterações recentes e características de Infarto no eletrocardiograma – ECG (Depressão de onda, ondas T, Q).
c) Elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica (incluindo CK-MB).

2.1.3 **Acidente Vascular Cerebral**: obstrução aguda da circulação sanguínea cardiovascular causada por hemorragia subaracnóidea, hemorragia intracerebral e/ou infarto cerebral resultando em dano neurológico permanente (distúrbio da fala, perda de atividades, paralisia). O diagnóstico de acidente vascular cerebral crítico deve ser confirmado por médico especialista e feito por meio de tomografia computadorizada do cérebro ou ressonância magnética. Os sintomas clínicos de déficit neurológico devem ser documentados para auxiliar o diagnóstico.

2.1.4 **Insuficiência Renal Terminal**: etapa final de doença renal caracterizada pela perda crônica e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal. Deve ser diagnosticada por médico habilitado em nefrologia e demonstrada através de exames complementares apropriados.

2.1.5 **Transplante de órgãos**: cirurgia para transplante total de órgãos humanos (transplante alogênico) em que o segurado participa como receptor somente dos seguintes órgãos: coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim, intestino delgado ou medula óssea.

2.2 O Segurado somente terá direito a indenização se a doença grave for diagnosticada, após o prazo de carência e desde que se encontre em vida após 30 (trinta) dias contados a partir da data do diagnóstico da doença.

2.3 Não haverá a garantia de indenização se o diagnóstico de doença grave for após a morte do segurado.

2.4 Somente haverá cobertura para o primeiro diagnóstico definitivo de doenças graves previstas nestas Condições Especiais, estando excluída a possibilidade de acumulação de indenizações pelo diagnóstico definitivo de mais de uma doença grave. Esta garantia será cancelada após o recebimento da indenização ou no primeiro dia posterior à data em que o Segurado completar uma idade máxima prevista nas Condições Particulares do seguro, o que ocorrer primeiro, sendo o valor do prêmio do seguro relativo a esta cobertura deduzido do prêmio total.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Configuram riscos excluídos da cobertura de Diagnóstico de Doenças Graves:

3.1.1 Câncer:

a) Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;

b) Todos os cânceres não invasivos (in situ);
c) O câncer da próstata no estágio Ia, Ib e IC (Carcinoma prostático primário abaixo do estágio B0 pela classificação modificada Jewett, abaixo de T1c pela classificação TNM em 1992);
d) Melanoma maligno, quando o grau de invasão de tecido é baixo (segundo a classificação Breslow, a profundidade é menor que 1,5 mm);
e) Qualquer tumor maligno na presença de qualquer Vírus da Imunodeficiência Humana, desde que o mesmo tenha sido contraído antes do início de vigência da cobertura individual;
f) Qualquer câncer de pele que não seja melanoma maligno; ou
g) Câncer existente antes do início de vigência da cobertura individual.

3.1.2 Acidente Vascular Cerebral:

a) Ataque Isquêmico Transitório e deficiências neurológicas isquêmicas;
b) Hemorragia cerebral causada por acidentes;
c) Hemorragia cerebral causada por tumor cerebral;
d) Hemorragia cerebral causada por cirurgia do cérebro;
e) Obstrução da artéria oftálmica resultando em dano neurológico; ou
f) Sintomas neurológicos provocados por enxaquecas.

3.1.3 Infarto Agudo do Miocárdio:

a) Angina do peito incluindo angina estável e instável;
b) Angina decúbito;
c) Infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG com elevação da troponina "I" ou "T"; ou
d) Outras síndromes coronarianas agudas.

3.1.4 Transplante de Órgãos

a) colocação de coração artificial, ainda que colocado temporariamente visando-se a colocação de um coração verdadeiro no futuro;
b) transplante de órgãos de animais e de quaisquer órgãos não humanos;
c) autotransplante de medula;
d) transplante de células tronco (células "mãe");
e) transplante de células-beta do pâncreas; ou
f) quaisquer transplantes de apenas uma parte do órgão.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 Para efeito do cálculo da indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data de ocorrência do Sinistro.

4.1.1 Para fins do disposto nesse item, considera-se data de ocorrência do Sinistro a data do diagnóstico definitivo da doença grave coberta, comprovado por resultado de exame anatomopatológico ou de qualquer outro exame complementar específico.

5. PRAZO DE CARÊNCIA

5.1 O período de carência constará na proposta de adesão e na apólice e será de no máximo 2 (dois) anos, não podendo exceder metade do período de vigência da cobertura individual. Não terá direito à indenização o Segurado que for acometido por doença grave durante o Prazo de Carência.

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

6.1 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 - Regulação e Liquidação de sinistros das Condições Contratuais.

7. RATIFICAÇÃO

7.1 Ratificam-se as disposições constantes das Condições Contratuais desta Apólice que não foram modificadas por estas Condições Especiais.

1. OBJETIVO

1.1. A presente cobertura tem como objetivo indenizar o próprio Segurado Principal, até o valor do Capital Segurado contratado, em caso de perda da existência independente nos termos destas condições.

1.2. Esta cobertura somente poderá ser oferecida como adicional da cobertura de Morte.

2. GARANTIA

2.1. Para fins desta cobertura, entende-se como Perda da Existência Independente a incapacidade total e permanente do Segurado Principal de realizar de maneira independente quatro ou mais atividades da vida diária, dentre as seguintes:

2.1.1. Banho – capacidade de se lavar na banheira ou chuveiro

2.1.2. Vestir – capacidade de se vestir, despir, abotoar e desabotoar roupas.

2.1.3. Higiene pessoal – capacidade de usar o aparelho sanitário e manter um nível de razoável higiene

2.1.4. Mobilidade – capacidade de se movimentar em ambientes internos em superfície plana

2.1.5. Continência – capacidade de controlar as funções dos intestinos e bexiga

2.1.6. Comer/Beber – capacidade de se alimentar, mas não de preparar o alimento.

2.2. O diagnóstico deverá ser confirmado por médico especialista, não sendo aceito como médico especialista o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

2.3. A confirmação de que trata o subitem anterior deverá ser validada por médico da Seguradora.

3. PRAZO DE CARÊNCIA E PERÍODO DE SOBREVIVÊNCIA

3.1. **Prazo de Carência**: período de tempo a contar do início de vigência do risco individual, em que se pressupõe pré-existência e, portanto, o segurado não tem direito à indenização pela cobertura de Perda de Existência Independente, de acordo com a definição no item 2.1. Caso isso ocorra, serão devolvidos os prêmios cancelados.

3.1.1. O período de carência constará na proposta de adesão e na apólice e será de no máximo 2 (dois) anos, não podendo exceder metade do período de vigência da cobertura individual**.**

3.2. **Período de Sobrevivência**: período de tempo em que o segurado deve aguardar (sobreviver) para o recebimento da indenização, de acordo com a definição de Perda de Existência Independente do item 2.1.

3.2.1. **Para fins deste seguro, o Período de Sobrevivência será de 1 (um) mês**.

4. ADESÃO AO SEGURO E PERMANÊNCIA DO SEGURADO NA APÓLICE

4.1. O limite de idade máximo para adesão ao seguro será de 60 anos.

4.2. A idade máxima de permanência no seguro é de 70 anos, ou seja, a cobertura de Perda de Existência Independente cessa quando o segurado completar 70 anos.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento, a data indicada na declaração médica que primeiro diagnosticou o quadro invalidante.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

6.1. Além dos riscos mencionados nas Condições Contratuais, estão também expressamente excluídos os eventos causados direta ou indiretamente por:

a) autolesão intencional por parte do Segurado

b) doenças relacionadas à infecção de HIV

c) doenças graves pré-existentes e suas sequelas, inclusive as congênitas que o Segurado saiba ser portador à época da contratação do seguro, não declaradas na proposta de adesão.

7. FORMA DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

7.1. As indenizações serão efetuadas em forma de renda, conforme itens 20 e 21 das Condições Contratuais, durante o período de 2 (dois) anos ou sob a forma de pagamento único, conforme acordado pelas partes contratantes e estabelecido no contrato.

7.2. Caso haja descaracterização da Perda de Existência Independente durante o período de 2 (dois) anos, o pagamento da indenização será suspenso e o capital segurado restante da referida cobertura poderá ser reintegrado.

8. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

a) O diagnóstico, de que tratam os subitens 2.2 e 2.3, deverá ser comprovado mediante apresentação de documentação completa e detalhada do médico especialista e hospitalar, em caso de internação.

b) declaração médica por doença devidamente preenchida e assinada pelo médico assistente;

c) cópia do prontuário médico-hospitalar;

d) cópia dos exames médicos;

e) comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora **do segurado;**

f) cópia do RG e CPF do segurado;

g) termo de Curatela, se houver;

h) no caso de existência de termo de curatela, cópia do RG, CPF e comprovante de residência ou declaração de residência disponível no site institucional da Seguradora **do curador disposto no termo; e**

i) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização via crédito em conta corrente ou poupança, devidamente preenchido e assinado. A assinatura deverá ser idêntica à do documento de identificação ou com reconhecimento de firma. Em caso de assinatura digital, esta deverá ser realizada por meio da plataforma com padrão ICP-Brasil, GOV.BR, ou utilizando certificado digital em conformidade com as normas do padrão ICP-Brasil. (OBS: Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados)**.**

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Ratificam-se as demais disposições constantes das Condições Contratuais da Apólice que não foram revogadas por estas Condições Especiais.

1. OBJETIVO

1.1 É a garantia do pagamento de uma indenização ao segurado caso o mesmo venha a se submeter a algum dos transplantes relacionados no item 2.1, **e desde que seja comprovado como único recurso para recuperação do órgão afetado.**

1.2 Caso esta cobertura tenha sido contratada junto com a cobertura de Adiantamento por doença terminal, a soma dos capitais segurados das duas coberturas não poderá ser superior a 100% (cem por cento) da cobertura básica de Morte.

2. COBERTURA

2.1 Para fins desta cobertura entende-se como Transplante de Órgãos a recepção de transplante, em função da perda irreversível da função dos seguintes órgãos: córnea, rins, fígado, coração, pulmão ou medula óssea.

2.2 A realização do transplante deverá ser comprovada por laudo médico, emitido por dois médicos especialistas na patologia em questão.

2.2.1 Não serão aceitos como médico especialista o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a medicina.

2.2.2 Para fins desta cobertura, o diagnóstico e a realização do transplante do órgão deverão ser posteriores ao prazo de carência contado a partir do início de vigência do risco individual. O período de carência constará na proposta de adesão e na apólice e será de no máximo 2 (dois) anos, não podendo exceder metade do período de vigência da cobertura individual.

2.3 Caso o Segurado faleça dentro da vigência do Seguro e após o recebimento da indenização referente a esta cobertura, a Seguradora deduzirá da indenização da garantia de morte, o percentual de antecipação da garantia por Transplante de Órgãos já paga.

2.4 Somente haverá cobertura para o primeiro transplante realizado, desde que comunicado à Seguradora, não havendo, em hipótese alguma acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do transplante efetivamente realizado.

4. RISCOS COBERTOS

4.1 Não estão cobertos por esta garantia os seguintes casos:

4.1.1 Autotransplantes;

4.1.2 Transplantes não especificados no item 2.1;

4.1.3 Transplantes diagnosticados anteriormente ao cumprimento do Prazo de Carência;

4.1.4 Transplantes decorrentes de Doenças ou Lesões Preexistentes.

5. BENEFICIÁRIO

5.1 Para fins desta cobertura, é o próprio Segurado. Em caso de sua incapacidade para o recebimento da Indenização, esta será paga ao representante legal do Segurado.

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

6.1 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 - Regulação e Liquidação de sinistros das Condições Contratuais.

7. RATIFICAÇÃO

7.1 Ratificam-se as disposições constantes das Condições Contratuais desta Apólice que não foram modificadas por estas Condições Especiais.

1. OBJETIVO

1.1 Esta cobertura tem como objetivo indenizar o(s) Estipulante(s) deste Seguro, no valor do Capital Segurado contratado, a título de Verba Rescisória, caso o Segurado venha a falecer durante a vigência deste Seguro.

2. COBERTURA

2.1 Esta cobertura, na ocorrência do falecimento do Segurado Principal durante a vigência do Seguro, garante ao(s) Estipulante(s) uma indenização no valor do Capital Segurado contratado, referente às despesas com a rescisão do contrato de trabalho celebrado entre o(s) Estipulante(s) e o Segurado Principal, respeitado o disposto nestas Condições Especiais, nas Condições Contratuais da Apólice e as disposições legais aplicáveis.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento, a data do falecimento do segurado principal.

4. CUSTEIO

4.1 Esta cobertura deverá ser inteiramente custeada pelo Estipulante.

5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

5.1 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 - Regulação e Liquidação de sinistros das Condições Contratuais.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1 Ratificam-se as disposições constantes das Condições Contratuais da Apólice que não foram revogadas por estas Condições Especiais.

1. OBJETIVO

1.1 A presente cobertura tem como objetivo indenizar ao próprio Segurado um Capital Segurado contratado, em decorrência de diagnóstico de câncer maligno, durante a vigência do seguro.

2. COBERTURA

2.1 Para os efeitos desta cobertura, câncer é considerado uma doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas, e invasão e destruição de tecidos normais, com expressa indicação médica da necessidade de tratamento cirúrgico e/ou quimioterapia e/ou radioterapia e/ou tratamentos estabelecidos na literatura médica mundial e aceitos pelas respectivas Sociedades Médico-Científicas Especializadas e pelo Ministério da Saúde do Brasil. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por exame histológico conclusivo. A doença também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a Doença de Hodgkin.
2.2 O Segurado somente terá direito a indenização se o câncer for diagnosticado, após o prazo de carência e desde que se encontre em vida após 30 (trinta) dias contados a partir da data do diagnóstico da doença.
2.3 Não haverá a garantia de indenização se o diagnóstico do câncer for após a morte do segurado.
2.4 Somente haverá cobertura para o primeiro diagnóstico de câncer previsto nestas Condições Especiais, estando excluída a possibilidade de acumulação de indenizações pelo diagnóstico de mais de um câncer. Esta garantia será cancelada após o recebimento da indenização ou no primeiro dia posterior à data em que o Segurado completar uma idade máxima prevista nas Condições Particulares do seguro, o que ocorrer primeiro, sendo o valor do prêmio do seguro relativo a esta cobertura deduzido do prêmio total.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Configuram riscos excluídos da cobertura de Diagnóstico de Câncer:
a) qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
b) todos os cânceres não invasivos (in situ);
c) o câncer da próstata no estágio Ia, Ib e IC (Carcinoma prostático primário abaixo do estágio B0 pela classificação modificada Jewett, abaixo de T1c pela classificação TNM em 1992);
d) melanoma maligno, quando o grau de invasão de tecido é baixo (segundo a classificação Breslow, a profundidade é menor que 1,5 mm);
e) qualquer tumor maligno na presença de qualquer Vírus da Imunodeficiência Humana, desde que o mesmo tenha sido contraído antes do início de vigência da cobertura individual;
f) qualquer câncer de pele que não seja melanoma maligno; ou
g) câncer existente antes do início de vigência da cobertura individual.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 Para efeito do cálculo da indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data de ocorrência do Sinistro.
4.2 Para fins do disposto nesse item, considera-se data de ocorrência do Sinistro a data do diagnóstico do câncer, comprovado por resultado de exame anatomopatológico ou de qualquer outro exame complementar específico.

5. PRAZO DE CARÊNCIA

5.1 O período de carência constará na proposta de adesão e na apólice e será de no máximo 2 (dois) anos, não podendo exceder metade do período de vigência da cobertura individual. Não terá direito à indenização o Segurado que for acometido por câncer durante o Prazo de Carência.

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

6.1 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 - Regulação e Liquidação de sinistros das Condições Contratuais.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1 Ratificam-se as disposições constantes das Condições Contratuais da Apólice que não foram revogadas por estas Condições Especiais.

1. OBJETIVO

1.1 A presente cobertura tem como objetivo indenizar o valor da importância segurada estipulada na Proposta de Adesão e no Certificado Individual do Seguro, em decorrência de Diagnóstico Definitivo de Câncer Primário de Mama ou Ginecológico (útero, ovário, trompas, vagina e vulva), comprovado por médico e exames complementares apropriados para cada caso, diagnosticando o tumor maligno e com expressa indicação médica da necessidade da realização da cirurgia e/ou quimioterapia e/ou radioterapia e/ou tratamentos estabelecidos na literatura médica mundial e aceitos pelas respectivas Sociedades Médico-Científicas Especializadas e pelo Ministério da Saúde do Brasil, observado o disposto nos parágrafos 1º e 2º:

1.1.1 Outras modalidades de câncer não descritas no caput deste item não estarão cobertas e, por isso, não conferirão à Segurada qualquer direito a Indenização deste Seguro.

1.1.2 Não haverá a garantia de Indenização:

1.1.2.1 Se o Câncer Primário resultar de acidente ou Evento que configure Risco Excluído, nos termos do item 3 destas Condições Especiais, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à indenização referidas no item 18 das Condições Contratuais; e

1.1.2.2 Se o Câncer for diagnosticado após a morte da Segurada.

2. COBERTURA

2.1 Somente haverá cobertura para o primeiro diagnóstico definitivo de câncer primário, de Mama ou Ginecológico, estando excluída a possibilidade de acumulação de indenizações pelo diagnóstico definitivo de mais de um câncer. Esta garantia será cancelada após o recebimento da indenização ou no primeiro dia posterior à data em que a Segurada completar uma idade máxima prevista nas Condições Particulares do seguro, o que ocorrer primeiro, sendo o valor do prêmio do seguro relativo a esta cobertura deduzido do prêmio total.

2.2 As indenizações podem ser pagas sob a forma de pagamento único ou de renda certa, desde que tenha havido opção expressa da Segurada neste sentido, devendo as partes contratantes estabelecer, no contrato, o valor da renda mínima inicial.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Confiram os riscos excluídos da Cobertura de Diagnóstico de Câncer Primário:

3.1.1 Câncer ou neoplasia in situ no útero, ovário, trompas, vagina e vulva;

3.1.2 Câncer ou neoplasias malignas primárias de pele, na região das mamas;

3.1.3 Câncer ou neoplasias não primárias do tecido mamário, na região anatômica das mamas;

3.1.4 Neoplasias benignas das mamas, útero, ovário, trompas, vagina ou vulva; e

3.1.5 Neoplasias malignas das mamas, útero, ovário, trompas, vagina ou vulva que possuem ligação direta a neoplasias malignas das mamas, útero, ovário, trompas, vagina ou vulva identificadas no período de carência da cobertura.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 Para efeito do cálculo da indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data de ocorrência do Sinistro.

4.2 Para fins do disposto no caput deste item, considera-se data de ocorrência do Sinistro a data do diagnóstico definitivo da neoplasia maligna, comprovado por resultado de exame anatomopatológico ou de qualquer outro exame complementar específico.

5. PRAZO DE CARÊNCIA

5.1 O período de carência constará na proposta de contratação, na proposta de adesão e na apólice e será de no máximo 2 (dois) anos, não podendo exceder metade do período de vigência da cobertura individual. Portanto, não terá direito à garantia de Indenização a Segurada que for acometida por Câncer Primário durante o Prazo de Carência.

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

6.1 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 - Regulação e Liquidação de sinistros das Condições Contratuais.

7. RATIFICAÇÃO

7.1 Ratificam-se as disposições constantes das Condições Contratuais da Apólice que não foram revogadas por estas Condições Especiais.

1. OBJETIVO

1.1 A presente cobertura tem como objetivo indenizar o valor da importância segurada estipulada na Proposta de Adesão e no Certificado Individual do Seguro, em decorrência de Diagnóstico Definitivo de Câncer maligno de Próstata e Testículo, durante a vigência de seguro.

2. COBERTURA

2.1 Para os efeitos desta cobertura, câncer maligno de Próstata e Testículo, é considerado uma doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas, e invasão e destruição de tecidos da próstata e dos testículos, com expressa indicação médica da necessidade de tratamento cirúrgico e/ou quimioterapia e/ou radioterapia e/ou tratamentos estabelecidos na literatura médica mundial e aceitos pelas respectivas Sociedades Médico-Científicas Especializadas e pelo Ministério da Saúde do Brasil. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por exame histológico conclusivo.
2.2 O Segurado somente terá direito a indenização se o câncer for diagnosticado após cumprido o prazo de carência e desde que se encontre em vida após 30 (trinta) dias contados a partir da data do diagnóstico da doença.
2.3 O Segurado não fará jus à garantia se o câncer for diagnosticado após a morte do segurado.
2.4 Somente haverá cobertura para o primeiro diagnóstico de câncer previsto nestas Condições Especiais, estando excluída a possibilidade de acumulação de indenizações pelo diagnóstico de mais de um câncer. Esta garantia será cancelada após o recebimento da indenização ou no primeiro dia posterior à data em que o Segurado completar a idade máxima prevista nas Condições Particulares do seguro, o que ocorrer primeiro, sendo o valor do prêmio do seguro relativo a esta cobertura deduzido do prêmio total.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Estão excluídos da Cobertura de Diagnóstico de Câncer:
3.1.1 qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
3.1.2 todos os cânceres não invasivos (in situ);
3.1.3 o câncer da próstata no estágio Ia, Ib e Ic (Carcinoma prostático primário abaixo do estágio B0 pela classificação modificada Jewett, abaixo de T1c pela classificação TNM em 1992);
3.1.4 melanoma maligno, quando o grau de invasão de tecido é baixo (segundo a classificação Breslow, a profundidade é menor que 1,5 mm);
3.1.5 câncer existente antes do início de vigência da cobertura individual, seja ele maligno ou não.
3.1.6 qualquer outro tipo de câncer que não o referido no subitem 2.1;
3.1.7 metástase proveniente de doença primária que não seja do aparelho urológico;

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 Para efeito do cálculo da indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data de ocorrência do Sinistro.
4.2 Para fins do disposto nesse item, considera-se data de ocorrência do Sinistro a data do diagnóstico do câncer, comprovado por resultado de exame anatomopatológico ou de qualquer outro exame complementar específico.

5. PRAZO DE CARÊNCIA

5.1 O período de carência constará na proposta de contratação, na proposta de adesão e na apólice e será de no máximo 2 (dois) anos, não podendo exceder metade do período de vigência da cobertura individual. Portanto, não terá direito à garantia de Indenização a Segurada que for acometida por Câncer Primário durante o Prazo de Carência.

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

6.1 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 - Regulação e Liquidação de sinistros das Condições Contratuais.

7. RATIFICAÇÃO

7.1 Ratificam-se as disposições constantes das Condições Contratuais da Apólice que não foram revogadas por estas Condições Especiais.

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cláusula tem como objetivo incluir os cônjuges dos Segurados Principais no seguro, respeitadas as Condições Particulares.

2. GARANTIAS

2.1. Poderão ser contratadas as mesmas garantias previstas para o Segurado Principal.
2.2. O capital segurado da garantia básica do cônjuge não poderá exceder a 100 % (cem por cento) do capital do respectivo Segurado Principal.

3. FORMAS DE INCLUSÃO E ACEITAÇÃO

3.1. Os cônjuges poderão ser incluídos na apólice de forma **automática** ou **facultativa**.
3.2. A forma de inclusão do cônjuge será definida de comum acordo entre Estipulante e Seguradora e constará nas Condições Particulares do Seguro.
3.3. **Automática:** A inclusão no seguro de todos os cônjuges dos Segurados Principais é realizada **automaticamente**, mediante a assinatura e o preenchimento da proposta de adesão, podendo ser exigida a entrega de outros documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis. **A proposta de adesão poderá ser preenchida e assinada pelo Segurado Principal, ficando o mesmo responsável pelas informações prestadas.**
3.4. **Facultativa:** A inclusão no seguro dos cônjuges dos Segurados Principais é realizada **facultativamente, por solicitação expressa do respectivo Segurado Principal**, mediante a assinatura e o preenchimento da proposta de adesão, podendo ser exigida a entrega de outros documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis. **A proposta de adesão poderá ser preenchida e assinada pelo Segurado Principal, ficando o mesmo responsável pelas informações prestadas**.
3.5. São equiparados aos cônjuges as(os) companheiras(os) dos Segurados Principais, se ao tempo do contrato o(a) segurado(a) era separado(a) judicialmente, ou se já se encontrava separado(a) de fato.

4. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

4.1. O início de vigência será no momento do início de vigência da cobertura individual do respectivo Segurado Principal, para o cônjuge admitido no seguro simultaneamente com o mesmo.
4.2. Caso o cônjuge seja incluído no seguro após o início de vigência da cobertura individual do respectivo Segurado Principal, terá seu início de vigência às 24 (vinte e quatro) horas do dia do pagamento da primeira parcela do prêmio relativa às garantias contratadas por esta Condição Especial.

5. BENEFICIÁRIO

5.1. Em caso de morte do cônjuge, a indenização será devida ao Segurado Principal.
5.2. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e dos segurados dependentes, os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, principal e dos segurados dependentes, deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

6. CANCELAMENTO DO SEGURO DO CÔNJUGE

6.1. O seguro do cônjuge será obrigatoriamente cancelado, além dos casos de cancelamento da apólice:
a) com o cancelamento da respectiva cláusula suplementar mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem no mínimo, ¾ (três quartos) do grupo segurado;
b) nos casos de exclusão do Segurado Principal da apólice, inclusive por morte;
c) no caso de cessação de condição de dependente, inclusive por separação judicial ou divórcio;
d) a pedido do Segurado Principal, quando a forma de inclusão do cônjuge for facultativa; ou
e) com a inclusão do cônjuge no grupo segurável principal.

7. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 - Regulação e Liquidação de sinistros das Condições Contratuais.

8. DISPOSIÇÃO FINAL

8.1. Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Contratuais e deste seguro, que não modificadas por estas Condições Especiais.

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cláusula tem como objetivo incluir os filhos dos Segurados Principais e/ou dos cônjuges segurados pela Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge no seguro, respeitadas as Condições Particulares.

2. GARANTIAS

2.1. Poderão ser contratadas as mesmas garantias previstas para o Segurado Principal, observada a restrição de menores de 14 anos prevista no subitem 1.2. das Condições Especiais de Morte.

3. FORMAS DE INCLUSÃO E ACEITAÇÃO

3.1. Os filhos poderão ser incluídos na apólice de forma **automática** ou **facultativa**.
3.2. A forma de inclusão do filho será definida de comum acordo entre Estipulante e Seguradora e constará nas Condições Particulares do Seguro.
3.3. **Automática:** A inclusão no seguro de todos os filhos dos Segurados Principais é realizada **automaticamente**, mediante a assinatura e o preenchimento da proposta de adesão pelo Segurado Principal, podendo ser exigida a entrega de outros documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.
3.4. **Facultativa:** A inclusão no seguro dos filhos dos Segurados Principais é realizada **facultativamente, por solicitação expressa do respectivo Segurado Principal**, mediante a assinatura e o preenchimento da proposta de adesão pelo Segurado Principal, podendo ser exigida a entrega de outros documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.
3.5. São equiparados aos filhos os enteados e menores considerados dependentes do Segurado Principal, de acordo com o regulamento do imposto de renda.
3.6. Quando ambos os cônjuges forem componentes do grupo segurado, os filhos somente podem ser incluídos uma única vez, como dependente daquele de maior capital segurado, sendo este denominado Segurado Principal para efeito da Cláusula.

4. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

4.1. O início de vigência será no momento do início de vigência da cobertura individual do respectivo Segurado Principal, para o filho admitido no seguro simultaneamente com o mesmo.
4.2. Caso o filho seja incluído no seguro após o início de vigência da cobertura individual do respectivo Segurado Principal, terá seu início de vigência às 24 (vinte e quatro) horas do dia do pagamento da primeira parcela do prêmio relativa à garantia contratada por esta Condição Especial.

5. BENEFICIÁRIO

5.1. Em caso de morte do filho, a indenização será devida ao Segurado Principal.
5.2. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e dos segurados dependentes, os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, principal e dos segurados dependentes, deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

6. CANCELAMENTO DO SEGURO DO FILHO

6.1. O seguro do filho será obrigatoriamente cancelado, além dos casos de cancelamento da apólice:
a) com o cancelamento da respectiva cláusula suplementar mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem no mínimo, ¾ (três quartos) do grupo segurado;
b) nos casos de exclusão do Segurado Principal da apólice, inclusive por morte;

7. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 – Regulação e Liquidação de sinistros das Condições Contratuais.

8. DISPOSIÇÕES FINAIS

8.1. Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Contratuais deste seguro, que não modificadas por estas Condições Especiais.

1. OBJETIVO

1.1 Esta cláusula tem como objetivo incluir os agregados dos Segurados Principais na cobertura de Assistência Funeral do seguro contratado, respeitadas as Condições Particulares.

2. GARANTIAS

2.1 Poderá ser contratada apenas a cobertura de Assistência Funeral.
2.2 O capital segurado do agregado será o mesmo do respectivo Segurado Principal para a cobertura de Assistência Funeral.
2.3 Incluem-se no conceito de agregados:
2.3.1 Pai e mãe do segurado principal;
2.3.2 Pai e mãe, sogro e sogra do segurado principal; ou
2.3.3 Pessoa física indicada pelo segurado principal.
2.4 Os agregados descritos nos itens 2.3.1, 2.3.2 e 2.3.3 acima serão definidos na contratação.

3. FORMAS DE INCLUSÃO E ACEITAÇÃO

3.1 Os agregados poderão ser incluídos na apólice de forma **automática** ou **facultativa**.
3.2 A forma de inclusão dos agregados será definida de comum acordo entre Estipulante e Seguradora e constará nas Condições Particulares do Seguro.
3.3 Automática: A inclusão no seguro de todos os agregados dos Segurados Principais é realizada automaticamente, mediante a assinatura e o preenchimento da proposta de adesão, podendo ser exigida a entrega de outros documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis. A proposta de adesão será preenchida e assinada pelo Segurado Principal, ficando o mesmo responsável pelas informações prestadas.
3.4 Facultativa: A inclusão no seguro dos agregados dos Segurados Principais é realizada facultativamente, por solicitação expressa do respectivo Segurado Principal, mediante a assinatura e o preenchimento da proposta de adesão, podendo ser exigida a entrega de outros documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis. A proposta de adesão será preenchida e assinada pelo Segurado Principal, ficando o mesmo responsável pelas informações prestadas.

4. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

4.1 O início de vigência será o mesmo da cobertura individual do respectivo Segurado Principal, para os agregados admitidos no seguro simultaneamente com o mesmo.
4.2 Caso os agregados sejam incluídos no seguro após o início de vigência da cobertura individual do respectivo Segurado Principal, terá seu início de vigência às 24 (vinte e quatro) horas do dia do pagamento do primeiro prêmio relativo à garantia contratada por esta Garantia Suplementar.

5. BENEFICIÁRIOS

5.1 Em caso de morte do agregado, o reembolso será devido à pessoa que comprovar o pagamento das despesas com o funeral.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA DOS AGREGADOS

6.1 A cobertura dos agregados será obrigatoriamente cancelada, além dos casos de cancelamento da apólice:
a) com o cancelamento da respectiva cláusula suplementar mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem no mínimo, ¾ (três quartos) do grupo segurado;
b) nos casos de exclusão do Segurado Principal da apólice, inclusive por morte;
c) no caso de cessação de condição de agregado, inclusive por separação judicial ou divórcio, no caso de sogro(a).
d) a pedido do Segurado Principal, quando a forma de inclusão dos agregados for facultativa; ou

e) com a inclusão dos agregados no grupo segurável principal.

7. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

7.1 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 – Regulação e Liquidação de sinistros das Condições Contratuais.

8. DISPOSIÇÕES FINAIS

8.1 Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Contratuais e deste seguro, que não modificadas por esta Cláusula Suplementar.

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cláusula tem como objetivo incluir o pai do Segurado Principal no seguro, respeitadas as Condições Particulares.

2. GARANTIAS

2.1. Poderá ser contratada a cobertura **Morte Natural ou Acidental**.

3. FORMAS DE INCLUSÃO E ACEITAÇÃO

3.1. O pai poderá ser incluído na apólice de forma **facultativa**.
3.2. A inclusão no seguro do pai do Segurado Principal é realizada **facultativamente, por solicitação expressa do respectivo Segurado Principal**, mediante a assinatura e o preenchimento da proposta de adesão pelo Segurado Principal, podendo ser exigida a entrega de outros documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

4. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

4.1. O início de vigência será no momento do início de vigência da cobertura individual do respectivo Segurado Principal, para o pai admitido no seguro simultaneamente com o mesmo.
4.2. Caso o pai seja incluído no seguro após o início de vigência da cobertura individual do respectivo Segurado Principal, terá seu início de vigência às 24 (vinte e quatro) horas do dia do pagamento da primeira parcela do prêmio relativa à garantia contratada por esta Condição Especial.

5. BENEFICIÁRIO

5.1. Em caso de morte do pai, a indenização será devida ao Segurado Principal.
5.2. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e dos segurados dependentes, os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, principal e dos segurados dependentes, deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

6. CANCELAMENTO DO SEGURO DO PAI

6.1. O seguro do pai será obrigatoriamente cancelado, além dos casos de cancelamento da apólice:

a) com o cancelamento da respectiva cláusula suplementar mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem no mínimo, ¾ (três quartos) do grupo segurado;
b) nos casos de exclusão do Segurado Principal da apólice, inclusive por morte;
c) com a inclusão do pai no grupo segurável como Segurado Principal.

7. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 – Regulação e Liquidação de sinistros das Condições Contratuais.

8. DISPOSIÇÕES FINAIS

8.1. Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Contratuais deste seguro, que não modificadas por estas Condições Especiais.

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cláusula tem como objetivo incluir a mãe do Segurado Principal no seguro, respeitadas as Condições Particulares.

2. GARANTIAS

2.1. Poderá ser contratada a cobertura **Morte Natural ou Acidental**.

3. FORMAS DE INCLUSÃO E ACEITAÇÃO

3.1. A mãe poderá ser incluída na apólice de forma **facultativa**.
3.2. A inclusão no seguro da mãe do Segurado Principal é realizada **facultativamente, por solicitação expressa do respectivo Segurado Principal**, mediante a assinatura e o preenchimento da proposta de adesão pelo Segurado Principal, podendo ser exigida a entrega de outros documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

4. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

4.1. O início de vigência será no momento do início de vigência da cobertura individual do respectivo Segurado Principal, para a mãe admitida no seguro simultaneamente com o mesmo.
4.2. Caso a mãe seja incluída no seguro após o início de vigência da cobertura individual do respectivo Segurado Principal, terá seu início de vigência às 24 (vinte e quatro) horas do dia do pagamento da primeira parcela do prêmio relativa à garantia contratada por esta Condição Especial.

5. BENEFICIÁRIO

5.1. Em caso de morte da mãe, a indenização será devida ao Segurado Principal.
5.2. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e dos segurados dependentes, os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, principal e dos segurados dependentes, deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

6. CANCELAMENTO DO SEGURO DA MÃE

6.1. O seguro da mãe será obrigatoriamente cancelado, além dos casos de cancelamento da apólice:

a) com o cancelamento da respectiva cláusula suplementar mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem no mínimo, ¾ (três quartos) do grupo segurado;
b) nos casos de exclusão do Segurado Principal da apólice, inclusive por morte;
c) com a inclusão da mãe no grupo segurável como Segurado Principal.

7. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 – Regulação e Liquidação de sinistros das Condições Contratuais.

8. DISPOSIÇÕES FINAIS

8.1. Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Contratuais deste seguro, que não modificadas por estas Condições Especiais.

1. OBJETIVO

1.1 É a garantia do pagamento de uma indenização ao segurado no caso do seu filho nascer com doença congênita conforme definido no item 2.

2. COBERTURA

2.1 Para fins desta cobertura entende-se como doenças congênitas as disfunções fisiológicas de origem sistêmica bem como as provocadas por má formações anatômicas, *presentes no nascimento*, diagnosticadas e comprovadas como congênitas, por uma declaração de médico especialista, até o sexto mês do nascimento.
2.2 Não serão aceitos como médico especialista o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados à prática da medicina.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento, a data do nascimento do filho do Segurado com doença congênita.

4. CARÊNCIA

4.1 O período de carência constará na proposta de adesão e na apólice e será de no máximo 2 (dois) anos, não podendo exceder metade do período de vigência da cobertura individual.

5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

5.1 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 - Regulação e Liquidação de sinistros das Condições Contratuais.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1 Ratificam-se as disposições constantes das Condições Contratuais da Apólice que não foram revogadas por estas Condições Especiais.

1. OBJETIVO

1.1. A presente cobertura tem como objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao Beneficiário, conforme definido nas Condições Particulares, em caso de perda involuntária de emprego durante a vigência do seguro, observando-se os riscos excluídos.

2. GARANTIA

2.1. Perda Involuntária de Emprego: como "perda involuntária de emprego" entende-se o segurado que ficar desempregado involuntariamente e que a demissão não tenha sido por justa causa, e que fique sem receber nenhuma remuneração pela prestação de um trabalho pessoal para outro empregador.
2.2. Elegibilidade: serão elegíveis todas as pessoas físicas que possuam vínculo com o estipulante e que possuam vínculo empregatício, com carteira de trabalho assinada em conformidade com a Consolidação das Leis do Trabalho, comprovando um período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador ou, se por mais de um empregador, comprovar que o período de inatividade nos últimos 12 (doze) meses não tenha sido superior ao período máximo estabelecido nas Condições Particulares do seguro, limitado ao máximo de 30 (trinta) dias.
2.3. O segurado não poderá estar coberto por mais de um certificado de Perda Involuntária de Emprego. Na ocorrência desse fato, a seguradora considerará como certificado válido aquele que tiver emissão mais antiga.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos mencionados no item Dos Riscos Excluídos, constante das Condições Contratuais, estão ainda expressamente excluídos da garantia especial:
a) demissão por justa causa;
b) demissão voluntária;
c) aposentadoria;
d) programas de Demissão Voluntária ou Negociada, incentivados pelo empregador do Segurado;
e) campanhas de demissões em massa. Considera-se "demissão em massa" o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no mesmo mês;
f) estágios e contratos de trabalho temporário em geral;
g) aqueles que se encontrarem em aviso prévio na data da inclusão no seguro;
h) demissões ocorridas durante o período de carência estabelecido nas Condições Particulares;
i) funcionários que tenham cargo de eleição pública e que não forem regidos pela CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), incluindo-se assessores e outros de nomeação em Diário Oficial;
j) perda de um único vínculo empregatício, quando houver mais do que um no mesmo período.

4. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

4.1. A garantia prevista nas presentes condições especiais aplica-se para eventos cobertos ocorridos no território nacional.

5. CAPITAL SEGURADO E PRÊMIO

5.1. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do desligamento do segurado.

6. FRANQUIA

6.1. O segurado somente terá direito a esta Cobertura se permanecer desempregado por prazo superior a 30 (trinta) dias, consecutivos e ininterruptos, a contar da data do evento coberto (desemprego).

7. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 – Regulação e Liquidação de sinistros das Condições Contratuais.

7.2. A necessidade e a periodicidade em que as informações deverão ser atualizadas pelo segurado serão determinadas em Condições Particulares e têm a finalidade de comprovar o estado de desemprego, para continuidade do processo de indenização.

8. RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se as demais disposições constantes das Condições Contratuais da Apólice que não foram revogadas por estas Condições Especiais.

1. OBJETIVO

1.1 A presente cobertura tem como objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao Beneficiário, conforme definido nas Condições Particulares, em caso de Incapacidade Física Total e Temporária por Doença ou Acidente durante a vigência do seguro, observando-se os riscos excluídos.

2. GARANTIA

2.1 Incapacidade Física Total e Temporária: Considera-se como "incapacidade física total e temporária" aquela, motivada por acidente ou doença, sendo caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta de o segurado exercer qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sobre tratamento médico.

2.2 Elegibilidade: São elegíveis as pessoas físicas que sejam profissionais liberais ou autônomos que possuam comprovação de renda e atividade.

2.2.1 Caso o segurado venha se tornar total e permanentemente inválido, seja por acidente ou doença, ficará automaticamente extinta a cobertura.

2.2.2 Deverá haver um intervalo mínimo de 6 (seis) meses entre um evento de incapacidade física temporária e outro.

2.3 O segurado não poderá estar coberto por mais de um certificado de Incapacidade Física Total e Temporária. Na ocorrência desse fato, a seguradora considerará como certificado válido aquele que tiver emissão mais antiga.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Estão expressamente excluídos os afastamentos decorrentes de:

a) alterações psíquicas e mentais, compreendidas entre elas as consequentes ao uso/consumo de álcool e seus derivados, drogas ilícitas e seus derivados, drogas medicamentosas psicoativas ou psicoestimulantes ou substâncias entorpecentes;

b) ceratotomia radial e demais condutas refrativas, mesmo que decorrentes de acidentes pessoais;

c) Cirurgias plásticas em geral, salvo as restauradoras de função orgânica e as resultantes de acidentes ocorridos na vigência do seguro, que requeiram reparação anatômica e as demais reconstrutoras inseridas como coadjuvante dos tratamentos cirúrgicos das neoplasias malignas;

d) Cirurgias plásticas redutoras de qualquer espécie e as demais para colocação, retirada ou reposição de qualquer prótese;

e) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com a finalidade estética, embelezadora, cosmética ou social e ainda aqueles relacionados aos métodos de manutenção/alteração voluntários da anatomia corporal, com ou sem finalidade de rejuvenescimento, mesmo que haja indicação médica paralela, exceto nas condições previstas no item anterior, quando necessários à restauração/reparação/reconstrução da função de algum órgão ou membro, alterada em razão de evento ocorrido na vigência do Seguro;

f) Tratamentos clínicos, cirúrgicos ou por qualquer método considerados não éticos, assim como, aqueles não reconhecidos pelos órgãos de fiscalização e normatização da medicina no País, incluindo-se os experimentais, os não referendados e os demais liberados sob quaisquer ressalvas restritivas;

g) Quaisquer tratamentos e suas consequências, em qualquer tempo, para emagrecimento mesmo que para obesidade mórbida;

h) Tratamentos para senilidade e outras manifestações senis, repouso, convalescença física e/ou psíquica, qualquer que seja a origem, mesmo com indicação médica;

i) Tratamentos odontológicos e bucomaxilofaciais de qualquer espécie, origem ou indicação, mesmo que, em consequência de acidente pessoal;

j) Infecções oportunistas, condições infecciosas recidivantes e doenças infectocontagiosas de notificação compulsória, inclusive a AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) e suas consequências.

k) Epidemias e endemias declaradas por órgão competente, assim como suas decorrências;

l) Eventos decorrentes de doenças e ou acidentes pessoais ocorridos antes do início de vigência do risco individual ou durante o período de carência estabelecido nas Condições Particulares;
m) Eventos, ainda que cobertos, mas compreendidos no período de franquia estabelecido no contrato;
n) Tratamentos e suas consequências em qualquer tempo, destinados a correção de infertilidade, esterilidade, impotência, assim como, aqueles destinados à anticoncepção, métodos contraceptivos e inseminação artificial, incluindo a realização de métodos diagnósticos invasivos a quaisquer das questões aqui relacionadas;
o) Doenças ocupacionais incluindo as profissionais e as doenças do trabalho, abrangendo todas aquelas situações clínicas que tenham histórico médico anterior relacionado a condições em que haja/tenha havido, em qualquer tempo pregresso, nexo 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).

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente ou do diagnóstico da doença geradora da incapacidade.

5. FRANQUIA

5.1 O Segurado somente terá direito a esta Cobertura se permanecer incapacitado por prazo superior a 15 (quinze) dias, a contar da data do evento coberto (incapacidade física).

6. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

6.1 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 – Regulação e Liquidação de sinistros, constante das Condições Contratuais.
6.2 A necessidade e a periodicidade em que as informações deverão ser atualizadas pelo segurado serão determinadas em Condições Particulares e têm a finalidade de comprovar o estado de incapacidade física temporária, para continuidade do processo de indenização.

7. RATIFICAÇÃO

7.1 Ratificam-se as demais disposições constantes das Condições Contratuais da Apólice que não foram revogadas por estas Condições Especiais.

1. OBJETIVO

1.1 A presente cobertura tem como objetivo reembolsar ao(s) Segurado(s) deste Seguro, até o valor da Importância Segurada, conforme definido no Item 3 destas condições especiais, em caso de acidente pessoal coberto, as despesas efetuadas pelo Segurado necessárias para seu tratamento.

2. COBERTURA

2.1 É a garantia do pagamento das despesas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos trinta primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto.
2.2 Estão cobertas as despesas médicas e dentárias, bem como diárias hospitalares incorridas a critério médico que o Segurado efetuar para seu restabelecimento.
2.3 Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.
2.4 Desde que preservada a livre escolha, pode a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos para facilitar a prestação da assistência ao Segurado.
2.5 As despesas efetuadas no exterior serão ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento, realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizadas monetariamente pela Seguradora, pela variação do índice de preço determinado no contrato, quando da liquidação do sinistro.
2.6 **Não** estão abrangidas na cobertura as despesas decorrentes de:
2.6.1 Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
2.6.2 Aparelhos que se referem a próteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente.
3.2 O capital segurado da garantia de despesas médico-hospitalares não pode ser superior ao maior capital estabelecido para as demais garantias.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Além dos riscos mencionados nas Condições Contratuais, estão também expressamente excluídos:
4.1.1 Os acidentes ocorridos em consequência:
a) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos ou erupções vulcânicas;
b) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, salvo se tratar de ato de humanidade em auxílio de outrem ou da prestação de serviço militar.

5. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

5.1 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 – Regulação e Liquidação de sinistros, constante das Condições Contratuais.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1 Serão garantidos todos os direitos do segurado às demais coberturas conforme estabelecido nas Condições Contratuais do Seguro, durante o período de recebimento de indenização da cobertura objeto destas Condições Especiais, desde que continue efetuando o pagamento integral do prêmio referente às demais coberturas.
6.2 Ratificam-se as demais disposições constantes das Condições Contratuais da Apólice que não foram revogadas por estas Condições Especiais.

1. OBJETIVO

1.1 A presente cobertura tem como objetivo pagar uma indenização ao Segurado Principal caso o mesmo, em virtude de um acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do seguro, sofra Queimadura de terceiro grau, cobrindo ao menos 5% (cinco por cento) da área da superfície do corpo.

2. COBERTURA

2.1 Para fins desta cobertura, estão cobertas exclusivamente as queimaduras de 3º (terceiro grau), conforme definidas abaixo:

2.1.1 **Queimadura do 3° grau**: a pele costuma ser escura (carbonizada) com aspecto de couro ou esbranquiçada com aspecto de cera; a dor é geralmente pequena, pois a queimadura atinge terminações nervosas da pele. Esta queimadura destrói todas as camadas da pele, atingindo até o subcutâneo, podendo atingir tendões, ligamentos, músculos e ossos. Danifica tecidos mais profundos provocando uma lesão grave. Não há regeneração espontânea da pele, necessitando de enxertia. Exemplo: Queimaduras por contato direto com chamas.

2.1.2 **Tabela de Lund Browder:** Método mais apurado para determinação da percentagem total de superfície corporal atingida. Este método leva em consideração as proporções do corpo em relação à idade do Segurado.

Área	Adulto (%)
Cabeça	7
Pescoço	2
Tronco Ant.	13
Tronco Post.	13
R. Glútea Dir.	2,5
R. Glútea Esq.	2,5
Genitália	1
Braço Dir.	4
Braço Esq.	4
Antebraço Dir.	3
Antebraço Esq.	3
Mão Dir.	2,5
Mão Esq.	2,5
Coxa Dir.	9,5
Coxa Esq.	9,5
Perna Dir.	7
Perna Esq.	7
Pé Dir.	3,5
Pé Esq.	3,5

3. COBERTURA

3.1 Após a alta médica definitiva do Segurado em virtude de tratamento hospitalar decorrente de Queimadura Grave (queimadura de 3º grau em, pelo menos, 5% do corpo), a Seguradora pagará uma indenização ao próprio Segurado, no valor do Capital Segurado contratado para a presente cobertura, desde que haja relação direta entre a queimadura aqui descrita e o acidente pessoal coberto, conforme descrito nas presentes condições especiais.

3.1.1 **Tabela de Lesões Cobertas**. Queimadura de 3° grau que afetam:

a) Entre 5% e 19% da superfície do corpo - 50% do valor do Capital Segurado contratado, limitado a R$ 50 mil (cinquenta mil reais).

b) A partir de 20% da superfície do corpo - 100% do valor do Capital Segurado contratado, limitado a R$ 50 mil (cinquenta mil reais).

3.2 O diagnóstico deverá ser confirmado por médico inscrito no Conselho Federal de Medicina e evidenciando resultados da tabela de *Lund Browder* ou por um calculador equivalente de área corporais queimadas.

3.3 As indenizações por morte acidental e queimadura grave não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por queimadura grave, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte acidental deve ser deduzida a importância já paga por queimadura grave.

3.4 Na ocorrência de queimadura grave a indenização será paga sob a forma de pagamento único.

4. PERÍODO DE FRANQUIA

4.1 Não haverá franquia para esta cobertura.

5. ADESÃO AO SEGURO

5.1 O limite de idade mínimo para adesão de 18 anos e o máximo de 80 anos.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento, a data do acidente.

6.2 O capital segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

6.3 O capital segurado para os diversos tipos de queimaduras, incluídas nesta cobertura, serão de acordo os percentuais aplicados sobre o valor do capital segurado, definido na tabela de *Lund Browder.*

7. RISCOS EXCLUÍDOS

7.1 Além dos riscos mencionados nas Condições Contratuais, estão também expressamente excluídos:

7.1.1 Os acidentes ocorridos em consequência de:

a) Eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

b) Eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.

c) Eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

d) Autolesão.

7.1.2 Os acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro.

8. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

8.1 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 - Regulação e Liquidação de sinistros das Condições Contratuais.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1 Serão garantidos todos os direitos do segurado às demais coberturas conforme estabelecido nas Condições Contratuais do Seguro, durante o período de recebimento de indenização da cobertura objeto destas Condições Especiais, desde que continue efetuando o pagamento integral do prêmio referente às demais coberturas.

9.2 Ratificam-se as disposições constantes das Condições Contratuais da Apólice que não foram revogadas por estas Condições Especiais.

1. OBJETIVO

1.1 A presente cobertura tem como objetivo garantir ao Segurado Principal o pagamento de diárias ao Segurado titular, caso este venha a se afastar temporariamente do exercício de sua ocupação remunerada em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto. O valor da diária a ser indenizada deve ser compatível com a renda do segurado. O Segurado fará jus a esta Garantia se ficar total, contínuo e ininterruptamente, **por período temporário**, impossibilitado de exercer sua ocupação remunerada em caráter profissional durante o período em que se encontrar em tratamento médico, observados para cada evento o período indenitário, a franquia, a carência e o Módulo contratado ("1" ou "2"), estabelecidos no Contrato.

1.2 Esta cobertura estará disponível em 2 módulos:

1.2.1 **Módulo 1**: Sem cobertura para L.E.R. - Lesão por Esforço Repetitivo, D.O.R.T. - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho e L.T.C. - Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo;

1.2.2 **Módulo 2:** Com cobertura para L.E.R. - Lesão por Esforço Repetitivo, D.O.R.T. - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho e L.T.C. - Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo.

1.2.3 Em nenhuma hipótese o Segurado poderá optar pela contratação de ambos os Módulos, devendo sinalizar adequadamente, quando do preenchimento da proposta de adesão, a opção desejada.

1.2.4 Não será permitida, em nenhuma hipótese, a troca entre Módulos durante a vigência do seguro.

2. DEFINIÇÕES

2.1 **Acidente Pessoal**: para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Contratuais deste seguro.

2.2 **Limite Máximo de Diárias Indenizáveis:** é a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus enquanto estiver afastado de sua profissão ou ocupação por motivo de doença ou acidente pessoal coberto, a contar do primeiro dia após o término do período de Franquia e após cumprido o prazo de carência.

2.3 **Valor da diária contratada:** É o valor do(s) rendimento(s) líquido(s) mensal(is) do segurado titular proveniente(s) do exercício de sua ocupação remunerada em caráter profissional, comprovado(s) quando da liquidação do sinistro, dividido por 30 (trinta), limitado ao valor do capital segurado contratado dividido por 30 (trinta).

2.4 **Capital Segurado:** é aquele indicado na proposta de adesão e no certificado individual, a título de Renda Mensal. O segurado estará contratando um limite de capital e não um capital fixo. A indenização deverá ser compatível com **o(s) rendimento(s) líquido(s) mensal(is) do Segurado proveniente(s) do exercício de sua ocupação remunerada em caráter profissional e** será determinada a partir da comprovação de renda no momento da liquidação do sinistro, não podendo exceder tal limite. A Renda diária (ou valor da diária contratada) será obtida dividindo-se o Capital Segurado por 30 (trinta).

2.5 **Período indenitário**: corresponde ao período durante o qual o segurado fará jus ao recebimento da renda diária contratada, observado o disposto no item 6 destas condições especiais. O período indenitário contratado pelo Segurado constará da proposta de adesão e do Contrato. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar o período indenitário contratado.

3. COBERTURA

3.1 Este seguro prevê o pagamento de diárias ao Segurado, compatível com a renda, desde que fique comprovada sua total, contínua e ininterrupta, porém temporária, impossibilidade de exercer a sua profissão ou ocupação durante o período em que se encontrar sob tratamento médico por motivo de doença ou acidente pessoal coberto, observado para cada evento o período indenitário, a franquia, a carência e o Módulo contratado, estabelecidos no Contrato.

3.1.1 O valor do Capital Segurado poderá ser superior ao valor da renda mensal líquida comprovada, quando da liquidação de sinistro, considerando que a contratação é de um limite máximo indenizável. Sendo assim, o pagamento da indenização (valor da diária a ser pago) será realizado em função do valor comprovado, correspondente a perda de renda do segurado em função de seu afastamento, até o valor da diária contratada.

Desta forma, não caberá devolução de prêmios, pois o mesmo não é calculado em função de um capital fixo, mas em função de um limite máximo de indenização contratado.

3.1.2 Se ficar comprovada má-fé do segurado no que tange à informação constante na proposta de contratação, o segurado perderá o direito ao recebimento do capital segurado, com base no artigo 766 do Código Civil.

3.2 O pagamento das diárias se extinguirá com o retorno do segurado à atividade, com o fim do tratamento médico ou com o falecimento do mesmo ou findo o período do limite de diárias contratado.

3.3 Se ficar verificado pela perícia médica que a incapacidade de caráter temporário evolui para uma invalidez total e permanente, nada mais será devido para a cobertura de Diária por Incapacidade Temporária.

4. PERÍODO DE FRANQUIA

4.1 Poderá ser adotado período de franquia, a contar da data do evento, conforme estabelecido no Contrato, na proposta de adesão e na apólice, obedecido o limite máximo legal de até 15 (quinze) dias.

4.2 O período de franquia para eventos decorrentes de doença ou acidente pessoal poderá ou não ser o mesmo.

4.3 O Segurado somente terá direito à garantia de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença no caso de afastamento de suas atividades profissionais pelo tempo superior à franquia de dias estabelecida, e desde que sejam dias consecutivos e ininterruptos.

5. PERÍODO DE CARÊNCIA

5.1 O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, sendo estabelecido no Contrato e constará na proposta de adesão e na apólice.

5.2 As garantias deste seguro somente passam a vigorar depois de cumpridos os seguintes prazos de carência:

5.2.1 Eventos decorrentes de L.E.R. - Lesão por Esforço Repetitivo, D.O.R.T. - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho e L.T.C. - Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo: 150 (cento e cinquenta) dias contados a partir do início de vigência do seguro.

5.2.2 Eventos decorrentes de doenças não previstas neste item alínea “a”, acima: 60 (sessenta) dias contados a partir do início de vigência do seguro.

5.2.3 Eventos decorrentes de acidente pessoal: Não há carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação ou de adesão ao seguro.

5.3 Em caso de aumento do valor da diária, as carências para eventos decorrentes de LER, DORT e LTC serão de 210 dias e para as demais doenças serão de 90 dias, consideradas a partir do início de vigência do respectivo aumento. O aumento da carência incidirá somente sobre a diferença entre o novo valor e o valor antigo, ou seja, sobre o acréscimo feito. Para o valor inicialmente acordado, permanecerá a carência prevista no item 5.2 e o prazo continuará correndo normalmente. O limite máximo que um seguro pode estabelecer como prazo de carência é de 2 (dois) anos. Entretanto, o prazo de carência não pode exceder metade do prazo de vigência da apólice.

5.4 O pagamento antecipado dos prêmios não reduz o período de carência do seguro.

6. LIMITE MÁXIMO DE DIÁRIAS

6.1 O número máximo de diárias a serem pagas, por evento coberto, para cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal será fixado na Proposta de Adesão, no Certificado Individual e no Contrato e não poderá ser superior a:

6.1.1 90 (noventa) dias para eventos decorrentes de L.E.R. - Lesão por Esforço Repetitivo, D.O.R.T. - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho e L.T.C. - Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo (exclusivo para o Módulo 2); e

6.1.2 365 (trezentos e sessenta e cinco dias) para os demais eventos cobertos.

7. ADESÃO AO SEGURO

7.1 Poderão ser incluídos no grupo segurado os proponentes pertencentes ao grupo segurável que estejam em gozo de boa saúde, em plena atividade profissional, sem qualquer comprometimento de sua capacidade laborativa, e tiverem preenchido e assinado a proposta de adesão, observados os limites de idade definidos na apólice, na qual o proponente

declara ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Contratuais e Especiais, bem como a entrega dos documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

8. CAPITAL SEGURADO

8.1 O Capital Segurado para esta Cobertura deverá ser compatível com a renda mensal líquida do segurado proveniente do exercício de sua ocupação remunerada em caráter profissional, comprovada quando da liquidação do sinistro, e será estabelecido contratualmente, devendo constar no respectivo Certificado Individual do Seguro. **Ele não será um capital fixo, mas um limite de capital indenizável.**

8.2 O Segurado poderá, a qualquer tempo, solicitar à Seguradora o aumento ou a redução do valor do capital segurado, dentro dos limites mínimo e máximo de valores para o capital estabelecidos no Contrato;

8.3 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação do sinistro, será considerada como data do evento, o primeiro dia do afastamento por incapacidade do segurado de exercer sua profissão ou ocupação remunerada;

8.4 O capital segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional;

8.5 Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 90 (noventa) dias contado da data do último retorno as atividades laborativas.

9. RISCOS EXCLUÍDOS

9.1 Além dos riscos mencionados nas Condições Contratuais, estão também expressamente excluídos dos Módulos 1 e 2:

a) Gravidez, parto e suas consequências, exceto se decorrente de acidentes pessoais;

b) Toda e qualquer condição obstétrica, incluindo abortos, provocados ou não e suas decorrências imediatas, mediatas e tardias, exceto se decorrente de acidentes pessoais;

c) Ceratotomia radial e demais condutas refrativas, mesmo que decorrentes de acidentes pessoais;

d) Cirurgias plásticas em geral, salvo as restauradoras de função orgânica e as resultantes de acidentes ocorridos na vigência do seguro, que requeiram reparação anatômica e as demais reconstrutoras inseridas como coadjuvante dos tratamentos cirúrgicos das neoplasias malignas;

e) Cirurgias plásticas redutoras de qualquer espécie e as demais para colocação, retirada ou reposição de qualquer prótese;

f) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com a finalidade estética, embelezadora, cosmética ou social e ainda aqueles relacionados aos métodos de manutenção/alteração voluntários da anatomia corporal, com ou sem finalidade de rejuvenescimento, mesmo que haja indicação médica paralela, exceto nas condições previstas no item anterior, quando necessários à restauração/reparação/reconstrução da função de algum órgão ou membro, alterada em razão de evento ocorrido na vigência do Seguro;

g) Tratamentos clínicos, cirúrgicos ou por qualquer método considerados não éticos, assim como, aqueles não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia, incluindo-se os experimentais, os não referendados e os demais liberados sob quaisquer ressalvas restritivas;

h) Quaisquer tratamentos e suas consequências, em qualquer tempo, para emagrecimento mesmo que para obesidade mórbida;

i) Tratamento para senilidade e outras manifestações senis, repouso, convalescença física e/ou psíquica, qualquer que seja a origem, mesmo com indicação médica;

j) Tratamento odontológicos e bucomaxilofaciais de qualquer espécie, origem ou indicação;

k) Tratamento de doenças ou lesões físicas originadas em consequência de calamidade pública, conflitos, tumultos, revoluções, eventos sísmicos, catástrofes ou envenenamentos coletivos;

l) Quando ocorrer o agravamento intencional do risco, por parte do Segurado;

m) Infecções oportunistas, condições infecciosas recidivantes e doenças infectocontagiosas de notificação compulsória, inclusive a AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) e suas consequências.

n) Epidemias e endemias declaradas por órgão competente, assim como suas decorrências;

o) Eventos decorrentes de doenças e ou acidentes pessoais ocorridos antes do início de vigência do risco individual ou durante o período de carência estabelecido nestas Condições Contratuais.

p) Eventos, ainda que cobertos, mas compreendidos no período de franquia estabelecido no Contrato;

q) Tratamentos e suas consequências em qualquer tempo, destinados a correção de infertilidade, esterilidade, impotência, mudança de sexo, assim como aqueles destinados à anticoncepção, métodos contraceptivos e inseminação artificial, incluindo a realização de métodos diagnósticos invasivos a quaisquer das questões aqui relacionadas;

r) Estados de convalescença (após a alta médica);

s) Hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;

t) Anomalias ou malformações congênitas com manifestação em qualquer época;

u) Luxações recidivantes (que tenham ocorrido após um primeiro acometimento) de qualquer articulação;

v) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;

w) Instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;

x) Distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais, incluindo síndrome do pânico e estresse, bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia em suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;

y) Doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais;

z) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;

aa) Qualquer tipo de hérnia e suas consequências.

9.2 Estão também expressamente excluídos do Módulo 1:

a) 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, nexo 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;

b) Lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais degenerativas, dorsalgias e cervicalgias.

10. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

10.1 Para o recebimento da indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato. Desta forma, o segurado deverá comunicar a ocorrência do sinistro ao segurador logo que seja possível fazê-lo, conforme artigo 771 do Código Civil.

10.2 O Segurado deverá apresentar à Seguradora, os documentos listados no item 19 – Regulação e Liquidação de sinistros, das Condições Contratuais, necessários ao esclarecimento e comprovação do afastamento e sua causa. Caso tais documentos não sejam suficientes para a elucidação dos fatos, deverá ser observado o disposto nos itens 19.11 e 19.12.

10.3 Com base na comunicação e comprovantes de sinistro e estando devidamente caracterizada a incapacidade temporária nos termos destas condições, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias.

11. INDENIZAÇÃO

11.1 A indenização consiste no pagamento do **valor da diária compatível com a renda mensal líquida proveniente única e exclusivamente do exercício de sua ocupação remunerada em caráter profissional, limitada ao valor da diária de referência contratada constante na proposta de adesão**, durante o período do efetivo afastamento prescrito pelo Médico Assistente, desde que ratificado no relatório da perícia médica, mas limitado ao período indenitário contratado. O período prescrito pelo Médico Assistente deverá corresponder ao da efetiva incapacidade laborativa e ser compatível com o período necessário à recuperação do Segurado, salvo nos casos de intercorrências comprovadas e que justifiquem a prorrogação do período inicialmente previsto, devidamente comprovada por laudo do Médico Assistente.

11.2 A primeira perícia médica poderá determinar a necessidade de realização de nova perícia médica, quando será apresentado um relatório atualizado do médico assistente.

11.3 A indenização será devida depois de cumprido os prazos de carência e franquia, quando se inicia a contagem do período indenitário contratado. O pagamento das diárias se extinguirá com o falecimento do segurado ou com o retorno do segurado à atividade.
11.4 É de exclusiva responsabilidade do Segurado em gozo da Renda Diária por Incapacidade Temporária a comunicação, por escrito, da cessação do seu estado de incapacidade ou retorno à atividade remunerada.
11.5 Caso a Seguradora venha efetuar pagamentos indevidos, por omissão da comunicação prevista no item anterior, o Segurado ficará responsável pela devolução, à Seguradora, das quantias indevidamente pagas.
11.6 O pagamento das diárias será feito no 10º (décimo) dia útil de cada mês subsequente ao afastamento, desde que tenha sido apresentada a documentação pertinente. Nos casos em que o período de afastamento superar 30 (trinta) dias, o pagamento será efetuado a cada 30 (trinta) dias.
11.7 A indenização será paga com base no(s) rendimento(s) mensal(is) líquido(s), proveniente(s) exclusivamente do exercício da ocupação remunerada em caráter profissional do Segurado, em vigor na data do sinistro, devidamente comprovado(s), limitado ao Capital Segurado contratado.
11.8 A partir da data em que se tornar exigível, e não sendo cumprido o prazo estabelecido para o pagamento, a indenização será atualizada com base na variação positiva do índice estabelecido no item 11 das Condições Contratuais.
11.9 A variação de que trata o subitem 11.8, será apurada entre o último índice publicado antes da data do evento e aquele de sua efetiva liquidação, estando ainda sujeito a aplicação de Mora, conforme subitem 11.10.
11.10 Da Aplicabilidade de Mora: Adicionalmente à atualização descrita nos subitens anteriores, os valores relativos às indenizações serão acrescidos de juros moratórios de 1% ao ano, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado no subitem 19.10 das Condições Contratuais, sendo efetuada a partir do 1º dia posterior ao referido prazo.
11.11 Não haverá acúmulo de pagamento de diárias.
11.12 Todas as despesas efetuadas com a comprovação do evento correrão por conta do segurado. As comprobatórias da exclusão de cobertura correrão por conta da Seguradora.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1 Serão garantidos todos os direitos do segurado às demais coberturas conforme estabelecido nas Condições Contratuais do Seguro, durante o período de recebimento de indenização da cobertura objeto destas Condições Especiais, desde que continue efetuando o pagamento integral do prêmio referente às demais coberturas.
12.2 Ratificam-se as disposições constantes das Condições Contratuais da Apólice que não foram revogadas por estas Condições Especiais.

1. OBJETIVO

1.1 A presente cobertura tem como objetivo garantir o pagamento de diárias ao Segurado titular, caso este venha a se afastar temporariamente do exercício de sua ocupação remunerada em decorrência de acidente pessoal coberto. O valor da diária a ser indenizada deve ser compatível com a renda do segurado. O Segurado fará jus a esta Garantia se ficar total, contínuo e ininterruptamente, **por período temporário**, impossibilitado de exercer sua ocupação remunerada em caráter profissional durante o período em que se encontrar em tratamento médico, observados para cada evento o período indenitário, a franquia e a carência estabelecidos no Contrato.

2. DEFINIÇÕES

2.1 **Acidente Pessoal**: para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item "Definições" das Condições Contratuais deste seguro.
2.2 **Limite Máximo de Diárias Indenizáveis:** é a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus enquanto estiver afastado de sua ocupação remunerada em caráter profissional por motivo de acidente pessoal coberto, a contar do primeiro dia após o término do período de Franquia.
2.3 **Valor da diária contratada:** É o valor do(s) rendimento(s) líquido(s) mensal(is) do segurado titular proveniente(s) do exercício de sua ocupação remunerada em caráter profissional, comprovado(s) quando da liquidação do sinistro, dividido por 30 (trinta), limitado ao valor do capital segurado contratado dividido por 30 (trinta).
2.4 **Capital Segurado**: é aquele indicado na proposta de adesão e no certificado individual, a título de Renda Mensal. O segurado estará contratando um limite de capital e não um capital fixo. A indenização deverá ser compatível com **o(s) rendimento(s) líquido(s) mensal(is) do Segurado proveniente(s) do exercício de sua ocupação remunerada em caráter profissional e** será determinada a partir da comprovação de renda no momento da liquidação do sinistro, não podendo exceder tal limite. A Renda diária (ou valor da diária contratada) será obtida dividindo-se o Capital Segurado por 30 (trinta).
2.5 **Período indenitário**: corresponde ao período durante o qual o segurado fará jus ao recebimento da renda diária contratada, observado o disposto no item 6 destas condições especiais. O período indenitário contratado pelo Segurado constará da proposta de adesão e do Contrato. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar o período indenitário contratado.

3. COBERTURA

3.1 Este seguro prevê o pagamento de diárias ao Segurado, compatível com a renda, desde que fique comprovada sua total, contínua e ininterrupta, porém temporária, impossibilidade de exercer a sua profissão ou ocupação durante o período em que se encontrar sob tratamento médico por motivo de acidente pessoal coberto, observado para cada evento o período indenitário e a franquia, estabelecidos no Contrato.
3.1.1 O valor do Capital Segurado poderá ser superior ao valor da renda mensal líquida comprovada, quando da liquidação de sinistro, considerando que a contratação é de um limite máximo indenizável. Sendo assim, o pagamento da indenização (valor da diária a ser pago) será realizado em função do valor comprovado, correspondente a perda de renda do segurado em função de seu afastamento, até o valor da diária contratada. Desta forma, não caberá devolução de prêmios, pois o mesmo não é calculado em função de um capital fixo, mas em função de um limite máximo de indenização contratado.
3.1.2 Se ficar comprovada má-fé do segurado no que tange à informação constante na proposta de contratação, o segurado perderá o direito ao recebimento do capital segurado, com base no artigo 766 do Código Civil.
3.2 O pagamento das diárias se extinguirá com o retorno do segurado à atividade, com o fim do tratamento médico ou com o falecimento do mesmo ou findo o período do limite de diárias contratado.
3.3 Se ficar verificado pela perícia médica que a incapacidade de caráter temporário evolui para uma invalidez total e permanente, nada mais será devido para a cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por Acidente.

4. PERÍODO DE FRANQUIA

4.1 Poderá ser adotado período de franquia, a contar da data do evento, conforme estabelecido no Contrato, na proposta de adesão e na apólice, obedecido o limite máximo legal de até 15 (quinze) dias.
4.2 O Segurado somente terá direito à garantia de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente no caso de afastamento de suas atividades profissionais pelo tempo superior à franquia de dias estabelecida, e desde que sejam dias consecutivos e ininterruptos.

5. PERÍODO DE CARÊNCIA

5.1 Não haverá carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação ou de adesão ao seguro.

6. LIMITE MÁXIMO DE DIÁRIAS

6.1 O número máximo de diárias a serem pagas, por evento coberto, para cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal será fixado na Proposta de Adesão, no Certificado Individual e no Contrato e não poderá ser superior a 365 (trezentos e sessenta e cinco dias).

7. ADESÃO AO SEGURO

7.1 Poderão ser incluídos no grupo segurado os proponentes pertencentes ao grupo segurável que estejam em gozo de boa saúde, em plena atividade profissional, sem qualquer comprometimento de sua capacidade laborativa, e tiverem preenchido e assinado a proposta de adesão, observados os limites de idade definidos na apólice, na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Contratuais e Especiais, bem como a entrega dos documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

8. CAPITAL SEGURADO

8.1 O Capital Segurado para esta Cobertura deverá ser compatível com a renda mensal líquida do segurado proveniente do exercício de sua ocupação remunerada em caráter profissional, comprovada quando da liquidação do sinistro, e será estabelecido contratualmente, devendo constar no respectivo Certificado Individual do Seguro. **Ele não será um capital fixo, mas um limite de capital indenizável.**
8.2 O Segurado poderá, a qualquer tempo, solicitar à Seguradora o aumento ou a redução do valor do capital segurado, dentro dos limites mínimo e máximo de valores para o capital estabelecidos no Contrato.
8.3 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação do sinistro, será considerada como data do evento, o primeiro dia do afastamento por incapacidade do segurado de exercer sua profissão ou ocupação remunerada.
8.4 O capital segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional.
8.5 Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 90 (noventa) dias contado da data do último retorno as atividades laborativas.

9. RISCOS EXCLUÍDOS

9.1 Além dos riscos mencionados nas Condições Contratuais, estão também expressamente excluídos os acidentes em consequência:
a) de competições em veículos, inclusive treinos preparatórios, salvo se tratar de mera utilização de meio de transporte mais arriscado ou prática de esportes;
b) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos ou erupções vulcânicas;
c) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, salvo se tratar de ato de humanidade em auxílio de outrem ou da prestação de serviço militar;
d) de qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT/LTC, fibromialgias e síndromes miofasciais, 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;
e) de tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;

f) de epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;
g) de cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes cobertos ocorridos na vigência do Seguro;
h) de tratamento odontológico e ortodontológico;
i) de lesões decorrentes de tratamentos cirúrgicos (acidente cirúrgico) ou clínicos que não tenham como origem um acidente pessoal coberto;
j) de internações decorrentes de doenças cerebrovasculares, ainda que possam ser identificadas pela expressão "acidentes vasculares cerebrais";
k) de perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie.

10. PROCEDIMENTO EM CASOS DE SINISTRO

10.1 Para o recebimento da indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato. Desta forma, o segurado deverá comunicar a ocorrência do sinistro ao segurador logo que seja possível fazê-lo, conforme artigo 771 do Código Civil.
10.2 O Segurado deverá apresentar à Seguradora, os documentos listados no item 19 – Regulação e Liquidação de sinistros, das Condições Contratuais, necessários ao esclarecimento e comprovação do afastamento e sua causa. Caso tais documentos não sejam suficientes para a elucidação dos fatos, deverá ser observado o disposto nos itens 19.11 e 19.12.
10.3 Com base na comunicação e comprovantes de sinistro e estando devidamente caracterizada a incapacidade temporária nos termos destas condições, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias.

11. INDENIZAÇÃO

11.1 A indenização consiste no pagamento do valor da diária compatível com a renda mensal líquida proveniente única e exclusivamente do exercício de sua ocupação remunerada em caráter profissional, limitada ao valor da diária de referência contratada constante na proposta de adesão, durante o período do efetivo afastamento prescrito pelo Médico Assistente, desde que ratificado no relatório da perícia médica, mas limitado ao período indenitário contratado. O período prescrito pelo Médico Assistente deverá corresponder ao da efetiva incapacidade laborativa e ser compatível com o período necessário à recuperação do Segurado, salvo nos casos de intercorrências comprovadas e que justifiquem a prorrogação do período inicialmente previsto, devidamente comprovada por laudo do Médico Assistente.
11.2 A primeira perícia médica poderá determinar a necessidade de realização de nova perícia médica, quando será apresentado um relatório atualizado do médico assistente.
11.3 A indenização será devida depois de cumprido o prazo de franquia, quando se inicia a contagem do período indenitário contratado. O pagamento das diárias se extinguirá com o falecimento do segurado ou com o retorno do segurado à atividade.
11.4 É de exclusiva responsabilidade do Segurado em gozo da Renda Diária por Incapacidade Temporária a comunicação, por escrito, da cessação do seu estado de incapacidade ou retorno à atividade remunerada.
11.5 Caso a Seguradora venha efetuar pagamentos indevidos, por omissão da comunicação prevista no item anterior, o Segurado ficará responsável pela devolução, à Seguradora, das quantias indevidamente pagas.
11.6 O pagamento das diárias será feito no 10º (décimo) dia útil de cada mês subsequente ao afastamento, desde que tenha sido apresentada a documentação pertinente. Nos casos em que o período de afastamento superar 30 (trinta) dias, o pagamento será efetuado a cada 30 (trinta) dias.
11.7 A indenização será paga com base no(s) rendimento(s) mensal(is) líquido(s), proveniente(s) exclusivamente do exercício da ocupação remunerada em caráter profissional do Segurado, em vigor na data do sinistro, devidamente comprovado(s), limitado ao Capital Segurado contratado.
11.8 A partir da data em que se tornar exigível, e não sendo cumprido o prazo estabelecido para o pagamento, a indenização será atualizada com base na variação positiva do índice estabelecido no item 11 das Condições Contratuais.
11.9 A variação de que trata o subitem 11.8, será apurada entre o último índice publicado antes da data do evento e aquele de sua efetiva liquidação, estando ainda sujeito a aplicação de Mora, conforme subitem 11.10.

11.10 Da aplicabilidade de Mora: Adicionalmente à atualização descrita nos subitens anteriores, os valores relativos às indenizações serão acrescidos de juros moratórios de 1% ao ano, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado no subitem 19.10 das Condições Contratuais, sendo efetuada a partir do 1º dia posterior ao referido prazo.
11.11 Não haverá acúmulo de pagamento de diárias.
11.12 Todas as despesas efetuadas com a comprovação do evento correrão por conta do segurado. As comprobatórias da exclusão de cobertura correrão por conta da Seguradora.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1 Serão garantidos todos os direitos do segurado às demais coberturas conforme estabelecido nas Condições Contratuais do Seguro, durante o período de recebimento de indenização da cobertura objeto destas Condições Especiais, desde que continue efetuando o pagamento integral do prêmio referente às demais coberturas.
12.2 Ratificam-se as disposições constantes das Condições Contratuais da Apólice que não foram revogadas por estas Condições Especiais.

1. OBJETIVO

1.1 A presente cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado, dentro dos limites de cobertura, o pagamento de um valor fixo diário, conforme definido no Certificado Individual do Segurado, referente a cada dia de internação hospitalar, comprovada em estabelecimento hospitalar de sua livre escolha, desde que a hospitalização seja decorrente de acidente pessoal coberto e seja somente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.
1.2 Desde que preservada a livre escolha, pode a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços hospitalares para facilitar a prestação da assistência ao Segurado.

2. COBERTURA

2.1 A internação hospitalar deverá ser por um período mínimo de 12 (doze) horas, a qual deverá ser comprovada através de documentação do hospital, conforme definido no subitem 19.1.5. das Condições Contratuais.
2.2 Estão cobertas as diárias hospitalares incorridas a critério médico que o Segurado utilizar para seu restabelecimento em decorrência de acidente pessoal coberto.
2.3 A cobertura inicia-se no 1º (primeiro) dia da caracterização da internação hospitalar e termina no dia da alta médica hospitalar do segurado, respeitando o limite máximo de 360 (trezentos e sessenta) diárias por evento, sendo que nas reinternações as diárias serão cumulativas para este efeito.
2.4 Considera-se como reinternação a internação que se iniciar no período de vigência deste Seguro, dentro dos 360 (trezentos e sessenta) dias subsequentes ao fim de uma internação já sofrida, e que resulte de causas que sejam iguais ou relacionadas ao mesmo evento, e para a qual já tenha sido efetuado pagamento de indenização.
2.5 Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços hospitalares, desde que legalmente habilitados.
2.6 A internação hospitalar no exterior será paga com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento, realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido.

3. FRANQUIA

3.1 Para a cobertura de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente, o segurado deverá permanecer internado por um período mínimo de 12 (doze) horas, em hospital, em regime de internação, caracterizada pela utilização de acomodação qualquer que seja o tipo, para tratamento médico-hospitalar que não possa ser realizado em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório.
3.2 Não serão aplicados quaisquer tipos de carências nesta cobertura.
3.3 Poderá ser adotado período de franquia, a contar da data do evento, conforme estabelecido no Contrato, na proposta de adesão e na apólice, obedecido o limite máximo legal de até 15 (quinze) dias.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento a data da internação.
4.2 O Capital Segurado estabelecido para a cobertura contratada constará no Certificado Individual do Segurado, e representará o valor a ser pago por cada diária de hospitalização.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1 Além dos riscos mencionados nas Condições Contratuais, estão também expressamente excluídos os acidentes ocorridos em consequência:
5.1.1 de competições em veículos, inclusive treinos preparatórios, salvo se tratar de mera utilização de meio de transporte mais arriscado ou prática de esportes;
5.1.2 de furacões, ciclones, terremotos, maremotos ou erupções vulcânicas;

5.1.3 de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, salvo se tratar de ato de humanidade em auxílio de outrem ou da prestação de serviço militar. Esta ressalva se aplica também para os casos de utilização de meio de transporte mais arriscado e da prática de esporte;
5.1.4 de qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT, fibromialgias e síndromes miofasciais, 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;
5.1.5 de tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
5.1.6 de atos terroristas;
5.1.7 de epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;
5.1.8 de cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes cobertos ocorridos na vigência do Seguro;
5.1.9 de tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;
5.1.10 de tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátrica, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;
5.1.11 de lesões decorrentes de tratamentos cirúrgicos (acidente cirúrgico) ou clínicos que não tenham como origem um acidente pessoal coberto;
5.1.12 de internações decorrentes de doenças cerebrovasculares, ainda que possam ser identificadas pela expressão “acidentes vasculares cerebrais”;
5.1.13 de perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente pessoal;
5.1.14 de procedimentos que, por sua característica e amplitude, possam ser efetuados em ambulatório.

6. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

6.1 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 – Regulação e Liquidação de sinistros das Condições Contratuais.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1 Serão garantidos todos os direitos do segurado às demais coberturas conforme estabelecido nas Condições Contratuais do Seguro, durante o período de recebimento de indenização da cobertura objeto destas Condições Especiais, desde que continue efetuando o pagamento integral do prêmio referente às demais coberturas.
7.2 Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Contratuais e deste seguro, que não modificadas por esta Cláusula Suplementar.

1. OBJETIVO

1.1 As presentes Condições Especiais têm como objetivo o pagamento de indenização ao segurado, dentro dos limites de cobertura, de forma proporcional ao período da sua internação hospitalar, em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto, limitado ao número máximo de diárias estabelecido na apólice, no certificado individual e/ou no contrato de seguro, observadas as disposições contratuais.

2. COBERTURA

2.1 **A internação hospitalar deverá ser por um período mínimo de 96 (noventa e seis) horas, a qual deverá ser comprovada através de documentação do hospital, conforme definido no subitem 19.1.38 das Condições Contratuais.**

2.2 Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços hospitalares, desde que legalmente habilitados.

2.3 O beneficiário será o próprio segurado.

3. FRANQUIA E CARÊNCIA

3.1 **Para a cobertura de Diária de Internação Hospitalar, o segurado deverá permanecer internado por um período mínimo de 96 (noventa e seis) horas, em hospital, em regime de internação, caracterizada pela utilização de acomodação qualquer que seja o tipo, para tratamento médico-hospitalar que não possa ser realizado em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório.**

3.2 **Para os eventos decorrentes de doença, o período de carência para esta cobertura é de, até, 90 (noventa) dias e será contado a partir do início de vigência do seguro, estando indicado na apólice e/ou certificado individual e/ou contrato de seguro**.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data da internação.

4.2 O Capital Segurado estabelecido para a cobertura contratada constará do Certificado Individual do Segurado, e representará o valor a ser pago por cada diária de hospitalização.

4.3 Para fins desta cobertura, os capitais segurados serão estabelecidos na apólice e/ou contrato de seguro e/ou certificado individual, respeitando as seguintes regras:

a) Valor máximo por diária estabelecido e definido na apólice, e/ou no contrato de seguro e/ou no certificado individual;

b) Limite máximo de 250 (duzentas) diárias por evento, totalizando até 1.250 (mil duzentos e cinquenta) diárias durante a vigência desta cobertura, respeitadas as exclusões, bem como os prazos de carência e de franquia previstos nas cláusulas destas condições especiais.

4.4 O valor a ser indenizado aos segurados será igual ao valor da diária, vezes o número de dias de internação, respeitando o período de franquia.

4.5 O capital segurado será pago de uma única vez e será calculado após a regulação do sinistro, considerando o período em que o segurado esteve internado em hospital, a contar do 1º (primeiro) dia de internação, após o período de franquia indicado na Cláusula 3 – FRANQUIA E CARÊNCIA desta condição especial, até a data da alta médica, respeitadas as Condições Particulares.

4.6 É proibida a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares realizadas pelo segurado.

4.7 O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

4.8 O capital segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após cada evento coberto, de acordo com as demais disposições das Condições Particulares, sem cobrança de prêmio adicional.

4.9 Serão considerados como mesmo evento as transferências de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.

4.10 As internações que tenham por origem o mesmo acidente serão consideradas um mesmo evento coberto, exceto quando o intervalo entre essas ocorrências for superior a 12 (doze) meses.

4.11 Dessa forma serão somadas as diárias da internação anterior e respeitado o limite máximo estabelecido na Cláusula 4 – CAPITAL SEGURADO desta condição especial.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1 **Além dos riscos mencionados nas Condições Contratuais, estão também expressamente excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

a) Tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia;

b) Tratamentos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças com ela relacionadas;

c) Diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;

d) Tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos;

e) Qualquer procedimento relacionado a gravidez, parto ou aborto, exceto em caso de Acidente Pessoal;

f) Exame ou check-up preventivo;

g) Qualquer procedimento estético, tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento;

h) Cirurgias plásticas em geral, exceto as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de Acidente Pessoal ocorrido na vigência do seguro;

i) Tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de Acidente Pessoal;

j) Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida;

k) Tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças ou atos ilícitos dolosos devidamente comprovados;

l) Tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;

m) Tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;

n) Qualquer tipo de hérnia e suas consequências;

o) Internação domiciliar, mesmo que decorrente de Acidente Pessoal;

q) Investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação;

r) Tratamento cirúrgico devido a artroscopia e desvio de septo nasal;

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;

t) Angiografia e/ou qualquer outra intervenção intra-arterial (angioplastia, endarterectomia, embolectomia e similares);

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

v) epidemias e pandemias declaradas por órgão competente.

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

6.1 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 – Regulação e Liquidação de sinistros das Condições Contratuais.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1 Serão garantidos todos os direitos do segurado às demais coberturas, conforme estabelecido nas Condições Contratuais do Seguro, durante o período de recebimento de indenização da cobertura objeto destas Condições Especiais, desde que continue efetuando o pagamento integral do prêmio referente às demais coberturas.

7.2 Ratificam-se as demais disposições constantes das Condições Contratuais da Apólice que não foram revogadas por estas Condições Especiais.

1. OBJETIVO

1.1 As presentes Condições Especiais têm como objetivo o pagamento de indenização ao segurado, dentro dos limites de cobertura, de forma proporcional ao período da sua internação hospitalar, em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto. Para cada dia de internação hospitalar em UTI, a diária segurada será paga em dobro. O pagamento da indenização está limitado ao número máximo de diárias estabelecido na apólice, no certificado individual e/ou no contrato de seguro, observadas as disposições contratuais.

2. COBERTURA

2.1 **A internação hospitalar deverá ser por um período mínimo de 96 (noventa e seis) horas, a qual deverá ser comprovada através de documentação do hospital, conforme definido no subitem 19.1.38 das Condições Contratuais.**

2.2 Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços hospitalares, desde que legalmente habilitados.

2.3 O beneficiário será o próprio segurado.

3. FRANQUIA E CARÊNCIA

3.1 **Para a cobertura de Diárias de Internação Hospitalar – Adicional de UTI, o segurado deverá permanecer internado por um período mínimo de 96 (noventa e seis) horas, em hospital, em regime de internação, caracterizada pela utilização de acomodação qualquer que seja o tipo, para tratamento médico-hospitalar que não possa ser realizado em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório.**

3.2 **Para os eventos decorrentes de doença, o período de carência para esta cobertura é de, até, 90 (noventa) dias e será contado a partir do início de vigência do seguro, estando indicado na apólice e/ou certificado individual e/ou contrato de seguro.**

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data da internação hospitalar e/ou a data da internação hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva.

4.2 O Capital Segurado estabelecido para a cobertura contratada constará do Certificado Individual do Segurado, e representará o valor a ser pago por cada diária de hospitalização.

4.3 Para cada dia de internação hospitalar em UTI, a diária segurada será paga em dobro.

4.4 Para fins desta cobertura, os capitais segurados serão estabelecidos na apólice e/ou contrato de seguro e/ou certificado individual, respeitando as seguintes regras:

a) Valor máximo por diária estabelecido e definido na apólice, e/ou no contrato de seguro e/ou no certificado individual;

b) Limite máximo de 250 (duzentas) diárias por evento, totalizando até 1.250 (mil duzentos e cinquenta) diárias durante a vigência desta cobertura, respeitadas as exclusões, bem como os prazos de carência e de franquia previstos nas cláusulas destas condições especiais.

4.5 O valor a ser indenizado aos segurados será igual ao valor da diária, vezes o número de dias de internação, respeitando o período de franquia.

4.6 O capital segurado será pago de uma única vez e será calculado após a regulação do sinistro, considerando o período em que o segurado esteve internado em hospital, a contar do 1º (primeiro) dia de internação, após o período de franquia indicado na Cláusula 3 – FRANQUIA E CARÊNCIA destas condições especiais, até a data da alta médica, respeitadas as Condições Particulares.

4.7 É proibida a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares realizadas pelo segurado.

4.8 O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

4.9 O capital segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após cada evento coberto, de acordo com as demais disposições das Condições Particulares, sem cobrança de prêmio adicional.

4.10 Serão considerados como mesmo evento as transferências de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.

4.11 As internações que tenham por origem o mesmo acidente serão consideradas um mesmo evento coberto, exceto quando o intervalo entre essas ocorrências for superior a 12 (doze) meses.

4.12 Dessa forma serão somadas as diárias da internação anterior e respeitado o limite máximo estabelecido na Cláusula 4 – CAPITAL SEGURADO desta condição especial.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1 . **Além dos riscos mencionados nas Condições Contratuais, estão também expressamente excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

a) Tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia;

b) Tratamentos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças com ela relacionadas;

c) Diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;

d) Tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos;

e) Qualquer procedimento relacionado a gravidez, parto ou aborto, exceto em caso de Acidente Pessoal;

f) Exame ou check-up preventivo;

g) Qualquer procedimento estético, tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento;

h) Cirurgias plásticas em geral, exceto as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de Acidente Pessoal ocorrido na vigência do seguro;

i) Tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de Acidente Pessoal;

j) Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida;

k) Tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças ou atos ilícitos dolosos devidamente comprovados;

l) Tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;

m) Tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;

n) Qualquer tipo de hérnia e suas consequências;

o) Internação domiciliar, mesmo que decorrente de Acidente Pessoal;

q) Investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação;

r) Tratamento cirúrgico devido a artroscopia e desvio de septo nasal;

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;

t) Angiografia e/ou qualquer outra intervenção intra-arterial (angioplastia, endarterectomia, embolectomia e similares);

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

v) epidemias e pandemias declaradas por órgão competente.

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

6.1 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 – Regulação e Liquidação de sinistros das Condições Contratuais.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1 Serão garantidos todos os direitos do segurado às demais coberturas, conforme estabelecido nas Condições Contratuais do Seguro, durante o período de recebimento de indenização da cobertura objeto destas Condições Especiais, desde que continue efetuando o pagamento integral do prêmio referente às demais coberturas.

7.2 Ratificam-se as demais disposições constantes das Condições Contratuais da Apólice que não foram revogadas por estas Condições Especiais.

1. OBJETIVO

1.1 A presente cobertura tem como objetivo pagar uma indenização ao Segurado Principal caso o mesmo, em virtude de um acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do seguro, ainda que temporariamente, não tenha condições de realizar pelo menos 3 (três) das 6 (seis) atividades básicas da vida diária, conforme definidas abaixo, sem que seja imprescindível o auxílio de um terceiro.

2. DEFINIÇÕES

2.1 Para fins desta cobertura, são consideradas atividades básicas da vida diária:

2.1.1 Alimentar-se: Habilidade de, sem o auxílio de terceiros, consumir alimentos que tenham sido preparados ou estejam disponíveis, com ou sem o uso de utensílios de adaptação. Não significa a habilidade ou inabilidade para preparar alimentos;

2.1.2 Vestir-se: Capacidade de, sem o auxílio de um terceiro, vestir-se ou despir-se de vestimentas, calçar e descalçar calçados e/ou fixar ou soltar qualquer tipo de prótese;

2.1.3 Continência: Capacidade de fazer o seguinte, com ou sem o auxílio de equipamento: a) sentar-se dentro ou fora do vaso sanitário b) estar perto ou longe dele;

2.1.4 Necessidades Corporais: Capacidade de se sentar ou levantar de uma cadeira (incluindo cadeiras de rodas) ou cama. Se uma pessoa pode se mover com a ajuda de equipamentos, como barras de apoio ou outros equipamentos de apoio, então considera-se que pode mudar de posição;

2.1.5 Locomover-se: Capacidade de se mover sobre uma superfície. Se uma pessoa pode se mover com a ajuda de uma bengala, muletas, andadores, barras de apoio ou de outros equipamentos de apoio, então considera-se que pode locomover-se;

2.1.6 Banhar-se: Habilidade de tomar banho com ou sem o auxílio de equipamentos e/ou manter um grau razoável de higiene pessoal e asseio tais como: lavar o rosto, mãos, escovar os dentes, barbear-se, banhar-se e enxugar-se.

3. COBERTURA

3.1 Após a alta médica definitiva do Segurado em virtude de tratamento hospitalar decorrente de acidente pessoal coberto e, ultrapassado o período de franquia, conforme definido no item 4 das presentes condições especiais, sendo constatada e avaliada pelo médico responsável a incapacidade de realizar sem a assistência de pelo menos uma outra pessoa adulta, ainda que temporariamente, pelo menos 3 (três) das 6 (seis) atividades básicas diárias, conforme definidas no item 2 das presentes condições especiais e desde que as consequências do acidente se manifestem em no máximo até seis meses contados a partir da data de sua ocorrência, a Seguradora pagará uma indenização ao próprio Segurado, no valor do Capital Segurado contratado para a presente cobertura, desde que haja relação direta entre a incapacidade aqui descrita e o acidente pessoal coberto, conforme descrito nas presentes condições especiais.

3.2 O diagnóstico deverá ser confirmado por médico especialista, inscrito no Conselho Federal de Medicina, não sendo aceito como médico especialista o próprio Segurado, seu cônjuge, companheiro (na forma da lei), seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

3.3 A confirmação de que trata o subitem anterior deverá ser validada por médico da Seguradora.

3.4 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica. A junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

3.5 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora.

3.6 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.

4. PERÍODO DA FRANQUIA

4.1 Para fins desta cobertura, considera-se período de franquia o período de tempo mínimo que o Segurado deve permanecer, após a alta médica definitiva, com a condição de incapacidade de realizar sem a assistência de pelo menos uma outra pessoa adulta, pelo menos 3 (três) das 6 (seis) atividades básicas diárias para que faça jus à indenização.
4.2 Para fins deste seguro, o período de franquia será de 15 (quinze) dias, a contar da data da alta médica definitiva.

5. ADESÃO DO GRUPO

5.1 O limite de idade máximo para adesão ao seguro será de 80 anos.
5.2 O limite de idade máximo de permanência no seguro é de 85 anos, ou seja, a cobertura de Cuidados Prolongados por Acidente cessa quando o Segurado completar 85 anos.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação do sinistro, será considerada como data do evento, a data do acidente.
6.2 O capital segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto, desde que haja um intervalo de pelo menos 180 (cento e oitenta) dias entre cada evento, sem cobrança de prêmio adicional.

7. RISCOS EXCLUÍDOS

7.1 Além dos riscos mencionados nas Condições Contratuais, estão também expressamente excluídos:
7.1.1 Os acidentes ocorridos em consequência de:
7.1.1.1 De competições em veículos, inclusive treinos preparatórios, salvo se tratar de mera utilização de meio de transporte mais arriscado ou prática de esportes;
7.1.1.2 de furacões, ciclones, terremotos, maremotos ou erupções vulcânicas;
7.1.1.3 De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, salvo se tratar de ato de humanidade em auxílio de outrem ou da prestação de serviço militar. Esta ressalva se aplica também para os casos de utilização de meio de transporte mais arriscado e da prática de esporte.

8. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

8.1 Em caso de ocorrência de sinistro, o Segurado deverá comunicar à Seguradora e enviar os seguintes documentos para sua análise e regulação, conforme disposto abaixo:
8.1.1 a) A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 – Regulação e Liquidação de Sinistros das Condições Contratuais.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1 Ratificam-se as disposições constantes das Condições Contratuais da Apólice que não foram revogadas por estas Condições Especiais.

1. OBJETIVO

1.1 A presente cobertura tem como objetivo pagar uma indenização ao Segurado Principal caso o mesmo, em virtude de um acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do seguro, sofra fratura óssea.

2. DEFINIÇÕES

2.1 Para fins desta cobertura, estão cobertas as fraturas de ossos, conforme definidas abaixo:
2.1.1 **Fratura Completa**: Rompimento do osso de uma extremidade até a outra.
2.1.2 **Fratura Complexa**: Fratura exposta ou fratura que tenha afetado seriamente a função de um órgão.
2.1.3 **Fratura de Colles**: Fratura no osso rádio em nível do pulso.
2.1.4 **Fratura de Dedos**: no mínimo fratura de três dedos, das mãos ou dos pés, sofridas pelo Segurado em um mesmo evento.
2.1.5 **Fratura Múltipla**: Mais de uma fratura ocorrida no mesmo osso.

3. COBERTURA

3.1 Garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de fratura óssea relacionada a acidentes pessoais cobertos e conforme tabela definida abaixo.

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE FRATURA ÓSSEA

Tabela de Lesões Cobertas Fratura Óssea	% sobre o Capital Segurado a ser Indenizado
Vértebra Cervical	100%
Quadril ou Pelve	80%
Crânio	50%
Fêmur, Calcâneo, Úmero, Tornozelo, Perna, Cotovelo, Escápula, Maxilar, Clavícula, Antebraços, Punho (ossos do carpo)	35%
Vértebra, Torácica ou Lombar (cada)	20%
Osso esterno, patela (rótula)	15%
Mão (metacarpos, exceto dedos e ossos do carpo)	12%
Pés (exceto calcâneo e dedos do pé), Cóccix	10%
Face ou Nariz (exceto crânio e Maxilar)	5%
Costelas (cada)	3%
Dedos da mão e do pé (cada)	1%

3.2 Após a alta médica definitiva do Segurado em virtude de tratamento hospitalar decorrente exclusivamente de fratura óssea, a Seguradora pagará uma indenização ao próprio Segurado, de acordo com o percentual previsto na Tabela de

Lesões Cobertas para Fratura Óssea acima definida, desde que haja relação direta entre a fratura óssea e o acidente pessoal coberto, conforme descrito nas presentes condições especiais.

3.3 O diagnóstico deverá ser confirmado por médico inscrito no Conselho Federal de Medicina e evidenciado pelos exames radiológicos das fraturas, além de relatório devidamente preenchido constando a data, as circunstâncias e as consequências do acidente sofrido, bem como o diagnóstico e o tratamento prescrito ao Segurado.

3.4 A indenização por fratura óssea será calculada pela aplicação do percentual previsto para a lesão coberta de fratura óssea sofrida sobre o valor do Capital Segurado contratado para a referida cobertura. Quando do mesmo acidente resultar a fratura de mais de um osso, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento). Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo osso, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder a 100% (cem por cento) da indenização.

3.5 As indenizações por morte e fratura óssea não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por fratura óssea, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga por fratura óssea.

3.6 Na ocorrência de fratura óssea, a indenização será paga sob a forma de pagamento único.

4. PERÍODO DE FRANQUIA

4.1 Não haverá franquia nem carência para esta cobertura.

5. ADESÃO AO SEGURO

5.1 O limite de idade mínimo para adesão será de 18 anos e o máximo de 80 anos.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação do sinistro, será considerada como data do evento, a data do acidente.

6.2 O capital segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

6.3 O capital segurado para os diversos tipos de fraturas, incluídas nesta cobertura, serão de acordo com os percentuais aplicados sobre o valor do capital segurado, definido na tabela de Lesões Cobertas de Fratura Óssea.

7. RISCOS EXCLUÍDOS

7.1 Além dos riscos mencionados nas Condições Contratuais, excluem-se desta garantia, as ocorrências decorrentes de:

7.1.1 Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esportes ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

7.1.2 Fratura de Ossos em consequência de osteoporose (porosidade no osso causada por perda de proteína);

7.1.3 Fraturas patológicas provenientes de tumores ósseos, metástases ósseas e doenças do metabolismo;

7.1.4 Fratura Óssea acidental ocorrida como um resultado de doenças ou lesões pré-existentes à contratação deste seguro não declaradas na proposta de adesão e de conhecimento do Segurado na data de assinatura da mesma;

7.1.5 Acidentes ocorridos em consequência de eventos causados exclusivamente pela não utilização, por parte do Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

7.1.6 Acidentes ocorridos em consequência de autolesão;

7.1.7 Acidentes ocorridos antes do contrato de seguro;

7.1.8 Acidentes causados acidentalmente por minas, bombas, torpedos e outros engenhos explosivos ou incendiários, salvo quando em caso de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

7.1.9 de furacões, ciclones, terremotos, maremotos ou erupções vulcânicas;

7.1.10 Fabricação ou manipulação de equipamentos ou substâncias tóxicas, produtos químicos, plataformas de perfuração, inflamáveis ou explosivos e mineração, salvo quando em caso de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

8. PROCEDIMENTOS EM CASO DO SINISTRO

8.1 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 – Regulação e Liquidação de sinistros das Condições Contratuais.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1 Serão garantidos todos os direitos do segurado às demais coberturas conforme estabelecido nas Condições Contratuais do Seguro, durante o período de recebimento de indenização da cobertura objeto destas Condições Especiais, desde que continue efetuando o pagamento integral do prêmio referente às demais coberturas.

9.2 Ratificam-se as disposições constantes das Condições Contratuais da Apólice que não foram revogadas por estas Condições Especiais.

1. OBJETIVO

1.1 As presentes Condições Especiais têm como objetivo reembolsar ao(s) Segurado(s) deste Seguro, até o valor da Importância Segurada, definida no Item 3 destas condições especiais, em caso de acidente pessoal coberto, as despesas efetuadas pelo Segurado necessárias para compra de medicamentos para seu tratamento.

2. COBERTURA

2.1 É a garantia do reembolso das despesas efetuadas pelo Segurado com compra de medicamentos para seu tratamento, sob orientação médica, realizada nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente.
2.2 Estão cobertas as despesas incorridas com medicamentos, a critério médico, que o Segurado efetuar para seu restabelecimento.
2.3 Cabe ao Segurado a livre escolha dos estabelecimentos onde o medicamento será adquirido, desde que legalmente habilitados.
2.4 Desde que preservada a livre escolha, pode a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com estabelecimentos onde poderão ser adquiridos os medicamentos.
2.5 As despesas efetuadas no exterior serão ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento, realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizadas monetariamente pela Seguradora, pela variação do índice de preço determinado no Contrato, quando da liquidação do sinistro.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente.
3.2 O capital segurado pela garantia de Auxílio Medicamentos não pode ser superior ao maior capital estabelecido para as demais garantias.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Além dos riscos mencionados nas Condições Contratuais, estão também expressamente excluídos:
4.1.1 Os acidentes ocorridos em consequência:
a) de competições em veículos, inclusive treinos preparatórios, salvo se tratar de mera utilização de meio de transporte mais arriscado ou prática de esportes;
b) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos ou erupções vulcânicas;
c) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, salvo se tratar de ato de humanidade em auxílio de outrem ou da prestação de serviço militar. Esta ressalva se aplica também para os casos de utilização de meio de transporte mais arriscado e da prática de esporte.
4.1.2 Os medicamentos comprados sem receita médica emitida por profissional habilitado.
4.1.3 Os medicamentos que não estejam registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)
4.1.4 Os medicamentos que não tenham sido adquiridos para tratamento de consequências do acidente ou que não estejam diretamente relacionados ao evento.

5. FRANQUIA

5.1 Poderá ser adotado valor de franquia conforme estabelecido no Contrato, na proposta de adesão e na apólice.
5.2 O segurado somente terá direito ao reembolso do valor no caso do somatório dos medicamentos comprados terem valores superiores à franquia estabelecida em contrato.

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

6.1 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 – Regulação e Liquidação de sinistros das Condições Contratuais.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1 Serão garantidos todos os direitos do segurado às demais coberturas conforme estabelecido nas Condições Contratuais do Seguro, durante o período de recebimento de indenização da cobertura objeto destas Condições Especiais, desde que continue efetuando o pagamento integral do prêmio referente às demais coberturas.

7.2 Ratificam-se as demais disposições constantes das Condições Contratuais da Apólice que não foram revogadas por estas Condições Especiais.

1. OBJETIVO

1.1. Garante ao próprio segurado o pagamento antecipado do capital segurado da cobertura de Morte, em caso de Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença, durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nestas condições, e cujo valor do capital segurado individual será definido na contratação.
1.2. Esta cobertura somente poderá ser oferecida como antecipação da cobertura básica de Morte e não poderá ser contratada junto com a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – IFPD.

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Atividade Laborativa:** qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.
2.2. **Declaração Médica: documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum** outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
2.3. **Médico-Assistente**: médico que está assistindo o segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

3. COBERTURA

3.1. Entende-se por Invalidez Laborativa Total e Permanente por Doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do segurado.
3.1.1. A atividade laborativa principal é aquela através da qual o segurado obteve maior renda, considerando-se o exercício anual imediatamente anterior à constatação de sua invalidez ou imediatamente anterior ao afastamento de suas atividades laborativas por motivo da doença que acarretou a sua invalidez.
3.2. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos da cobertura de que trata este artigo, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.
3.2.1. Considera-se doença em estágio terminal aquela para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresente estado clínico grave, devidamente comprovado por um médico especialista, sem perspectiva de recuperação.
3.2.2. O diagnóstico deverá ser comprovado por declaração médica, emitida por médico especialista, e deve ser posterior à inclusão do segurado na apólice.
3.2.3. Não serão aceitos como médico especialista o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.
3.2.4. Somente será garantido por esta cobertura o estado terminal diagnosticado pela primeira vez dentro do período de vigência deste Seguro, e após o período de carência, desde que o Segurado não venha a falecer nos primeiros 30 (trinta) dias após o diagnóstico.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas Condições Contratuais, consideram-se também como riscos excluídos:
a) pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa;
b) perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais em decorrência direta e/ou indireta de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;
c) doenças em geral, cuja etiologia possa guardar alguma relação de causa e efeito direta ou indireta, em qualquer expressão, com a(s) atividade(s) profissional(is) exercida(s) pelo segurado, em qualquer momento pregresso;
d) doenças agravadas por traumatismos;
e) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas

cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforço Repetitivo – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

f) toda e qualquer outra condição médica que não se enquadre nos critérios definidos no âmbito dos riscos cobertos;

g) situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas como invalidez decorrente de acidente de trabalho; e

h) ocorrências de reabilitação profissional concedida através de certificado emitido por instituições oficiais da Previdência Social.

5. DATA DO SINISTRO

5.1. A data da Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença será a indicada na carta de concessão de aposentadoria por invalidez por doença emitida **por instituições oficiais da Previdência Social** ou na Declaração Médica devidamente preenchida e assinada por médico assistente nos casos de doença terminal.

6. CARÊNCIA

6.1. Poderá haver carência para esta cobertura, conforme período definido no contrato.

6.2. O período de carência poderá, a critério da seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou Exame Médico.

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

7.1. A idade máxima para adesão à cobertura e permanência sob a mesma será definida no contrato.

8. CAPITAL SEGURADO

8.1. Reconhecida a Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença, o pagamento do Capital Segurado contratado poderá ser realizado sob a forma de pagamento único ou renda, conforme previsto nos itens 20 e 21 das Condições Contratuais, cuja modalidade será decidida pelas partes contratantes e definida no contrato.

9. PERÍCIA MÉDICA

9.1. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.

9.2. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.

10. CANCELAMENTO DO SEGURO

10.1. Desde que efetivamente comprovada, por ser a cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença uma antecipação da básica (morte), seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do pagamento da indenização serão devolvidos, atualizados monetariamente.

10.2. Caso não seja comprovada a Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais Condições Particulares, sem qualquer devolução de prêmios.

11. DESPESAS DE CONTRATAÇÃO

11.1. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença serão de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante. As providências que a seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituirão, por si só, ato de reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

12. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

12.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 –

Regulação e Liquidação de sinistros das Condições Contratuais.

13. RATIFICAÇÃO

13.1. Ratificam-se as disposições constantes das Condições Contratuais que não foram modificadas por estas Condições Especiais.

1. OBJETIVO

1.1 A presente cobertura tem como objetivo garantir ao Segurado Principal o reembolso das despesas efetivamente gastas com a alteração da Residência Habitual e/ou Veículo Particular, limitado ao valor da importância segurada, caso o mesmo, em virtude de um acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do seguro, sofra lesão física e venha, por determinação de um médico fisioterapeuta, necessitar desta alteração.

2. GARANTIA

2.1 É a garantia do reembolso ao Segurado Principal das despesas efetivamente gastas com a alteração da Residência Habitual e/ou Veículo Particular, limitado ao valor da importância segurada, caso o mesmo, em virtude de um acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do seguro, sofra lesão física e venha, por determinação de um médico fisioterapeuta, necessitar desta alteração, respeitados os riscos excluídos constantes das Condições Contratuais e destas Condições Especiais.

2.1.1 O reembolso será feito para as despesas com a **Alteração da Residência Habitual** e/ou **Veículo Particular** que ocorreram em até 2 (dois) anos a contar da data do acidente.

2.1.2 O reembolso somente será efetuado mediante a apresentação das notas fiscais originais dos gastos, conforme o item 5 destas Condições Especiais.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1 O capital segurado desta garantia será estabelecido de comum acordo entre o Estipulante e a Seguradora, constando nas Condições Particulares da Apólice.

3.2 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente.

4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

4.1 **A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 - Regulação e Liquidação de sinistros das Condições Contratuais.**

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1 **Além dos riscos mencionados nas Condições Contratuais, estão também expressamente excluídos:**

Os acidentes ocorridos em consequência:

a) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos ou erupções vulcânicas;

b) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, salvo se tratar de ato de humanidade em auxílio de outrem ou da prestação de serviço militar.

6. BENEFICIÁRIO

6.1 É beneficiária desta garantia a pessoa que apresentar a comprovação com as despesas de alteração da Residência Habitual e/ou Veículo Particular do Segurado Principal, no caso do subitem 4.1 destas Condições Especiais.

7. RATIFICAÇÃO

7.1 Ratificam-se as disposições constantes das Condições Contratuais desta Apólice que não foram modificadas por estas Condições Especiais.

1. OBJETIVO

1.1 A presente cobertura tem por objetivo garantir ao segurado, ou na hipótese do falecimento do segurado durante ou após a internação, aos beneficiários por ele indicado, o pagamento de uma indenização proporcional ao período de sua internação hospitalar, comprovada, em estabelecimento hospitalar de sua livre escolha, desde que a hospitalização seja exclusivamente para o tratamento das complicações decorrentes da COVID-19, devidamente comprovada pelos testes laboratoriais evidenciando a presença do vírus SARS-CoV-2 em amostras biológicas do segurado e justificada pelas condições clínicas do segurado.

1.2 Deverão ser observados o período de franquia, carência, limites de diárias estabelecidos na apólice, no certificado individual e/ou no contrato de seguro e demais disposições contratuais.

2. COBERTURA

2.1 **A internação hospitalar deverá ser por um período superior a 12 (doze) horas, a qual deverá ser comprovada através de documentação definida no subitem 19.1.36 das Condições Contratuais.**

2.2 **O pagamento da indenização está limitado a 01 (uma) internação durante toda a vigência do seguro. Caso o segurado tenha alta médica hospitalar e venha a ser internado novamente por COVID-19, a indenização será devida somente em relação a um dos períodos de internação, desde que seja comprovada mediante a documentação exigida pela seguradora.**

2.3 Serão considerados como mesmo evento, a transferência de um hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.

2.4 Para fins dessa cobertura, somente serão aceitos os exames laboratoriais que comprovem o resultado positivo de COVID-19 (SARS-CoV2), realizados após o início de vigência da cobertura, e ainda, durante o período de internação ou em até 5 dias corridos antes da data do início do período da internação a ser solicitada a indenização, bem como documentação hospitalar pertinente ao período de internação conforme item 19.1.36 destas Condições Contratuais.

2.5 O Segurado somente terá direito à esta garantia no caso de internações hospitalares pelo tempo superior à franquia estabelecida, quando houver, e desde que sejam dias consecutivos e ininterruptos.

2.6 **Esta cobertura será cancelada após o pagamento da indenização.**

3. FRANQUIA E CARÊNCIA

3.1 Poderá ser adotado período de franquia, a contar da data do evento, conforme estabelecido no Contrato, na proposta de adesão e na apólice, obedecido o limite máximo legal de até 15 (quinze) dias.

3.2 O período de carência, se houver, constará na proposta de contratação, na proposta de adesão e na apólice e será de no máximo 2 (dois) anos, não podendo exceder metade do período de vigência da cobertura individual.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data da internação.

4.2 O Capital Segurado estabelecido para a cobertura contratada constará do Certificado Individual do Segurado, e representará o valor a ser pago por cada diária de hospitalização.

4.3 Para fins desta cobertura, os capitais segurados serão estabelecidos na apólice e/ou contrato de seguro e/ou certificado individual.

4.4 O valor a ser indenizado aos segurados será igual ao valor da diária multiplicado pelo número de dias de internação, respeitados o limite máximo de diária segurada e período de franquia, conforme definidos no contrato, na proposta de adesão e/ou na apólice.

4.5 O capital segurado será pago de uma única vez e será calculado durante a regulação do sinistro, considerando o período em que o segurado esteve internado em hospital, a contar do 1º (primeiro) dia de internação. Será descontado o período de franquia, se houver indicado na Cláusula 3 – FRANQUIA E CARÊNCIA destas condições especiais, até a data da alta médica, limitado à quantidade de diárias previstas nas Condições Particulares.

4.6 Não há reintegração de capital segurado.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1 **Além dos riscos mencionados nas Condições Contratuais, estão também expressamente excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

a) Quaisquer outras doenças e diagnósticos que não sejam de COVID-19;

b) Tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia;

c) Exame ou check-up preventivo;

d) Internação domiciliar (home care);

e) Toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico e/ou cirúrgico

f) Diagnóstico de COVID-19 antes da contratação do seguro;

g) Demais epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente, exceto as situações clínicas decorrentes de COVID-19.

h) Internações decorrentes de diagnósticos ocorridos fora do período de vigência do seguro.

6. BENEFICIÁRIO

6.1 O beneficiário será o próprio segurado.

6.2 Caso o segurado venha a falecer antes do pagamento da indenização, a indenização será paga aos beneficiários por ele indicados para esta cobertura. Na falta de indicação expressa de beneficiários pelo segurado para esta cobertura, a indenização será paga de acordo com a legislação vigente.

7. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.1 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 – Regulação e Liquidação de sinistros das Condições Contratuais.

7.2 O aviso do sinistro deverá ser formalizado na Seguradora após a alta médica hospitalar do segurado, observado o prazo prescricional.

8. RATIFICAÇÃO

8.1 Ratificam-se as demais disposições constantes das Condições Contratuais da Apólice que não foram revogadas por estas Condições Especiais.

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1 Esta cobertura tem como objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao Beneficiário, conforme definido nas Condições Particulares, em caso de Perda de Renda por evento coberto, de acordo com a qualificação profissional do segurado, durante a vigência do seguro, observando-se os riscos excluídos.

2. GARANTIA

2.1 A Perda de Renda estabelecida nestas condições poderá ocorrer por Perda Involuntária de Emprego, caso o segurado possua vínculo empregatício comprovado, ou por Incapacidade Física Total e Temporária por Doença ou Acidente, caso o segurado seja profissional liberal ou autônomo.

2.1.1 Perda Involuntária de Emprego: caracteriza-se quando o segurado ficar desempregado involuntariamente, desde que a demissão não tenha sido por justa causa e que fique sem receber nenhuma remuneração pela prestação de um trabalho pessoal para outro empregador.

2.1.2 Incapacidade Física Total e Temporária: Considera-se como "incapacidade física total e temporária" aquela, motivada por acidente ou doença, sendo caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta de o segurado exercer qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sobre tratamento médico.

2.1.2.1 Caso o segurado venha a se tornar total e permanentemente inválido, seja por acidente ou doença, ficará automaticamente extinta a cobertura.

2.1.2.2 Deverá haver um intervalo mínimo de 6 (seis) meses entre um evento de incapacidade física temporária e outro.

2.2 Elegibilidade: são elegíveis os proponentes que se enquadrem em uma das seguintes qualificações profissionais:

2.2.1 Vínculo empregatício: pessoas físicas que possuam vínculo empregatício comprovado através da carteira de trabalho assinada em conformidade com a Consolidação das Leis do Trabalho, comprovando um período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador ou, se por mais de um empregador, comprovar que o período de inatividade nos últimos 12 (doze) meses não tenha sido superior ao período máximo estabelecido nas Condições Particulares do seguro, limitado ao máximo de 30 (trinta) dias.

2.2.2 Profissional Liberal ou autônomo: pessoas físicas que sejam profissionais liberais ou autônomos, com comprovação de renda e atividade.

2.3 O segurado não poderá estar coberto por mais de um certificado de Perda de Renda. Na ocorrência desse fato, a seguradora considerará como certificado válido aquele que tiver emissão mais antiga.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos riscos mencionados no item Riscos Excluídos, constante das Condições Contratuais, estão ainda expressamente excluídos da garantia especial os eventos ocorridos em consequência de:

- **Demissão por justa causa;**
- **Demissão voluntária;**
- **Aposentadoria;**
- **Programas de Demissão Voluntária ou Negociada, incentivados pelo empregador do Segurado;**
- **Campanhas de demissões em massa. Considera-se "demissão em massa" o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no mesmo mês;**
- **Segurados que tenham sido demitidos durante o período de experiência anotado na Carteira Profissional;**
- **Estágios e contratos de trabalho temporário em geral;**
- **Aqueles que se encontrarem em aviso prévio na data da inclusão no seguro;**
- **Demissões ocorridas durante o período de carência estabelecido nas Condições Particulares;**

- **Funcionários que tenham cargo de eleição pública e que não forem regidos pela CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), incluindo-se assessores e outros de nomeação em Diário Oficial;**
- **Perda de um único vínculo empregatício, quando houver mais do que um no mesmo período;**
- **Alterações psíquicas e mentais, compreendidas entre elas as consequentes ao uso/consumo de álcool e seus derivados, drogas ilícitas e seus derivados, drogas medicamentosas psicoativas ou psicoestimulantes ou substâncias entorpecentes;**
- **Ceratotomia radial e demais condutas refrativas, mesmo que decorrentes de acidentes pessoais;**
- **Cirurgias plásticas em geral, salvo as restauradoras de função orgânica e as resultantes de acidentes ocorridos na vigência do seguro, que requeiram reparação anatômica e as demais reconstrutoras inseridas como coadjuvante dos tratamentos cirúrgicos das neoplasias malignas;**
- **Cirurgias plásticas redutoras de qualquer espécie e as demais para colocação, retirada ou reposição de qualquer prótese;**
- **Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com a finalidade estética, embelezadora, cosmética ou social e ainda aqueles relacionados aos métodos de manutenção/alteração voluntários da anatomia corporal, com ou sem finalidade de rejuvenescimento, mesmo que haja indicação médica paralela, exceto nas condições previstas no item anterior, quando necessários à restauração/reparação/reconstrução da função de algum órgão ou membro, alterada em razão de evento ocorrido na vigência do Seguro;**
- **Tratamentos clínicos, cirúrgicos ou por qualquer método considerados não éticos, assim como, aqueles não reconhecidos pelos órgãos de fiscalização e normatização da medicina no País, incluindo-se os experimentais, os não referendados e os demais liberados sob quaisquer ressalvas restritivas;**
- **Quaisquer tratamentos e suas consequências, em qualquer tempo, para emagrecimento mesmo que para obesidade mórbida;**
- **Tratamentos para senilidade e outras manifestações senis, repouso, convalescença física e/ou psíquica, qualquer que seja a origem, mesmo com indicação médica;**
- **Tratamentos odontológicos e bucomaxilofaciais de qualquer espécie, origem ou indicação, mesmo que, em consequência de acidente pessoal;**
- **Infecções oportunistas, condições infecciosas recidivantes e doenças infectocontagiosas de notificação compulsória, inclusive a AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) e suas consequências;**
- **Epidemias e endemias declaradas por órgão competente, assim como suas decorrências;**
- **Eventos decorrentes de doenças e ou acidentes pessoais ocorridos antes do início de vigência do risco individual ou durante o período de carência estabelecido nas Condições Particulares.**
- **Eventos, ainda que cobertos, mas compreendidos no período de franquia estabelecido no contrato;**
- **Tratamentos e suas consequências em qualquer tempo, destinados a correção de infertilidade, esterilidade, impotência, assim como, aqueles destinados à anticoncepção, métodos contraceptivos e inseminação artificial, incluindo a realização de métodos diagnósticos invasivos a quaisquer das questões aqui relacionadas;**
- **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, nexo 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).**

4. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

4.1 A garantia prevista nas presentes condições especiais aplica-se para eventos cobertos ocorridos no território nacional.

5. CAPITAL SEGURADO E PRÊMIO

5.1 Para efeito de determinação do capital segurado na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data em que for constatada a incapacidade ou desligamento do segurado.

6. FRANQUIA

6.1 Em caso de Perda de Renda por Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença, o segurado somente terá direito a esta Cobertura se permanecer incapacitado por prazo superior a 15 (quinze) dias, a contar da data do evento coberto (incapacidade física).

6.2 Em caso de Perda de Renda por Perda Involuntária de Emprego, o segurado somente terá direito a esta Cobertura se permanecer desempregado por prazo superior a 30 (trinta) dias, consecutivos e ininterruptos, a contar da data do evento coberto (desemprego).

7. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.1 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 – Regulação e Liquidação de sinistros, constante das Condições Contratuais.

7.2 Em caso de Perda de Renda por Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença, a necessidade e a periodicidade em que as informações deverão ser atualizadas pelo segurado serão determinadas em Condições Particulares e têm a finalidade de comprovar o estado de incapacidade física temporária, para continuidade do processo de indenização.

8. RATIFICAÇÃO

8.1 Ratificam-se as disposições constantes das Condições Contratuais desta Apólice que não foram modificadas por estas Condições Especiais.

1. OBJETIVO

1.1 É a garantia do pagamento de uma importância segurada ao segurado, em decorrência de diagnóstico definitivo de qualquer uma das doenças ou danos permanentes cobertos ou ainda caso o segurado seja submetido a um dos procedimentos cirúrgicos cobertos devidamente especificadas no item 2 (Riscos Cobertos).

2. RISCOS COBERTOS

2.1 Para os efeitos desta cobertura, são consideradas "Doenças Graves", exclusivamente, as patologias, danos ou eventos listados abaixo:

2.1.1 **Câncer:** Tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolada de células malignas, e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por exame histológico conclusivo. Exceto se houver exclusão específica, a definição de câncer também inclui leucemia, linfoma maligno e síndrome mielodisplásica.

2.1.2 **Infarto Agudo do Miocárdio:** Morte do músculo cardíaco resultante de uma obstrução prolongada do fluxo sanguíneo. A caracterização de infarto do miocárdio se baseia no comportamento (elevação e queda) dos biomarcadores cardíacos (troponina ou CKMB) para níveis considerados diagnósticos de infarto do miocárdio, concomitante com mais dois critérios:

a) Sintomas de isquemia (p.ex. dor torácica)

b) Alterações recentes no eletrocardiograma (ECG) indicativas de isquemia recente (mudanças recentes ST - T ou novo bloqueio de ramo esquerdo), ou desenvolvimento de ondas "Q" patológicas no ECG.

c) Evidências recentes em exames de imagem (ecocardiograma ou coronariografia) evidenciando perda de tecido miocárdico ou alterações da mobilidade das paredes cardíacas.

O diagnóstico deve ser confirmado por um médico cardiologista.

2.1.3 **Acidente Vascular Cerebral:** Morte de tecido encefálico devido a evento encéfalo-vascular agudo causado por trombose ou hemorragia intracraniana (incluindo hemorragia subaracnoide), ou embolia originada em uma fonte extracraniana com:

a) instalação aguda de novos sintomas neurológicos, e

b) constatação de novos déficits neurológicos objetivos no exame clínico.

O déficit neurológico deve persistir por mais de 3 meses após a data do diagnóstico. O diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista e embasado por exames de imagem.

2.1.4 **Cirurgia de revascularização do miocárdio com implante de ponte vascular (Bypass):** Cirurgia cardíaca para correção de estreitamento ou oclusão de uma ou mais artérias coronarianas com o implante de enxerto vascular (Bypass). A via de acesso deverá ser obtida por meio de esternotomia completa (divisão vertical do osso esterno) ou por meio de procedimentos minimamente invasivos (esternotomia parcial ou toracotomia). A indicação cirúrgica deve ser feita por médico habilitado e respaldada por achados na coronariografia.

2.1.5 **Insuficiência Renal Terminal:** Etapa final da doença renal crônica caracterizada pela perda irreversível da função renal, caracterizado por um índice de filtração glomerular abaixo dos 15 ml por minuto (doença renal crônica estágio 5), com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal. O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado e demonstrado por exames complementares apropriados, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

2.1.6 **Transplante de Órgãos:** Procedimento cirúrgico em que o segurado participa exclusivamente como receptor de algum dos seguintes órgãos: coração, pulmão (inclui transplante de lobo pulmonar ou pulmão único), fígado (inclui transplante parcial), pâncreas, rim, intestino delgado (inclui transplante parcial) ou medula óssea. O transplante parcial ou total da face, mão, braço e perna (aloenxertos de tecido composto) também estão cobertos nesta definição. Os transplantes devem ser originados de doador humano, vivo ou morto. Deve ser demonstrada a perda irreversível da função do órgão que será substituído. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em

conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.

2.1.7 **Paralisia de membros:** Perda total, completa e irreversível da função motora de dois ou mais membros, decorrente de trauma (acidente pessoal coberto) ou doença que afete a medula espinhal ou o encéfalo. Por total, entende-se força muscular grau 0 (ausência de contração muscular) ou grau 1 (discreta contratilidade, sem movimento da articulação), conforme classificação de força muscular do MRC – Medical Research Council. Por completa, entende-se que a paralisia motora deve afetar todo o membro (superior ou inferior) e não apenas parte deste. Por irreversível, entende-se que não é esperada recuperação relevante da paralisia motora com qualquer tratamento, sendo necessária demonstração de sua persistência por um período mínimo de 90 dias após a data do diagnóstico. O diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista e embasado por exames de imagem.

2.1.8 **Cegueira / Perda da visão:** Perda irreversível, total ou quase total, da visão de ambos os olhos causada por trauma (acidente pessoal coberto) ou doença, obedecendo aos seguintes critérios:

a) acuidade visual para distância menor ou igual a 20/400 (0,05), no melhor olho, com a melhor correção possível; ou

b) campo visual igual ou menor que 10 graus, no melhor olho, com a melhor correção possível.

O diagnóstico deve ser aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas, feito por oftalmologista e evidenciado por exames específicos.

2.1.9 **Surdez / Perda da audição:** Perda profunda e irreversível da audição de ambos os ouvidos, causada por trauma (acidente pessoal coberto) ou doença, obedecendo ao seguinte critério:

- Os limiares auditivos sensorioneurais aferidos por audiograma devem ser maiores ou iguais a 90dB (decibéis), simultaneamente nas frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 3000Hz e em ambas as orelhas.

O diagnóstico deve ser feito por médico otorrinolaringologista, evidenciado por exames audiológicos e aceito pelas sociedades médico-científicas especializadas.

2.1.10 **Mudez / Perda da fala:** Perda total e irreversível da capacidade de falar causada por trauma (acidente pessoal coberto) ou doença que afete diretamente a laringe ou os seus nervos, comprometendo a função das pregas vocais. Por total, entende-se a incapacidade de compreensão da maior parte das palavras emitidas (p.ex.: voz muito rouca, voz com volume irregular, fala arrastada, ritmo irregular ou anormal da fala). Por irreversível, entende-se que não é esperada recuperação relevante com qualquer tratamento, sendo necessária demonstração de sua persistência por um período mínimo de 180 dias após a data do diagnóstico.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista (otorrinolaringologista ou cirurgião de cabeça e pescoço) e embasado por exames especializados.

2.1.11 **Esclerose múltipla:** Diagnóstico de certeza de esclerose múltipla, documentado por ressonância magnética (RNM) que mostre pelo menos duas lesões desmielinizantes características da esclerose múltipla acometendo encéfalo / medula espinhal de idades e localizações diferentes e que atenda a pelo menos um dos seguintes critérios:

a) Comprometimento atual da função motora ou sensorial que deve ter persistido continuamente por um período mínimo de 6 meses e/ou

b) Surto clinicamente bem documentado acompanhado de alterações características no líquor (fluído cérebro-espinhal)

O diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

2.2 O segurado somente terá direito a indenização se a doença grave for diagnosticada após o prazo de carência e desde que se encontre em vida após 30 (trinta) dias contados a partir da data do diagnóstico da doença.

2.3 Não haverá a garantia de indenização se o diagnóstico de doença grave for após a morte do segurado.

2.4 Somente haverá cobertura para o primeiro diagnóstico definitivo de doenças graves previstas nestas condições especiais, estando excluída a possibilidade de acumulação de indenizações pelo diagnóstico definitivo de mais de uma doença grave. Esta garantia será cancelada após o recebimento da indenização ou no primeiro dia posterior à data em que o segurado completar 70 (setenta) anos, o que ocorrer primeiro, sendo o valor do prêmio do seguro relativo a esta cobertura deduzido do prêmio total.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Configuram riscos excluídos da cobertura de Diagnóstico de Doenças Graves:

3.1.1 Câncer:

a) Tumores histologicamente classificados como pré-malignos, não-invasivos ou in situ (incluindo carcinoma ductal ou lobular in situ da mama, e neoplasia intra-epitelial cervical —(LSIL ou HSIL ou NIC-1, NIC-2 e NIC-3).

b) Câncer de próstata com classificação histológica com escore de Gleason menor do que 7 ou estadiamento menos avançado que T2, N0, M0.

c) Leucemia linfocítica (ou linfoide) crônica – LLC no estádio A de Binet.

d) Carcinoma basocelular e carcinoma de células escamosas da pele, exceto se houver metástase; e melanoma maligno de pele estádio IA (T1a, N0, M0), ou quando o índice de Breslow for inferior a 1mm associado à classificação de Clark inferior ao nível III.

e) Carcinoma papilífero da tireoide menor que 1cm de diâmetro e histologicamente classificado como T1, N0, M0.

f) Microcarcinoma papilífero da bexiga histologicamente classificado como Ta.

g) Policitemia rubra vera e trombocitemia essencial.

h) Gamopatia monoclonal de significado indeterminado.

i) Linfoma MALT gástrico responsivo à terapêutica de erradicação do H. pylori.

j) Tumor estromal gastrointestinal (GIST) estádios I e II, de acordo com o Manual do American Joint Committee on Cancer (AJCC), 7ª edição, 2010.

k) Linfoma cutâneo, exceto se houve tratamento com quimioterapia ou radioterapia.

l) Carcinoma micro invasivo da mama (classificado histologicamente como T1mic), exceto se foi realizada mastectomia, quimioterapia ou radioterapia.

m) Carcinoma micro invasivo do colo uterino (classificado histologicamente como estádio IA1), exceto se foi realizada histerectomia, quimioterapia ou radioterapia.

n) Qualquer tumor maligno na presença de qualquer Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), exceto se a infecção pelo HIV tenha sido contraída após o início de vigência da apólice.

3.1.2 Infarto Agudo do Miocárdio:

a) Angina instável;

b) Angina estável;

c) Elevação da troponina sem relação clara com cardiopatia isquêmica (p. ex. miocardite, aneurisma apical, contusão cardíaca, embolia pulmonar, intoxicação medicamentosa).

d) Infarto do miocárdio com artérias coronárias normais, ou causado por vaso espasmo coronariano, ponte miocárdica ou uso de drogas.

e) Infarto do miocárdio que ocorra até 14 dias após angioplastia coronariana ou cirurgia de revascularização do miocárdio.

3.1.3 Acidente Vascular Cerebral:

a) Achados de imagem incidentais (CT ou RNM) sem sintomas clínicos claramente relacionados (AVE silencioso).

b) Ataque isquêmico transitório (TIA) e déficit neurológico isquêmico reversível prolongado (PRIND).

c) Lesão traumática do tecido encefálico ou de vasos sanguíneos.

d) Hemorragias encefálicas pós-operatórias.

e) Déficits neurológicos decorrentes de: hipóxia, infecção, doença inflamatória, enxaqueca ou procedimentos médicos.

f) Déficits neurológicos decorrentes de: desordens isquêmicas do sistema vestibular (“labirinto”), morte de células da retina ou morte do tecido do nervo óptico.

3.1.4 Cirurgia de revascularização do miocárdio com implante de ponte vascular (bypass):

a) Angioplastia coronariana, com ou sem colocação de stent; procedimentos endo vasculares.

3.1.5 Insuficiência renal terminal:

a) Quadros transitórios de insuficiência renal, ainda que seja realizado tratamento dialítico.

3.1.6 Transplante de Órgãos:

a) Colocação de órgãos artificiais, como coração artificial, ainda que em caráter temporário enquanto se aguarda de um doador humano.

b) Transplantes com órgão de animais, não humanos.

c) Autotransplantes (medula, mãos etc.).

d) Transplantes de córnea, pele e outros órgãos, partes corporais ou tecidos não especificados.

e) Transplante de células-tronco (células embrionárias que não as hematopoiéticas).
f) Transplante de células da ilhota de Langerhans do pâncreas.

3.1.7 Paralisia de membros:

a) Paralisias provocada por síndrome de Guillain-Barré.
b) Paralisias hereditárias ou congênitas.
c) Paralisias provocadas por distúrbios psiquiátricos ou psicológicos.

3.1.8 Mudez / Perda da fala:

a) Perda da capacidade de falar psicogênica / psiquiátrica ou decorrente de lesões ou doenças no sistema nervoso central.

3.1.9 Esclerose múltipla:

a) Diagnóstico provável de esclerose múltipla.
b) Síndromes neurológicas ou alterações em exames de imagem isoladas que sejam sugestivas, mas não conclusivas, de esclerose múltipla.
c) Neurite óptica e neuromielite óptica isoladas.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1 Para efeito do cálculo da indenização, será considerado o valor do capital segurado vigente na data de ocorrência do sinistro.

3.1.1 Para fins do disposto nesse item, considera-se data de ocorrência do sinistro a data do diagnóstico definitivo da doença grave coberta, comprovado por resultado de exame anatomopatológico ou de qualquer outro exame complementar específico.

4. PRAZO DE CARÊNCIA

4.1 Somente serão garantidos por esta cobertura os eventos ocorridos a partir de 90 (noventa) dias, contados do início da vigência desta cobertura.

4.1.1 No caso de Esclerose Múltipla, somente serão garantidos por esta cobertura os eventos ocorridos a partir de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, contados do início da vigência desta cobertura.

4.1.2 Não há carência em caso de acidente pessoal coberto.

4.2 O período de carência também será aplicado aos casos de aumento de capital segurado após o início de vigência do seguro, para o capital aumentado.

5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

5.1 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 16 - Regulação e Liquidação de sinistros das Condições Contratuais.

6. RATIFICAÇÃO

6.1 Ratificam-se as disposições constantes das Condições Contratuais desta apólice que não foram modificadas por estas condições especiais.

7. GLOSSÁRIO DE TERMOS MÉDICOS - DOENÇAS GRAVES

Abscesso da próstata	Infecção bacteriana com coleção purulenta (pus) no interior da próstata, geralmente causada por complicação de prostatite.
Acidente Vascular Cerebral	Doença de início súbito, causada pela interrupção do fluxo sanguíneo em uma determinada região do cérebro. Pode ser ocasionado pela oclusão de uma artéria (acidente vascular cerebral isquêmico) ou por uma ruptura de uma artéria ou aneurisma (acidente vascular cerebral hemorrágico). Os sinais e sintomas dependem da região do cérebro afetada.
Acuidade visual	É a capacidade do olho para distinguir o contorno e a forma dos objetos.

AIDS	Acrônimo em inglês para Acquired ImmunoDeficiency Syndrome (em português Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida)
Alcoolismo	Doença caracterizada pela ingestão crônica de bebidas alcoólicas com prejuízo da saúde física e mental e do comportamento social do indivíduo.
Aldosteronismo	Distúrbio hormonal em que ocorre produção excessiva de aldosterona, o que leva ao aumento da pressão arterial. Aldosterona é um hormônio produzido pelas glândulas suprarrenais e tem como função a eliminação de potássio e a retenção de sódio.
Alteração suspeita de Câncer	Tumores, lesões, nódulos, cistos etc., ainda em fase de investigação diagnóstica, que podem ser malignos.
Amputação	Secção de membros ou de partes deles.
Anemia	Condição clínica caracterizada por uma taxa de hemoglobina ou de glóbulos vermelhos abaixo do normal de acordo com o sexo e a idade do indivíduo. Inúmeras causas podem levar a anemia e que incluem, entre outras, perda sanguínea, deficiência na ingestão de nutrientes (por exemplo, ferro), destruição acelerada ou deficiência na produção dos glóbulos vermelhos
Anemia falciforme	Anemia causada por uma alteração genética que provoca uma alteração nas hemácias, que adquirem uma forma de foice (daí o nome falciforme) e perdem sua elasticidade. Essas alterações dificultam a passagem das hemácias pelos vasos de pequeno calibre, causando obstruções desses vasos, além de ocasionarem a destruição precoce dessas hemácias, provocando a anemia.
Anemia hemolítica	Anemia provocada por uma destruição e acelerada das hemácias (hemólise). Pode ser de causa hereditária ou adquirida.
Anemia por deficiência de ferro	Sinônimo: Anemia ferropriva Anemia causada pela diminuição de ferro no organismo, que pode ser de causada pela deficiência na ingestão de alimentos ricos em ferro na dieta, má-absorção intestinal ou perda sanguínea. O ferro faz parte da molécula de hemoglobina e a sua principal função no organismo é a de carregar o oxigênio. A deficiência de ferro provoca uma diminuição da produção da hemoglobina e a diminuição da liberação de oxigênio para as células do nosso organismo.
Anemia por deficiência de vitamina B12	Sinônimo: Anemia perniciosa Anemia causada por deficiência de vitamina B12 no organismo. A principal fonte de B12 são os alimentos de origem animal. Mas, para absorvê-la, o tubo digestivo depende de uma substância (fator intrínseco) produzido no estômago e de receptores localizados no intestino. É uma

	vitamina importante para a produção dos glóbulos vermelhos e também para as funções do sistema nervoso. Os sintomas incluem, entre outros, palidez, cansaço, fraqueza muscular, dificuldade para andar, parestesias (dormências) nos pés e nas mãos. A principal causa da deficiência de B 12 é a produção insuficiente do fator intrínseco decorrente de uma atrofia gástrica, a chamada anemia perniciosa. Outras causas são cirurgias gástricas, doenças inflamatórias intestinais (em função da má absorção), alguns medicamentos e dietas vegetarianas.
Aneurisma	Dilatação anormal da luz de um vaso, normalmente de uma artéria. Doença aterosclerótica e hipertensão arterial são fatores que contribuem para o aparecimento de aneurismas. Os aneurismas podem ser também decorrentes de trauma ou estarem relacionados com doença congênita (síndrome de Marfan). Aneurismas também podem ocorrer nas paredes do coração.
Angina (Angina de Peito)	Dor ou sensação de opressão localizada no peito, decorrente de um quadro de insuficiência coronariana.
Angioplastia	Procedimento cirúrgico realizado para a dilatação de artérias que estejam obstruídas por doença aterosclerótica ou trombos. É realizada através da introdução de um cateter com um balão (geralmente através da artéria femoral) que é guiado até o lugar obstruído. Ao chegar no local, o balão é inflado para romper as placas de gordura e expandir o diâmetro arterial.
Antiagregante plaquetário	Medicamentos que evitam a ativação e a agregação das plaquetas e usados para prevenir tromboses em pacientes de risco.
Anticoagulante	Medicamentos que impedem a formação de coágulos, bloqueando as substâncias responsáveis pela coagulação. Podem ser injetáveis ou orais. São utilizados em pacientes que tiveram doenças provocadas por coágulos (por exemplo trombose venosa profunda) ou que tenha um risco maior de desenvolver.
Aórtica	Uma das válvulas cardíacas, situada na saída do ventrículo esquerdo e a aorta. Relativo à artéria aorta.
Arritmia Cardíaca	Consiste na alteração do ritmo cardíaco que se torna irregular ou muito rápido ou muito baixo. Pode ter várias causas.
Artrite psoriática	Quadro inflamatório que acomete as articulações, de origem autoimune e associado com a psoríase (doença dermatológica).
Artrite Reumatoide	Doença inflamatória crônica que compromete as articulações, especialmente as pequenas articulações das

	mãos e dos pés e que pode levar à destruição óssea e da cartilagem articular. Pode haver comprometimento de outros órgãos. É uma doença autoimune, ou seja, ocorre quando o nosso sistema imunológico ataca os próprios tecidos e órgãos.
Asma	Ë uma doença inflamatória crônica das vias aéreas caracterizada por uma hipersensibilidade a determinados estímulos, provocando um estreitamento dessas vias aéreas e que pode levar a dificuldades respiratórias, a chamada crise asmática.
Astigmatismo	Forma relativamente comum de deficiência visual na qual parte da imagem fica borrada devido a uma irregularidade na curvatura da superfície anterior do olho, a córnea.
Atrofia	Perda de volume ou tamanho de uma parte do organismo. A atrofia pode afetar um músculo, um órgão, um membro ou um tecido. A atrofia pode ser causada por uma patologia ou transtorno associado como a desnutrição, uma disfunção hormonal, uma vascularização insuficiente ou uma doença. Ela pode também ser provocada por uma ausência de renovação dos tecidos celulares. Quando uma parte do organismo não é utilizada, ela tende a se atrofiar.
AVC	Abreviatura de Acidente Vascular Cerebral.
Baço	Órgão do sistema linfático que tem como função filtrar o sangue, eliminando as células vermelhas e plaquetas que estejam envelhecidas ou danificadas. Também tem uma função importante no sistema imunológico, produzindo linfócitos ao detectar a presença de bactérias, vírus ou outros micro-organismos. Ele está localizado no lado esquerdo do abdômen superior. Embora seja um órgão importante é possível viver sem ele
Benigno	Diz-se da condição clínica que apresenta um prognóstico favorável, evoluindo para cura ou regressão dos sintomas; tumores que não produzem infiltrações ou metástases.
Biópsia	Diz-se da condição clínica que apresenta um prognóstico favorável, evoluindo para cura ou regressão dos sintomas; tumores que não produzem infiltrações ou metástases.
BI-RADS categoria 4 ou 5	Acrônimo para Breast Imaging-Reporting and Data System, classificação desenvolvida com o objetivo de padronizar a descrição dos achados radiológicos da mamografia de forma a reduzir o risco de interpretações subjetivas, evitando que um mesmo achado seja interpretado de forma diferente pelo médico radiologista que realizou o exame e pelo médico assistente da paciente que solicitou o exame.
Bradicardia sinusal	Condição na qual o ritmo cardíaco, em repouso, está abaixo está abaixo do mínimo considerado normal (60 batimentos por minuto). Pode ser uma condição normal (por exemplo, atletas costumam ter uma frequência cardíaca abaixo do normal) ou pode ser uma manifestação de uma doença.
Breslow	Sistema de estadiamento do melanoma (tipo de câncer de pele), baseado na espessura do tumor.

Bronquite Crônica	Inflamação persistente da mucosa dos brônquios, e caracterizada por um grande aumento na produção de muco bronquial que produz tosse e expectoração durante pelo menos três meses consecutivos durante dois anos. O tabagismo é a principal causa da bronquite crônica
Bypass	Palavra de língua inglesa que significa contornar, desviar, dar a volta. Usada comumente para designar cirurgia para corrigir uma obstrução arterial (por exemplo na coronária ou nas artérias dos membros inferiores). Também pode ser usado para designar cirurgias do aparelho digestivo indicadas para a obesidade mórbida.
Cálculo	"Pedra", litíase. O cálculo é uma formação sólida que ocorrem principalmente na vesícula biliar e nos rins podendo ocorrer em outros locais como as glândulas salivares e o conduto lacrimal. Os cálculos são formados pela precipitação de substâncias que variam conforme o local de aparecimento. O sintoma principal é a dor causada pela obstrução provocada pelo cálculo
Câncer	Sinônimos: Tumor maligno, neoplasia maligna. Crescimento anormal de um tecido celular, capaz de invadir outros órgãos localmente ou à distância (metástases).
Carbamazepina	Medicação anticonvulsivante indicada principalmente no tratamento de epilepsia, mas também usada para doenças psiquiátricas e outras doenças neurológicas.
Carcinoma Basocelular	É o tipo de câncer de pele mais comum. Geralmente se manifesta na forma de uma área de pele ligeiramente elevada e indolor, que se pode apresentar brilhante e com pequenos vasos capilares ou com área de ulceração. Seu crescimento é lento e dificilmente invade outros tecidos e causa metástase. Geralmente ocorre nas partes do corpo que ficam mais expostas ao sol.
Carcinoma de células escamosas da pele	Sinônimos: Carcinoma espinocelular Tipo de câncer de pele originário na epiderme (camada externa da pele). Normalmente se manifesta na forma de um nódulo duro na pele com uma superfície escamosa, embora possa também formar uma úlcera. Também tem na exposição ao sol um fator de risco.
Carcinoma ductal	Tipo de câncer de mama, originada nas células que revestem os ductos mamários. É o tipo de câncer de mama mais frequente.
Carcinoma lobular	Tipo de câncer que se origina nos lóbulos mamários (glândulas responsáveis pela produção do leite).
Cardiomegalia	Aumento da área cardíaca. Pode ser decorrente de uma série de causas.

Cardiovascular	Relacionado ao coração e aos vasos sanguíneos.
Cateterismo Cardíaco	O cateterismo cardíaco, também conhecido como Cinecoronariografia ou Angiografia, é um exame invasivo que pode ser realizado de forma eletiva, para confirmar a presença de obstruções das artérias coronárias ou avaliar o funcionamento das valvas e do músculo cardíaco ou em situações de emergência, para determinar a exata localização da obstrução que está causando o quadro coronariano agudo e planejar a melhor estratégia de intervenção.
Cegueira	Perda completa da visão.
Ceratocone	Doença degenerativa que provoca a deformação da córnea (membrana transparente que protege o olho) tornando-a mais fina e curva, adquirindo a forma de um pequeno cone. Não se conhece bem ao certo a causa do ceratocone, mas os estudos mostram que existe um componente hereditário.
Check-up	Palavra inglesa que na área médica é empregada com significado de verificação do estado de saúde por meio de exames médicos e laboratoriais abrangentes com a finalidade de detecção precoce de problemas.
Cintilografia	Exame para investigação diagnóstica que consiste na injeção endovenosa, ingestão ou inalação de uma substância radioativa com afinidade eletiva para um determinado órgão, permitindo o estudo da distribuição do isótopo radioativo nesse órgão, com o objetivo de detectar patologias muito no início, quando outros métodos não são capazes de diagnosticá-las.
Cirrose biliar primária	Doença crônica caracterizada por uma inflamação progressiva dos canais biliares dentro do fígado que vão sendo gradativamente destruídos, provocando cicatrizes fibróticas no fígado e levando ao desenvolvimento da cirrose. A causa é desconhecida, mas a cirrose biliar primária normalmente ocorre em pessoas com doenças autoimunes e, portanto, ela é também considerada uma doença autoimune.
Cirrose do pâncreas (Pancreatite crônica)	Doença caracterizada por um dano irreversível ao pâncreas, na qual as células normais são substituídas por um tecido cicatricial fibrótico, levando a perda progressiva da função pancreática. A causa mais frequente é o alcoolismo. As manifestações da doença são dor abdominal, diarreia, perda de peso e o aparecimento de diabetes.
Cirrose Hepática	Doença crônica do fígado na qual as células normais são substituídas por um tecido cicatricial fibroso que leva a uma alteração da arquitetura normal do fígado com a formação de nódulos de regeneração. As causas mais comuns de cirrose são o consumo de bebidas alcoólicas e infecções

	virais (hepatite). Com o passar dos anos há uma perda progressiva da função do fígado.
Cirurgia vascular	Especialidade médica relacionada ao tratamento cirúrgico das doenças das artérias, veias e vasos linfáticos. Procedimento cirúrgico para tratamento das artérias, veias e vasos linfáticos.
Cisto	Tumor com conteúdo líquido, semilíquido ou pastoso; formado a partir do tecido epitelial ou de restos epiteliais embrionários. Um cisto pode se formar em qualquer lugar do corpo.
Clark	Sistema de estadiamento do melanoma de pele, baseado na profundidade que o tumor atinge.
Cocaína	Também conhecida por coca é uma substância estimulante, com efeitos anestésico, utilizada fundamentalmente como uma droga recreativa. Pode ser aspirada, fumada ou injetada e é extremamente viciante, graças aos efeitos provocados sobre o cérebro, mesmo se consumida por um curto período de tempo.
Colangite	Inflamação das vias biliares que pode ocorrer por diversas causas, sendo as mais comuns obstruções por cálculos ou tumores.
Colite ulcerativa	Doença autoimune caracterizada pela inflamação crônica do intestino grosso (cólon) com o aparecimento de úlceras (feridas) na camada mais superficial do cólon. Esse quadro provoca sintomas como diarreia com sangue, cólicas e febre.
Colo do útero	Porção inferior do útero onde se encontra a abertura do órgão, localizada no fundo da vagina. O colo do útero separa os órgãos internos e externos da genitália feminina estando mais exposto ao risco de doenças e alterações relacionadas ao ato sexual.
Cólon	Maior porção do intestino grosso. É dividido em cólon ascendente, transverso, descendente e sigmoide.
Coluna Vertebral	Estrutura que sustenta o corpo, estendendo-se do crânio até a pelve. Ela é composta por uma série de ossos, chamados vértebras, as quais estão sobrepostas em forma de uma coluna (daí o termo coluna vertebral). A coluna vertebral é dividida em 4 regiões: cervical (7 vértebras), torácica (12 vértebras), lombar (5 vértebras), sacro (5 vértebras) e o cóccix (4 vértebras).
Coronárias	As coronárias são os vasos responsáveis pela circulação do sangue no músculo cardíaco (miocárdio).
Corticoide	Sinônimos: corticosteroides, cortisona, cortisol. 1.Hormônios produzidos pelas glândulas suprarrenais ou

	2.Grupo de medicamentos que possuem forte ação anti-inflamatória, sendo muito utilizados no tratamento de reações alérgicas e inflamações agudas ou crônicas.
Criptorquidia	A criptorquidia ocorre quando um ou ambos os testículos não se encontram na bolsa escrotal no momento do nascimento do bebê. As causas mais comuns são um atraso no amadurecimento do feto e uma deficiência de estímulos hormonais. Aproximadamente 75 % dos casos esse problema é resolvido espontaneamente nos primeiros 12 meses de vida. Caso isso não aconteça há necessidade de tratamento, que pode ser feito com a administração de hormônios ou cirurgia.
Demência	Demência é o declínio geral das habilidades mentais, como memória, linguagem e raciocínio que persiste por toda a vida e pode interferir com as atividades normais da pessoa e seus relacionamentos. Pessoas com demência podem se tornar confusas, incapaz de lembrar as coisas ou perder habilidades que antes tinham, incluindo as tarefas do dia a dia. A doença de Alzheimer é a causa mais comum de demência. Outra causa comum, a demência vascular é geralmente causada por episódios isquêmicos cerebrais.
Depressão	A depressão é uma doença muito comum, apresentando em geral uma evolução crônica, caracterizada por episódios recorrentes. Ela afeta negativamente os sentimentos do paciente sua forma de pensar e de agir. É muito diferente da sensação comum de sentir-se triste ou cansado por um período curto de tempo – sensação esta que todos experimentam em algum momento da vida. Dentre os principais sintomas podemos destacar: humor deprimido, perda de interesse, sensação de cansaço, diminuição da atenção e da concentração, autoestima e autoconfiança reduzidas, ideias de culpa e inutilidade, visão pessimista do futuro, sono perturbado e ideias de suicídio, entre outros.
Derivação (Bypass)	Vide Bypass.
Derrame	Acúmulo anormal de líquido em qualquer cavidade (derrame pleural, derrame pericárdico).
Descolamento da retina	Alteração ocular caracterizada pelo desprendimento da retina da superfície interna do globo ocular. Essa separação interrompe o fornecimento de nutrientes e promove a degeneração celular. Pode ser decorrente de trauma, doença ou mesmo acontecer de forma espontânea e se não tratado adequadamente pode evoluir para perda total da visão.
Diabetes Mellitus	Grupo de doenças metabólicas que têm como característica comum o aumento da glicose no sangue (hiperglicemia). Isso acontece quando há uma produção insuficiente de insulina ou quando não se consegue empregar

	adequadamente a insulina que produz. Os sinais e sintomas da hiperglicemia incluem cansaço intenso e sem motivo, emagrecimento, sede intensa, infecções de repetição, aumento do volume urinário, fome exagerada, visão turva entre outros.
Diabetes Mellitus tipo 1	Tipo de diabetes menos frequente, de causa autoimune, que resulta em destruição das células beta do pâncreas, responsáveis pela produção de insulina. Geralmente ocorre em crianças e adolescentes, embora haja uma forma adulta. Sempre requer tratamento com insulina. Antigamente era conhecido como diabetes juvenil.
Diabetes Mellitus tipo 2	Tipo de diabetes mais frequente, e ocorre quando há uma deficiência relativa de insulina. A maioria dos casos apresenta excesso de peso ou deposição central de gordura. Pode requerer ou não tratamento com insulina.
Dioptrias	Unidade de medida que se refere ao poder de refração das lentes em um sistema óptico. Popularmente é conhecida como o "grau" dos óculos. Um grau é igual a uma dioptria.
Distensão abdominal	Aumento do volume abdominal, que tem como principal causa a produção de gases, muitas vezes decorrentes da ingestão de alguns alimentos e bebidas ou má digestão. Outras causas incluem prisão de ventre, verminoses, menstruação e outras condições mais graves como apendicite aguda, obstrução intestinal ou outras doenças abdominais agudas.
Distúrbio da coagulação	Distúrbios de coagulação ocorrem quando o organismo é incapaz de produzir quantidades suficientes das proteínas que são necessárias para ajudar o sangue a coagular, interrompendo a hemorragia. Essas proteínas são chamadas de fatores de coagulação. Todos os fatores de coagulação são sintetizados no fígado. O fígado necessita de vitamina K para produzir alguns dos fatores de coagulação.
Diverticulite	Inflamação aguda de um divertículo. Divertículos são pequenas bolsas que se formam nas paredes do intestino grosso (cólons e sigmoide), em função do enfraquecimento dos tecidos do intestino. Causa dor, febre, pode necessitar de tratamento com antibióticos ou, mais raramente, cirurgia, em casos de complicações como perfuração e formação de abcessos.
Doença cardíaca congênita	Termo genérico utilizado para descrever anormalidades estruturais do coração e dos grandes vasos, presentes ao nascimento.
Doença cardiovascular	Doença que acomete o coração e os vasos sanguíneos (artérias, veias, capilares etc.).
Doença coronariana	

	Doença que acomete as artérias coronárias, que são artérias que irrigam o coração. A obstrução de uma artéria coronária pode resultar em angina ou infarto do miocárdio.
Doença da próstata	Próstata: glândula do sistema reprodutor masculino responsável por produzir o líquido e as proteínas que acompanham os espermatozoides no sêmen.
Doença de Alzheimer	Doença neurológica degenerativa, de caráter progressivo que se caracteriza por distúrbios de memória, desorientação e demência.
Doença de base (subjacente)	Diz-se da doença responsável por uma manifestação patológica.
Doença de Crohn	Doença de Crohn é uma doença inflamatória do trato gastrointestinal. Ela afeta predominantemente a parte inferior do intestino delgado (íleo) e intestino grosso (cólon), mas pode afetar qualquer parte do trato gastrointestinal. A doença de Crohn habitualmente causa diarreia, cólica abdominal, às vezes febre, e sangramento retal. Também pode ocorrer perda de apetite e emagrecimento.
Doença do neurônio motor	Grupo de doenças neurológicas que afetam seletivamente os neurônios motores, que controlam a atividade muscular voluntária, incluindo a fala, o caminhar, a respiração, a deglutição e o movimento geral do corpo. Estão incluídas nesse grupo a Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), Atrofia Muscular Progressiva (AMP), Esclerose Lateral Primária (ELP) e Paralisia Bulbar Progressiva (PBP).
Doença fibrocística do pâncreas	Sin.: Mucoviscidose. Doença genética que afeta as glândulas exócrinas que produzem muco, suor e enzimas pancreáticas fazendo com que as secreções produzidas por essas glândulas se tornem espessas, levando a problemas respiratórios, digestivos, retardo no crescimento, infertilidade.
Doença Hepática	Doença do fígado.
Doença isquêmica do coração	Vide doença coronariana.
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)	Conjunto de doenças caracterizadas por sintomas respiratórios persistentes com obstrução à passagem normal do ar através dos brônquios que não é totalmente reversível. Fazem parte: Bronquite Crônica, Enfisema Pulmonar, Asma Crônica Persistente.
Doença Renal Policística	Doença hereditária na qual na qual há uma formação de cistos. que progressivamente vão crescendo o que acaba levando a perda da função renal.
Doença Respiratória	Doença do sistema respiratório: laringe, traqueia, brônquios, bronquíolos, alvéolos, pulmões, pleura.

Doença vascular arterial	Doença que acomete as artérias.
Doença Vascular Periférica	Conjunto de doenças que afeta os vasos sanguíneos, especialmente as artérias dos membros inferiores, geralmente causando obstrução. Exclui-se aorta, artérias cerebrais e artérias coronárias.
Doenças Infectocontagiosas	Doenças infecciosas e contagiosas. Hepatite: inflamação do fígado que pode ser causada por infecção (p.ex. vírus tipo A, B, C e outros).
Doenças Renal	Doenças que afetam os rins.
ECG	Abreviação de eletrocardiograma.
Ecocardiograma	Sin.: Ecocardiografia. Método diagnóstico não invasivo que utiliza o eco gerado através de ondas ultrassônicas de alta frequência para visualizar, em tempo real, a forma e o funcionamento do coração.
Embolia	Bloqueio de uma artéria causado por um corpo estranho chamado êmbolo, que pode ser um coágulo (tromboembolismo), uma partícula de gordura (embolia gordurosa), uma bolha de ar ou outro tipo de gás (embolia gasosa). O bloqueio pode causar uma obstrução parcial ou total, levando à uma isquemia da região irrigada pela artéria. Os sintomas vão depender do órgão comprometido.
Embolia pulmonar	Obstrução das artérias dos pulmões causadas por coágulos que, na maior parte das vezes, se formam nas veias profundas das pernas ou da pélvis e são liberados na circulação sanguínea. Apesar de mais raros, também existem casos de embolias gordurosas provocadas por fraturas, de ossos dos membros inferiores e embolias gasosas.
Endocardite	Doença, usualmente infecciosa, que acomete o endocárdio (tecido que reveste o coração por dentro) ou as válvulas cardíacas. Na sua grande maioria é causada por bactérias e eventualmente fungos. Algumas doenças podem cursar com endocardite não infecciosa (alguns tumores, lúpus eritematoso sistêmico).
Endocrinológico	Relacionado à produção de hormônios que exercem uma ação reguladora sobre a atividade de outros órgãos ou tecidos. Exemplos de distúrbios: doenças da glândula hipófise (pituitária), das glândulas suprarrenais; acromegalia, gigantismo, diabetes insípido, síndrome de Cushing; doença hipotalâmica;
Endoscopia	Método no qual se visualiza o interior de órgãos e cavidades corporais por meio de um instrumento óptico iluminado.

Enema	Sin.: Clister. Introdução de líquidos no reto pelo ânus, com a finalidade de lavagem, administração de medicação ou de contraste para exames.
Enfisema	Doença respiratória caracterizada por destruição das paredes dos alvéolos e a formação de grandes espaços de ar em substituição aos pequenos alvéolos, reduzindo dessa forma a área de troca gasosa dos pulmões e consequentemente a quantidade de oxigênio que alcança a corrente sanguínea. Quando o paciente expira, os alvéolos danificados não funcionam adequadamente, não permitindo uma troca gasosa eficiente. A principal causa do enfisema pulmonar é o tabagismo. Poluição do ar e exposição crônica à poeira e outros agentes também contribuem para o enfisema. Raramente o enfisema pode ser causado pela deficiência de uma proteína que protege as estruturas elásticas dos pulmões, alfa 1 antitripsina.
Epididimite	Inflamação do epidídimo, tubo espiralado que fica na parte de trás do testículo, responsável por armazenar e transportar o esperma.
Epilepsia	É uma alteração temporária e reversível do funcionamento do cérebro, que não tenha sido causada por febre, drogas ou distúrbios metabólicos e se expressa por crises epilépticas repetidas. As crises epilépticas podem se manifestar de diferentes maneiras. A crise convulsiva é a forma mais conhecida pelas pessoas e é identificada como "ataque epiléptico". Nesse tipo de crise a pessoa pode cair ao chão, apresentar contrações musculares em todo o corpo, mordedura da língua, salivação intensa, respiração ofegante e, às vezes, até urinar. A crise do tipo "ausência" é conhecida como "desligamentos". A pessoa fica com o olhar fixo, perde contato com o meio por alguns segundos. Há um tipo de crise que se manifesta como se a pessoas estivesse “alerta”, mas não tem controle de seus atos, fazendo movimentos automaticamente. A epilepsia possui duas formas que se distinguem em relação à topografia da área do cérebro responsável pela crise.
Epilepsia focal - Pequeno mal	Nas epilepsias focais, as crises epilépticas iniciam de forma localizada numa área específica do cérebro. As crises dividem-se em focais simples (sem comprometimento da consciência) e focais complexas (com comprometimento ao menos parcial da consciência durante o episódio).
Epilepsia na infância	Relacionada a defeitos congênitos, problemas durante o parto.

Episósios maníacos	O episódio maníaco é caracterizado por uma excitação eufórica do humor, por uma intensa agitação motora, distraibilidade, logorreia e por uma reduzida necessidade de sono; o sujeito pode supervalorizar-se e fazer coisas que normalmente não faria, pois distorce a realidade de modo a não enxergar os perigos embutidos em suas ações. A agitação predominante do humor pode ser a irritabilidade quando os desejos da pessoa são frustrados. Além disso, devido à elevação da autoconfiança, ideias grandiosas podem chegar a evoluir para delírios grandiosos ou religiosos de identidade ou papéis.
Esclerodermia	Esclero (endurecimento) Dermia (pele). A esclerodermia é uma doença inflamatória crônica do tecido conjuntivo que envolve alterações na pele, nos vasos sanguíneos, nos músculos e em diversos órgãos internos. Ela é uma doença autoimune, ou seja, uma doença que ocorre quando o sistema imunológico ataca e destrói tecidos saudáveis do corpo por engano. Os sintomas variam de uma pessoa para outra assim como o nível de gravidade também. Os sintomas incluem, entre outros, espessamento e rigidez da pele, dores articulares, alterações nas pontas dos dedos das mãos e dos pés em resposta a temperaturas altas ou frias, queda de cabelo, úlceras nas pontas dos dedos, alterações respiratórias e digestivas. A doença se divide em uma forma localizada e uma sistêmica.
Esclerodermia sistêmica	As alterações da forma sistêmica ocorrem no tecido conjuntivo em diversas partes do corpo, comprometendo pele, trato digestivo (esôfago, estômago e intestino), pulmão, coração e rins e outros órgãos internos. Pode comprometer também os vasos sanguíneos, articulações e músculos. Os tecidos envolvidos se tornam rígidos e fibróticos, prejudicando a função do órgão acometido. A esclerodermia sistêmica também pode se apresentar de duas formas: a difusa, na qual a doença se desenvolve mais rapidamente e com um risco maior de comprometimento dos órgãos internos e a limitada, também chamada de síndrome de CREST, que possui uma evolução mais lenta, com comprometimento cutâneo menos disseminado e com uma incidência menor e menos grave de comprometimento de outros órgãos.
Esclerodermia linear	Tipo de esclerodermia em que se apresentam áreas lineares de espessamento da pele.
Esclerodermia morfeia	Tipo de esclerodermia localizada (na pele), que forma placas espessadas com graus variados de pigmentação.

Esclerose Múltipla	Doença degenerativa autoimune que afeta o sistema nervoso, produzida pela alteração na camada de mielina. Caracteriza-se por alterações sensitivas e motoras que evoluem através do tempo, produzindo dano neurológico progressivo. Doença autoimune do sistema nervoso central caracterizada por uma inflamação crônica e progressiva destruição da bainha de mielina (capa protetora que reveste os prolongamentos das células nervosas), o que faz com que as funções coordenadas pelo cérebro, cerebelo, tronco encefálico e medula espinhal fiquem comprometidas. Desta forma surgem os sintomas típicos da doença, como alterações na visão, na sensibilidade do corpo, no equilíbrio, no controle esfincteriano e na força muscular dos membros com consequentemente redução da mobilidade ou locomoção.
Esofagite	Inflamação da mucosa do esôfago (ver abaixo). Pode ser produzida pelo refluxo do conteúdo ácido estomacal (esofagite de refluxo), por ingestão acidental ou intencional de uma substância tóxica (esofagite cáustica) e eventualmente infecções.
Esôfago	Segmento do tubo digestivo que liga a faringe ao estômago. É pelo esôfago que passam os alimentos ingeridos.
Esôfago de Barret	O esôfago de Barrett é uma condição em que há uma metaplasia (substituição de um tipo de célula por outro) das células da porção inferior do esôfago, causada pela exposição prolongada ao conteúdo ácido proveniente do estômago. O esôfago de Barrett aumenta as chances de câncer do esôfago.
Espirometria	Vide "Exame de função pulmonar".
Esquizofrenia	A esquizofrenia é um transtorno mental caracterizada por comportamento social fora do normal e incapacidade de distinguir o que é ou não real. Entre os sintomas mais comuns estão delírios, pensamento confuso ou pouco claro, alucinações auditivas, diminuição da interação social e da expressão de emoções e falta de motivação. Embora primariamente uma doença orgânica neuropsiquiátrica que afeta os processos cognitivos, seus efeitos repercutem também no comportamento e nas emoções.
Estádio A de Binet	Sistema de estadiamento da Leucemia Linfoide Crônicas, baseado no número de grupos de tecido linfoide afetado (linfonodos cervicais, inguinais, axilares, baço e fígado) e presença de anemia ou trombocitopenia. Estádio A – menos de 3 áreas comprometidas, sem anemia ou trombocitopenia Estádio B – 3 ou mais áreas comprometidas, sem anemia ou trombocitopenia.

	Estádio C – anemia ou trombocitopenia presente.
Esteanose hepática grave	Vide esteatohepatite.
Esteato-hepatite	Esteatose associada à inflamação das células hepáticas. Se não controlada, a esteatohepatite tem o potencial de evoluir para a cirrose hepática.
Esteatose	Sin.: Fígado gorduroso; degeneração gordurosa. Ocorre quando há acúmulo anormal de gordura nas células do fígado. Tem como principal causa o consumo exagerado de álcool, mas também pode estar relacionada à obesidade, diabetes e má nutrição.
Estenose da Válvula aórtica	Defeito na válvula aórtica, que fica na saída do ventrículo esquerdo para a aorta. A estenose impede a válvula de abrir corretamente, forçando o coração a trabalhar mais para bombear o sangue através da valva.
Exame de função pulmonar	Exame que tem como objetivo avaliar a função pulmonar, medindo a velocidade e a quantidade de ar que um indivíduo é capaz de colocar para dentro e para fora dos pulmões. O exame é realizado respirando-se pela boca através de um tubo conectado a um aparelho chamado espirômetro que registra o volume e a velocidade do ar respirado
Febre Reumática	Doença inflamatória secundária a uma reação autoimune à uma infecção causada por uma bactéria chamada estreptococo do grupo A. Os sintomas incluem, entre outros, febre, dor articular, dor no peito, sopro cardíaco, artrite, prostração, surgimento de manchas avermelhadas na pele, movimentos corporais incontroláveis (coréia). A inflamação causada pela febre reumática pode durar de algumas semanas a vários meses. Em alguns casos, no entanto, essa inflamação pode causar complicações no longo prazo, por exemplo, lesões nas válvulas cardíacas.
Fibrose hepática	A fibrose hepática é o resultado de uma resposta cicatricial do fígado a agressões repetidas. Após uma lesão aguda, como uma hepatite viral, as células do fígado regeneram e substituem as células que morreram. Durante esse processo ocorre uma resposta inflamatória. Se a lesão persistir, a regeneração deixa de ser possível e as células mortas são substituídas por tecido fibroso.
Fisioterapia	É a ciência que tem como objetivo prevenir, tratar e recuperar as doenças e/ou distúrbios que alteram a função de tecidos, órgãos e sistemas do corpo humano. O Fisioterapeuta visa o restabelecimento do movimento e da função dos sistemas musculoesqueléticos, cardiovascular, pulmonar, neurológico, urogenital, vestibular e dermatológico.

Fístula	Lesão que se caracteriza por um trajeto anormal que estabelece comunicação entre dois órgãos, com a superfície, ou num mesmo órgão.
Frequência cardíaca	Quantidade de vezes que o coração bate por minuto. Normalmente a frequência cardíaca do adulto está entre 60 e 100 batimentos por minuto. É um bom indicador do funcionamento do coração e do condicionamento físico do indivíduo.
Função renal alterada	Prejuízo na função dos rins, que são responsáveis pela eliminação de várias substâncias tóxicas, produção de urina e produção de determinados hormônios. Na prática médica, as dosagens de creatinina e ureia no sangue, e o cálculo da filtração glomerular são os exames mais empregados para avaliar a função renal.
Gamopatia Monoclonal de Significado Indeterminado	Distúrbio pré-maligno, assintomático, com risco relativamente baixo de progressão para mieloma múltiplo ou outras malignidades proliferativas relacionadas.
Gangrena	Necrose de um tecido por falta de irrigação sanguínea. Ocorre principalmente nas extremidades do corpo –-(mãos e pés) -, os sintomas incluem alteração da cor da pele para vermelha ou preta, dormência, edema e dor local. A gangrena facilita a infecção que pode levar a quadros de septicemia. facilitando invasão bacteriana e putrefação.
Gastrite	Inflamação aguda ou crônica da mucosa do estômago. Manifesta-se por dor na região superior do abdome, acidez, ardor, náuseas, vômitos etc. Pode ser produzida por infecções, consumo de medicamentos (aspirina), estresse etc.
Gastrointestinal	Relacionado ao sistema digestório, mais especificamente ao estômago e intestinos.
Glicemia de Jejum	Exame que mede a concentração de glicose no sangue. Ele deve ser realizado após um jejum de 8 a 12 horas e é utilizado para o diagnóstico e o monitoramento do diabetes.
Gleason	Escala de pontuação empregada no câncer de próstata. Quanto maior o escore, mais agressivo é o câncer.
Glicemia de jejum	Exame que mede a concentração de glicose no sangue após 12 horas de jejum. O exame de glicemia de jejum serve para diagnóstico de hipoglicemia ou hiperglicemia, ou para monitorização do tratamento do diabetes.
Hematúria	Presença de sangue na urina. Pode se relacionar com infecção do trato urinário, cálculo renal, tumores ou doença inflamatória dos rins.
Hemoglobina glicada (HbA1c)	Exame de sangue que mede a concentração média de glicose no sangue relativa 60 a 90 dias, permitindo avaliar o controle do diabetes nesse período.
Hemorragia Digestiva	Qualquer hemorragia que tenho como origem o trato gastrointestinal.

Hemorroidas	As hemorroidas são estruturas vasculares localizadas no canal anal. No seu estado normal elas ajudam no controle da evacuação. O termo hemorroida é usado genericamente quando para as situações em que esses vasos adoecem ficando inchados ou inflamados. Elas podem ser tanto internas, quando ocorrem apenas dentro do ânus ou na parte inicial do reto, quanto externas, quando ocorrem na abertura anal, projetando-se para fora do ânus.
Hepatite	Inflamação que compromete o fígado. A causa mais comum infecções causadas por vírus. Entre outras possíveis causas estão o consumo exagerado de bebidas alcoólicas, alguns medicamentos, toxinas, outras infeções e doenças autoimunes. Algumas pessoas não manifestam sintomas, enquanto em outras os sintomas mais comuns são tonalidade amarela da pele e da parte branca dos olhos, falta de apetite, vómitos, fadiga, dor abdominal ou diarreia. A hepatite aguda pode por vezes resolver-se espontaneamente, evoluir para hepatite crónica ou, raramente, resultar em insuficiência hepática aguda. Ao longo do tempo, a hepatite crónica pode evoluir para cirrose, insuficiência hepática ou câncer do fígado.
Hérnia de Disco	É a projeção do disco intervertebral para além de seus limites normais levando à compressão das raízes nervosas. O disco intervertebral é uma placa cartilaginosa que forma uma almofada entre os corpos vertebrais. A hérnia de disco pode ocorrer em qualquer segmento da coluna vertebral, embora sejam mais frequentes na coluna cervical e lombar. O sintoma mais frequente é a dor.
Hérnia de Hiato	A hérnia de hiato acontece quando uma víscera abdominal (normalmente o estômago) de desloca para o tórax através do orifício pelo qual o esôfago atravessa o diafragma para penetrar na cavidade abdominal (hiato esofagiano). Quando a hérnia de hiato se forma, ela dificulta o fechamento completo do esôfago fazendo com que o conteúdo ácido do estômago suba para o esôfago causando queimação e até feridas no esôfago dependendo da acidez do líquido. É o chamado refluxo gastroesofágico. Os sintomas mais frequentes são azia, dor no peito, dificuldade para engolir, arrotos frequentes entre outros.
Hidrocele	Presença de líquido em quantidades anormais na bolsa escrotal, envolvendo o testículo. Pode ser unilateral ou bilateral.
Hiperplasia benigna da próstata	Sin.: Hiperplasia prostática benigna. Aumento benigno do volume da próstata.
Hipertensão Arterial	A hipertensão arterial, usualmente chamada de pressão alta, ocorre quando a nossa pressão arterial é sistematicamente

	maior do que 140/90 mmHg (valores considerados normais para o adulto, de acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Hipertensão)). A hipertensão arterial é um fator de risco para doença aterosclerótica, doença coronariana, derrame, insuficiência renal e cardíaca.
Hipertensão portal	Condição clínica caracterizada pelo aumento da pressão no sistema da veia porta que é o sistema venoso que transporta o sangue a partir do estômago, intestinos, pâncreas e baço para o fígado. A hipertensão porta leva ao aumento do baço, ascite, varizes de esôfago e hemorroidas. A causa principal é a doença hepática crônica.
Hipertireoidismo	Condição clínica caracterizada pela produção excessiva de hormônios tireoidiano. Os sintomas mais frequentes são irritabilidade, suor em excesso e intolerância ao calor, palpitação, fraqueza, perda de peso e diarreia.
Hipertrofia do miocárdio	Aumento anormal do músculo cardíaco, geralmente causado como resposta adaptativa à sobrecarga funcional imposta ao coração.
Hipopituarismo	Quadro clínico decorrente de uma diminuição na produção de hormônios pela glândula pituitária (também chamada de hipófise). A pituitária é uma glândula localizada na sela turca (cavidade óssea localizada na base do crânio) e é responsável pela produção de uma série de hormônios que são importantes no crescimento e no nosso metabolismo. Essa condição pode ser congênita ou decorrente de tumores, traumas cranianos, lesões vasculares ou inflamatórias. Os sintomas são variados, na dependência do hormônio que estiver diminuído e incluem, entre outros, problemas no crescimento, alterações na menstruação, infertilidade (em ambos os sexos), hipotireoidismo, problemas na produção de leite.
Hipotireoidismo	Problema no qual a glândula da tireoide não produz hormônios suficientes para a necessidade do organismo. Os sintomas mais comuns são, aumento fácil de peso, cansaço, pele fria e pálida, prisão de ventre, baixa tolerância ao frio, dores articulares, enfraquecimento do cabelo e das unhas.
Histerectomia	Retirada cirúrgica do útero.
Histológico	Estudo microscópico de fragmentos de tecidos biológicos com fins diagnósticos.
HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana)	Vírus causador da AIDS, ataca e danifica o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças.
HPV (papilomavírus humano)	Nome genérico de um grupo de vírus que engloba mais de cem tipos diferentes, pode provocar a formação de verrugas

	na pele e nas regiões oral, anal, genital e da uretra. Alguns destes tipos de vírus são relacionados ao aumento da incidência de câncer.
Icterícia	Pigmentação amarelada da pele e mucosas devido ao aumento da concentração de bilirrubina no sangue. É uma alteração encontrada nas doenças hepáticas e da vesícula biliar ou nas anemias hemolíticas (provocada pela destruição excessiva dos glóbulos vermelhos). Associa-se a doenças hepáticas e da vesícula biliar, ou ao rompimento de hemácias.
In situ	Expressão em latim que significa no lugar. Usado para descrever neoplasias malignas que estão restritas ao local de origem, quando ainda não invadiram estruturas profundas.
Infarto	Morte de um tecido por falta de oxigênio por irrigação sanguínea insuficiente. O exemplo mais conhecido é o infarto do miocárdio, lesão irreversível do músculo cardíaco.
Infarto do miocárdio	Morte de parte do músculo cardíaco por falta de oxigênio por irrigação sanguínea insuficiente.
Insuficiência Cardíaca	É a incapacidade do coração para bombear o sangue em volumes suficientes para atender às demandas do metabolismo. Seus sintomas principais são falta de ar, tosse ou chiado no peito aos esforços, sensação de fraqueza ou cansaço depois de um esforço, dificuldade em respirar quando deitado, acordar de noite tossindo ou com falta de ar, inchaço nas mãos, abdômen, membros inferiores, tornozelos ou pés
Insuficiência pancreática	É a incapacidade do pâncreas de produzir as enzimas digestivas necessárias para a digestão e absorção dos alimentos e dos hormônios normalmente produzidos pelo pâncreas (insulina e glucagon).
Insuficiência Renal	Perda da capacidade dos rins filtrarem resíduos, sais e líquidos do sangue. Quando isso acontece, os resíduos podem chegar a níveis perigosos e afetar a composição química do seu sangue, que pode ficar fora de equilíbrio. Ela pode ser aguda ou crônica.
Iodo Radioativo	O iodo radioativo é uma substância utilizada para fins de diagnóstico ou para o tratamento das doenças da tireoide. O iodo após ser ingerido ou injetado é rapidamente absorvido pelas células tireoidianas. Em doses pequenas é utilizado para visualização da tireoide no exame denominado cintilografia tireoidiana. Em doses maiores ele é usado no tratamento do câncer da tireoide e no hipertireoidismo, já que a irradiação emitida irá destruir as células tireoidianas.
Isquemia Cerebral	Diminuição da irrigação sanguínea e consequentemente de oxigenação cerebral adequada.

Laser	Acrônimo para Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation. Dispositivo que produz uma radiação eletromagnética. Em Medicina é usado em cirurgias diversas e em alguns tratamentos fisioterápicos.
Lesões atróficas da próstata	Sin.: Atrofia prostática focal. Termo usado para descrever o encolhimento do tecido prostático, quando visto no microscópio. É uma das lesões que mais frequentemente se confundem com o adenocarcinoma, numa biópsia. A atrofia está nitidamente associada com o aumento da idade e é controversa sua relação com desenvolvimento de neoplasia.
Leucemia	Doença maligna que acomete os leucócitos, os glóbulos brancos do sangue, presentes nos gânglios linfáticos e na corrente sanguínea. Ela se caracteriza pelo acúmulo de leucócitos jovens anormais na medula óssea, que substituem as células normais do sangue. A doença pode ser classificada como aguda ou crônica, dependendo da velocidade de agravamento.
Linfoma	Termo genérico para designar neoplasias malignas do sistema linfático.
Linfoma MALT gástrico responsivo à terapêutica de erradicação do H. pylori	Tipo de tumor-linfoma, frequentemente visto no trato gastrointestinal (mais frequentemente no estômago), associado à infecção pela bactéria H. pylori e que pode desaparecer com a erradicação desta.
Linfonodo	Sinônimo: gânglio linfático; Os linfonodos são pequenos órgãos ovoides localizados ao longo do trajeto dos vasos linfáticos. Eles atuam como filtros da linfa, podendo reter, destruir ou retardar a proliferação de micro-organismos (bactérias, vírus, protozoários) e células cancerígenas pelo corpo. Os gânglios linfáticos armazenam e produzem glóbulos brancos, células de defesa que combatem infecções e doenças. Por isso, os linfonodos podem aumentar de tamanho e ficar doloridos quando há alguma infecção, pois, estão reagindo aos micro-organismos invasores. É a chamada "íngua".
LSD	LSD (abreviação de dietilamida do ácido lisérgico) é uma substância psicoativa sintética, ou seja, fabricada em laboratório. É uma droga alucinógena e que provoca um conjunto de percepções que ocorre sem a presença de um objeto, ou seja, mesmo sem ter um estímulo (objeto), a pessoa pode sentir, ver e ouvir. As sensações são "reais", provocando dor, prazer, medo ou ansiedade.
Lúpus Eritematoso Sistêmico	Doença autoimune, que pode se apresentar com sinais gerais (febre, emagrecimento, astenia) e manifestações cutâneas, cardiovasculares, renais, nervosas e articulares.

Maconha	Droga psicoativa, obtida da Cannabis sativa que é uma planta amplamente cultivada em muitas partes do mundo. O princípio ativo é o THC (tetrahidrocanabinol) tem propriedades psicoativas bem documentadas agindo como analgésico, antiemético, antiespasmódico, ansiolítico, narcótico e sedativo. Usado para efeitos recreativos e medicinais.
Malignidade	Capacidade de um tumor de produzir invasão de tecidos vizinhos ou produzir metástases.
Maligno	Ver Malignidade.
Mamografia	Exame de imagem que tem como finalidade estudar o tecido mamário. Permite diagnosticar tumores que ainda não estejam palpáveis
Mastectomia	Retirada cirúrgica da mama.
Mastectomia bilateral profilática	Retirada preventiva das mamas.
Melanoma	O melanoma é um tumor maligno originário dos melanócitos (células que produzem pigmento) e ocorre em partes como pele, olhos, orelhas, trato gastrointestinal, membranas mucosas e genitais. Um dos tumores mais perigosos, o melanoma tem a capacidade de invadir qualquer órgão, criando metástases, inclusive no cérebro e coração.
Metástase	Quando o câncer se espalha além do local onde começou (sítio primário) para outras partes do corpo, é denominado de metástase. A metástase pode ocorrer quando as células cancerosas viajam através da corrente sanguínea ou dos vãos linfáticos para outras áreas do corpo.
Micro carcinoma	Carcinomas menores que determinado tamanho, de acordo com a localização (p.ex. 1cm para tireoide) quando detectados pela primeira vez, associados a bom prognóstico.
Micro invasivo	Primeiro estágio de carcinoma invasor, em que algumas porções penetram muito pouco a membrana basal / estroma.
Miocárdio	Músculo do coração.
Miopia	Distúrbio visual que ocorre quando a imagem é formada num ponto antes da retina e não diretamente na superfície da retina, dificultando a visão para longe.
Mitral	Uma das válvulas cardíacas. Localizada entre átrio e ventrículo esquerdos.

Náusea	Sinônimo: Enjoo Sensação de desconforto na região do estômago, com tendência a vômitos.
Necrose	Conjunto de processos irreversíveis que resulta em degeneração celular seguida de morte da célula.
Neoplasia	Sin.: tumor, câncer (neoplasia maligna) Crescimento anormal de tecido, proliferação anormal de células. Pode ser maligna ou benigna.
Neoplasia intra-epitelial cervical	Proliferação anormal de células no colo do útero, com potencial de transformação maligna.
Neuropatia	Termo geral que engloba as doenças que afetam as células nervosas. As neuropatias são classificadas de acordo com a causa e localização dos nervos que são afetados ou pelas características da lesão.
Ng/Ml	Nanogramas por mililitro.
NIC-1, NIC-2 e NIC-3	Diferentes graus de neoplasia intraepitelial cervical; alterações pré-cancerosas. Essa classificação tem sido substituída pela classificação de Bethesda.
Nódulos	Lesão sólida, elevada, com mais de 1 cm de diâmetro, geralmente bem delimitada e de origem epitelial ou conjuntiva.
Obstrução coronariana	Vide Doença coronariana.
Ooforectomia bilateral	Retirada dos dois ovários.
Otite Crônica	Inflamação do ouvido recorrente. Pode se localizar no ouvido externo, ouvido médio ou interno. Seus sintomas são febre, dor, secreção purulenta drenada pelo conduto auditivo, diminuição da acuidade auditiva, vertigem, entre outros.
Ovário	Ovário: órgão do aparelho reprodutor feminino onde são produzidos os óvulos.
Overdose	Significa uma superdose ou exposição excessiva a uma quantidade de substâncias químicas, acima do que o organismo suporta. A overdose produz consequências graves que requerem cuidados médicos e podem levar à morte.
Palpitação	Normalmente os batimentos cardíacos não são percebidos. Quando isso acontece, dá-se o nome de palpitação. As palpitações são percebidas normalmente após um exercício vigoroso, em situações de tensão ou depois de um grande susto, quando o coração bate com mais força e/ou mais rapidez que o normal. Quando sentidas em repouso ou num estado de espírito calmo, as palpitações podem ser

	devidas a outras causas como distúrbios do ritmo do coração.
Pancreatite aguda	Inflamação aguda do pâncreas. As causas mais comuns são o consumo de álcool e a presença de cálculos biliares. As manifestações clínicas são dor abdominal intensa, quase sempre de início abrupto, na região superior do abdômen, que se irradia em faixa para as costas. Náuseas, vômitos e icterícia são outros sintomas que podem aparecer.
Pâncreas e vias biliares	Pâncreas: órgão com função digestiva (produz enzimas digestivas) e função endócrina (produz hormônio insulina).
Pancreatite aguda	Inflamação aguda do pâncreas. As causas mais comuns são o consumo de álcool e a presença de cálculos biliares. As manifestações clínicas são dor abdominal intensa, quase sempre de início abrupto, na região superior do abdômen, que se irradia em faixa para as costas. Náuseas, vômitos e icterícia são outros sintomas que podem aparecer.
Papanicolaou	Exame que se baseia numa análise citopatológica das células do colo do útero, possibilitando o diagnóstico de doenças inflamatórias, infecciosas ou câncer.
Papanicolaou Classe 3 ou NIC III	Resultado do exame que indica a presença de células anormais no colo do útero, com potencial de transformação maligna. Atualmente tem se preferido adotar um laudo mais descritivo sobre as alterações celulares, utilizando a classificação de Bethesda.
Papilífero	Tipo histológico de tumor que se desenvolvem na tireoide, mama e bexiga.
Paralisia	Perda total da capacidade de movimento de um músculo. Pode ser produzida por doença neurológica, muscular, tóxica, metabólica ou ser uma combinação das mesmas
Parkinson	Doença degenerativa crónica do sistema nervoso central que afeta principalmente a coordenação motora. Os sintomas vão-se manifestando de forma lenta e gradual ao longo do tempo. Na fase inicial da doença, os sintomas mais óbvios são tremores, rigidez, lentidão de movimentos e dificuldade em caminhar. Podem também ocorrer problemas de raciocínio e comportamentais.
PET Scan	Abreviação de Tomografia por emissão de pósitrons. Exame de imagem que permite o mapeamento de diferentes substâncias químicas radioativas no organismo. Ele reúne os recursos da medicina nuclear e da radiologia. A vantagem da PET Scan sobre os demais exames de imagens é que ela permite medir a atividade metabólica das lesões, demonstrando assim o grau de atividade delas, podendo mostrar a presença de alterações funcionais antes mesmo das morfológicas, permitindo um diagnóstico ainda mais precoce de doenças neoplásicas.

Plaquetas	Elemento do sangue que participa da coagulação do sangue.
Policitemia Rubra Vera	É um distúrbio das células produtoras de sangue da medula óssea que resulta num excesso de produção de hemácias, plaquetas e de alguns leucócitos. A causa é desconhecida, porém mais de 95% dos pacientes apresentam uma mutação no gene chamado JAK2.
Pré-maligno	Pré-canceroso.
Pressão Arterial	Pressão exercida pelo sangue contra a parede das artérias. O registro da pressão arterial possui dois números. O primeiro representa a pressão dos seus vasos sanguíneos com as batidas do coração (é a chamada pressão sistólica ou máxima). O segundo é a pressão dos vasos quando o coração relaxa (pressão diastólica ou mínima).
Pressão arterial elevada	Ver Hipertensão arterial.
Problemas de visão e audição	Problemas nos olhos e ouvidos.
Problemas neurológicos ou psiquiátricos	Neurológicos: que afetam encéfalo, medula espinhal, nervos. Psiquiátricos: doenças mentais.
Propiltiouracil	Medicamento indicado para tratamento do hipertireoidismo.
Próstata	Glândula masculina responsável por produzir o líquido e as proteínas que acompanham os espermatozoides no sêmen.
Prostatite	Inflamação da próstata.
Proteinúria	Concentração anormal de proteína na urina.
Provas de função pulmonar	Vide "Exame de função pulmonar"
PSA	PSA (Antígeno Prostático Específico) é uma proteína encontrada no sangue produzida pela próstata. A dosagem sanguínea do PSA é uma informação importante para diagnóstico de câncer de próstata e no acompanhamento do tratamento.

Pseudo-cisto pâncreas	Coleção de líquido rico em enzimas pancreáticas, sangue e tecido necrótico, envolvido por uma cápsula fibrosa e tecido de granulação. Geralmente são uma complicação que aparece algumas semanas após uma pancreatite, mas em crianças, podem também ser decorrentes de um trauma no abdômen.
Psicose	Psicose é um transtorno mental cuja característica principal á a alteração da percepção da realidade. Os sintomas mais comuns são delírios e alucinações
Punção	Procedimento no qual é introduzido um instrumento perfurante (usualmente uma agulha) numa estrutura anatômica com o objetivo diagnóstico (coletar o material ou líquido para exame) ou terapêutico (drenagem de líquido ou injeção de fármacos).
Púrpura	Aparecimento de descolorações vermelhas ou roxas na pele, causada por sangramentos subcutâneos. Pequenos pontos são chamados de petéquias, enquanto os maiores são chamados de equimoses.
Quimioterapia	A quimioterapia é um tipo de tratamento em que se utilizam medicamentos, chamados quimioterápicos, para combater o câncer. Esses medicamentos podem ser administrados por diversas vias e as mais comuns são por via venosa e oral. A quimioterapia apresenta alguns efeitos colaterais que incluem, entre outros, fadiga, perda do cabelo, hematomas no corpo, anemia, náuseas e vômitos, perda do apetite alterações do hábito intestinal.
Radiografia contrastada	Radiografia feita em associação com introdução de substâncias (contraste) em órgãos ou estruturas, para torná-las mais visíveis no exame. A radiografia contrastada pode mostrar ulcerações, tumores, estreitamentos, dilatações, obstruções, morfologias que não seriam vistas em órgãos ou estruturas em radiografias normais.
Radioterapia	Método de tratamento capaz de destruir células tumorais empregando feixe de radiação ionizante.
Refluxo gastroesofágico	Retorno de conteúdo ácido de origem do estômago para o esôfago.
Ressecção total	Intervenção cirúrgica para extração total de um órgão ou de uma formação patológica (por exemplo: tumor).
Ressonância Magnética	A ressonância magnética, também conhecida como ressonância magnética nuclear é um exame de imagem que, a partir de um equipamento, produz imagens para fins de diagnósticos médicos. A máquina utiliza um campo magnético e ondas de rádio para criar imagens detalhadas dos órgãos e tecidos do corpo. É um exame não invasivo e

	permite examinar órgãos, tecidos e o sistema esquelético, produzindo imagens de alta resolução do interior do corpo que ajudam a diagnosticar uma série de patologias.
Retina	É a parte do nosso olho responsável pela formação das imagens que enxergamos. Ela se localiza na parede posterior interna do olho e é composta por um tecido nervoso, sensível à luz, que funciona com uma tela onde são projetadas as imagens que são então transformadas em impulsos elétricos e transmitidas ao cérebro através do nervo ótico.
Retinopatia	Qualquer doença da retina.
Reto	Extremidade terminal do intestino grosso.
Retocolite	Inflamação que envolve o reto e o cólon.
Síncope	Perda temporária da consciência, geralmente provocada por uma diminuição do fluxo sanguíneo cerebral. Normalmente tem início súbito, dura pouco tempo e a recuperação é total e espontânea.
Síndrome de Crest	Ver esclerodermia sistêmica
Síndrome mielodisplásica	Grupo de doenças caracterizadas por alterações nas células da medula óssea precursoras das células sanguíneas, ocasionando problemas na produção e maturação dessas células. Com isso, a medula óssea pode ficar superpovoada de células jovens, conhecidas como blastos, que são incapazes de exercerem corretamente suas funções, comprometendo a produção de células saudáveis. Todas as três linhas celulares podem estar envolvidas (hemácias, leucócitos e plaquetas. Ela pode ser primária (não se conhece a causa) ou secundária (por exemplo em pacientes que se submeteram à radioterapia). Alguns casos podem evoluir para uma leucemia mieloide aguda.
Síndrome pós-trombótica	Conjunto de sinais e sintomas que ocorrem como complicação tardia de uma trombose venosa profunda., A síndrome pós-trombótica ocorre quando as paredes e as válvulas das veias são danificadas, dificultando o fluxo do sangue em direção ao coração. Os sintomas incluem edema nos membros afetados, dor local e alterações na pele podendo eventualmente provocar ulcerações.
Sintomas psicóticos	Sintomas relacionados aos quadros de psicose, cujo ponto principal é a perda de contato com a realidade. Os sintomas psicóticos mais significativos são delírios, alucinações

	auditivas, sonorização do pensamento. A esquizofrenia é considerada o distúrbio psicótico mais grave em psiquiatria.
Sistema TNM	Sistema de estadiamento de câncer baseado no tamanho do tumor (T), no comprometimento de linfonodos vizinhos (N) e na existência de metástases à distância (M).
Talassemia	Sinônimo: Anemia do Mediterrâneo. Doença hereditária cuja principal característica é a produção anômala de hemoglobina, uma proteína do sangue responsável pelo transporte de oxigênio para todos os tecidos do organismo. Existem dois tipos de talassemia, alpha e beta, que podem se manifestar nas seguintes formas: minor, intermediária e major. A forma minor, ou traço talassêmico, produz um grau de anemia leve, assintomático e que pode passar totalmente despercebido. Na forma intermediária, a deficiência da síntese de hemoglobina é moderada e as consequências menos graves. Já a talassemia major, ou anemia de Cooley, é uma forma grave da doença, causada pela transmissão de dois genes defeituosos, um do pai e outro da mãe. Isso provoca anemia profunda e outras alterações orgânicas importantes, como o aumento do baço, atraso no crescimento e problemas nos ossos.
Taquicardia Sinusal	Condição na qual o ritmo cardíaco, em repouso, está acima do máximo considerado normal (100 batimentos por minuto). A taquicardia pode ser devida a variações normais do funcionamento do organismo, por exemplo exercício, ou decorrente de alguma doença.
Talassemia menor	É uma forma pouco sintomática ou assintomática da doença.
Taquicardia Sinusal	Condição na qual o ritmo cardíaco, em repouso, está acima do máximo considerado normal (100 batimentos por minuto). A taquicardia pode ser devida a variações normais do funcionamento do organismo, por exemplo exercício, ou decorrente de alguma doença.
Teste Ergométrico	O teste ergométrico é um exame usado para avaliar o sistema cardiovascular sob esforço (daí porque também é conhecido como teste de esforço). O paciente começa caminhando em uma esteira (parecida com as de academia) que aumenta de intensidade gradativamente e, a partir de eletrodos colocados no corpo, é possível entender como o coração reage a uma atividade física. É muito utilizado no diagnóstico da doença coronariana, mas outras patologias como arritmias, insuficiência cardíaca e hipertensão arterial também podem ser detectadas durante o exame.
Tireoide	É uma glândula endócrina localizada na parte anterior do pescoço. É uma das maiores glândulas do corpo humano e é responsável pela produção dos hormônios triiodotironina (T3) e tiroxina (T4), importantes em uma série de funções do nosso organismo como a regulação dos ciclos menstruais,

	fertilidade, peso, memória, concentração e atenção humor e controle emocional.
Tireoidite de Hashimoto	A tireoidite de Hashimoto é uma doença autoimune na qual o sistema imune ataca as células da tireoide, causando uma inflamação dessa glândula, o que geralmente resulta em um hipertireoidismo passageiro que depois pode ser seguido por um hipotireoidismo.
Tomografia	Exame radiológico que obtém imagens do corpo em fatias ou cortes. Existem dois tipos de tomografia: a convencional e a computadorizada.
Toque retal	Exame feito através da introdução do dedo indicador do médico na ampola retal do paciente para inspeção e diagnóstico de tumores. Utilizado de rotina pelos urologistas e proctologistas para avalição da próstata e no diagnóstico de doenças do reto.
Trato gastrointestinal	Sinônimo: trato digestório. Segmento do aparelho digestivo que se estende da cavidade bucal até o ânus. Formado pela boca, faringe, esôfago, estômago, intestino delgado, intestino grosso, reto e ânus. É ao longo dele que o alimento digerido é triturado, digerido em moléculas e nutrientes e absorvido para a corrente sanguínea.
Tricúspide	Uma das válvulas cardíacas. Localizada entre átrio e ventrículo direitos.
Triglicérides	Sin.: Triglicerídeos Tipo de gordura que é encontrada no sangue e tem função de armazenar energia, que é utilizada pelo corpo quando necessário. As triglicérides entram no organismo de duas formas, pela alimentação e pela produção do próprio corpo.
Trombocitemia essencial	Anormalidade caracterizada pela produção excessiva de plaquetas pela medula óssea, podendo levar a episódios trombóticos e/ou hemorrágicos, sendo estes mais comuns em idosos
Trombocitopenia	Sinônimo: Plaquetopenia. Baixa contagem das plaquetas sanguíneas (abaixo de 150.000/mm³). Pode ser provocado por distúrbios de produção, de distribuição ou destruição das plaquetas. As plaquetas atuam na coagulação do sangue. A manifestação clássica da trombocitopenia sintomática (plaquetas inferiores a 50,000/mm3) é o sangramento. A menstruação se torna mais prolongada e volumosa, podem ocorrer sangramento nasal, nas gengivas e hematomas com qualquer golpe.
Trombofilia	Predisposição a desenvolver fenômenos tromboembólicos (ex. trombose). Ela pode ser hereditária, quando a condição está ligada a fatores genéticos ou adquirida. Neste caso, ela pode ser desencadeada por diversos fatores que aumentam a coagulação do sangue. Entre eles estão o uso de estrogênios, terapia de reposição hormonal, viagens aéreas

	prolongadas (por causa da pressão), cirurgias, imobilização e também a gravidez.
Trombose	Formação de trombos (coágulos) no interior de um vaso sanguíneo. Pode ser venosa ou arterial e produzem diferentes sintomas segundo os territórios afetados.
Trombose venosa profunda	Abreviação: TVP Formação de coágulos (trombos) no interior das veias profundas. Na maior parte das vezes, o trombo se forma na panturrilha, ou batata da perna, mas pode também ocorrer nas coxas e, ocasionalmente, nos membros superiores. Os sintomas mais frequentes são aumento local com dor e vermelhidão. Uma das complicações da trombose venosa profunda é o deslocamento do trombo para outro órgão (por exemplo, o pulmão).
Tumor	Termo que significa proliferação anormal, autônoma e descontrolada de um determinado tecido do corpo. Pode ser benigno ou maligno.
Tumor Estromal Gastrointestinal - GIST	Tumores raros originários das células do sistema nervoso autônomo do trato gastrointestinal e que comandam os movimentos do tubo digestivo. Ocorrem mais frequentemente no estômago ou no intestino delgado, mas podem aparecer em qualquer parte do trato gastrointestinal. Apresentam um crescimento lento, e são, na sua maioria, benignos.
Úlcera	Solução de continuidade de uma superfície cutânea ou mucosa, com rotura epitelial e exposição dos tecidos mais profundos.
Ultrassonografia	A ultrassonografia ou ecografia é um método diagnóstico não invasivo que utiliza o eco gerado através de ondas ultrassônicas de alta frequência para visualizar, em tempo real, estruturas e órgãos.
Útero	Útero: órgão do aparelho reprodutor feminino, onde o feto se desenvolve
Válvulas (valvas) cardíacas	Estruturas localizadas entre as cavidades do coração (átrios e ventrículos) e nas saídas dos vasos cardíacos. A função das válvulas cardíacas é de manter o fluxo de sangue em uma direção única.
Varicocele	Dilatação e tortuosidade das veias da bolsa escrotal. Pode afetar a produção do esperma diminuindo sua produção e qualidade.
Varizes esofágicas	Dilatação anormal das veias do esôfago causada pelo aumento da pressão na veia porta (hipertensão porta). Essas varizes podem se romper e provocar um sangramento digestivo importante e que pode levar ao óbito do paciente. A principal causa da hipertensão porta é a cirrose hepática.
Vias biliares	São canais que conectam o fígado e a vesícula biliar ao duodeno (porção inicial do intestino delgado). A função das

	vias biliares é transportar a bile, substância que ajuda na digestão das gorduras.
Vias urinárias	Vias urinárias: ureteres, bexiga, uretra.

1. OBJETIVO

1.1 É a garantia do pagamento de uma importância segurada ao segurado, em decorrência de diagnóstico definitivo de qualquer uma das doenças ou danos permanentes cobertos ou ainda caso o segurado seja submetido a um dos procedimentos cirúrgicos cobertos devidamente especificadas no item 2 (Riscos Cobertos).

2. RISCOS COBERTOS

2.1 Para os efeitos desta cobertura, são consideradas "Doenças Graves", exclusivamente, as patologias, danos ou eventos listados abaixo:

2.1.1 Câncer: Diagnóstico inequívoco de um tumor maligno invasivo, evidenciado por exames histopatológicos correspondentes. Também inclui leucemia, linfoma maligno, doença de Hodgkin, doenças malignas da medula óssea, câncer de pele metastático e melanomas classificados com um nível de Clark III ou maior ou uma espessura de Breslow maior a 1.5mm.

O diagnóstico deve ser confirmado através dos seguintes requisitos:

a) Exame histopatológico que confirme a presença do câncer;
b) Relatório do médico Oncologista que especifique o estádio do tumor, tratamento, evolução clínica, resultados dos exames realizados e detalhes do câncer;
c) Resultados dos exames de estadiamento do câncer (radiografias, tomografias etc.).

2.1.2 Anemia Aplástica Grave: Diagnóstico de falha crônica e persistente da medula óssea que resulta em anemia, neutropenia e trombocitopenia que seja demonstrado pelos critérios mencionados a seguir.

O diagnóstico deve ser apoiado por uma biópsia da medula óssea ou mielograma. Os resultados da hematologia devem preencher os seguintes critérios:

a) Valor absoluto da neutrofílica granulócito $\leq$0,5x109/L;
b) Reticulócitos $\leq$ 1%;
c) Valor absoluto da plaqueta ≤20×109/L.

2.1.3 Cirurgia De Revascularização Miocárdica – Ponte Mamária Ou Safena (Bypass): Cirurgia cardíaca para correção de estreitamento ou oclusão de uma ou mais artérias coronarianas com o implante de enxerto vascular (Bypass). A via de acesso deverá ser obtida por meio de esternotomia completa (divisão vertical do osso externo) ou por meio de procedimentos minimamente invasivos (esternotomia parcial ou toracotomia).

A indicação cirúrgica deve ser feita por médico habilitado e respaldada por achados na coronariografia.

A cirurgia deve ser confirmada através dos seguintes requisitos:

a) Relatório do procedimento cirúrgico;
b) Relatório da angiografia coronária prévia a cirurgia.

2.1.4 Infarto Agudo do Miocárdio: Morte do músculo cardíaco resultante de uma obstrução prolongada do fluxo sanguíneo. A caracterização de infarto do miocárdio se baseia no comportamento (elevação e queda) dos biomarcadores cardíacos (troponina) para níveis considerados diagnósticos de infarto do miocárdio, concomitante com mais dois critérios:

a) Sintomas de isquemia (p.ex. dor torácica);
b) Alterações recentes no eletrocardiograma (ECG) indicativas de isquemia recente (mudanças recentes ST - T ou novo bloqueio de ramo esquerdo), ou desenvolvimento de ondas "Q" patológicas no ECG;
c) Evidências recentes em exames de imagem (ecocardiograma ou coronariografia) evidenciando perda de tecido miocárdico ou alterações da mobilidade das paredes cardíacas.

O diagnóstico deve ser confirmado por um médico cardiologista, evidenciando os seguintes requisitos:

a) Relatório do médico assistente detalhado que especifique detalhes da evolução clínica;

b) Exames de laboratório que demonstrem a elevação das troponinas;
c) Eletrocardiogramas realizados durante o evento agudo que demonstrem mudanças compatíveis com o infarto. Exames realizados para a avaliação do infarto (ecocardiograma, exames de medicina nuclear etc.).

2.1.5 Acidente Vascular Encefálico: Morte de tecido encefálico devido a evento encéfalo-vascular agudo causado por trombose ou hemorragia intracraniana (incluindo hemorragia subaracnoide), ou embolia originada em uma fonte extracraniana com:

a) instalação aguda de novos sintomas neurológicos, e
b) constatação de novos déficits neurológicos objetivos no exame clínico.

O déficit neurológico deve persistir por mais de 3 meses após a data do diagnóstico. O diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista, embasado por exames de imagem compatíveis com acidente vascular encefálico e relatório médico que especifique a evolução clínica duração do episódio, tipo e causa do acidente vascular encefálico.

2.1.6 Transplante de Órgãos: Procedimento cirúrgico em que o segurado participa exclusivamente como receptor de algum dos seguintes órgãos: pulmão (inclui transplante de lobo pulmonar ou pulmão único), fígado (inclui transplante parcial), pâncreas, rim ou intestino delgado (inclui transplante parcial). O transplante parcial ou total da face, mão, braço e perna (aloenxertos de tecido composto) também estão cobertos nesta definição. Os transplantes devem ser originados de doador humano, vivo ou morto. Deve ser demonstrada a perda irreversível da função do órgão que será substituído. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.

O procedimento deve ser confirmado através dos seguintes requisitos:

a) Relatório do médico detalhado sobre o transplante realizado;
b) Exames confirmatórios de laboratório que proporcionem confirmação objetiva da deterioração crônica e irreversível da função do órgão substituído.

2.1.7 Transplante de Coração: Procedimento cirúrgico em que o segurado participa exclusivamente como receptor do transplante de coração. Os transplantes devem ser originados de doador humano vivo ou morto. Deve ser demonstrada a perda irreversível da função do órgão que será substituído. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.

O procedimento deve ser confirmado através dos seguintes requisitos:

a) Relatório do médico detalhado sobre o transplante realizado;
b) Exames confirmatórios de laboratório que proporcionem confirmação objetiva da deterioração crônica e irreversível da função do órgão substituído.

2.1.8 Transplante de Medula óssea: Procedimento cirúrgico em que o segurado participa exclusivamente como receptor do transplante de medula óssea. Os transplantes devem ser originados de doador humano, vivo ou morto. Deve ser demonstrada a perda irreversível da função do órgão que será substituído. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.

O procedimento deve ser confirmado através dos seguintes requisitos:

a) Relatório do médico detalhado sobre o transplante realizado;
b) Exames confirmatórios de laboratório que proporcionem confirmação objetiva da deterioração crônica e irreversível da função do órgão substituído.

2.1.9 Cirurgia De Válvulas Cardíacas: A primeira ocorrência de cirurgia de válvulas cardíacas (endoscópica ou a coração aberto) realizada para substituir ou reparar uma ou mais válvulas cardíacas (aórtica, mitral, tricúspide e pulmonar), como consequência de defeitos que não podem ser reparados por procedimentos intravasculares.

A cirurgia deve ser realizada após recomendação de um Cardiologista, evidenciando os seguintes requisitos:

a) Relatório cirúrgico;
b) Resultados dos exames realizados (eletrocardiograma, RM etc.) que demonstrem os defeitos valvulares.

2.1.10 Cirurgia Da Artéria Aorta: Realização de cirurgia para tratamento de estreitamento, obstrução, aneurisma ou dissecção da aorta decorrente de doença. Os procedimentos minimamente invasivos, como a reparação endovascular, estão cobertos nessa definição.

A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico cirurgião vascular, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas, com indicação respaldada por exames de imagem e evidenciando por relatório cirúrgico a realização da cirurgia da artéria aorta.

2.1.11 Hepatite Aguda Fulminante: Diagnóstico inequívoco de hepatite viral fulminante, que deve ser confirmado por um hepatologista ou gastroenterologista e obedecer a todos os critérios a seguir:

a) Curso sorológico típico de hepatite viral aguda;
b) Desenvolvimento de encefalopatia hepática;
c) Diminuição do tamanho do fígado, aumento dos níveis de bilirrubina;
d) Distúrbio de coagulação com INR (International Normalized Ratio) maior que 1,5;
e) Desenvolvimento de insuficiência hepática até 7 (sete) dias após o início dos sintomas;
f) Ausência de histórico conhecido de doença hepática que possa ter causado o problema anterior.

2.1.12 Doença Hepática Grave: Diagnóstico inequívoco de doença hepática avançada, que deve ter sua gravidade evidenciada por escore mínimo de 7 pontos (classe B ou C) na classificação de Child-Pugh. A pontuação deve ser calculada com base na soma de todas as variáveis a seguir:

a) Níveis de bilirrubina total;
b) Níveis de albumina sérica;
c) Gravidade da ascite;
d) INR – Índice Internacional Normalizado (indicador de coagulação sanguínea), Encefalopatia hepática.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico hepatologista ou gastroenterologista e apoiado por exames de imagem.

2.1.13 Insuficiência Renal Crônica: Etapa final da doença renal crônica caracterizada pela perda irreversível da função renal, caracterizado por um índice de filtração glomerular abaixo dos 15 ml por minuto (doença renal crônica estágio 5), com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal. O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado e demonstrado por exames complementares apropriados, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

O diagnóstico deve ser confirmado através dos seguintes requisitos:

a) Certificação da necessidade de diálise periódica por parte do Nefrologista ou do médico Assistente;
b) Relatório clínico detalhado que inclua a causa da insuficiência renal;
c) Exames de laboratório compatíveis com insuficiência renal crônica irreversível (determinação do filtrado, química sanguínea, ultrassom, biópsias etc.).

2.1.14 Queimadura Grave: Queimaduras de terceiro grau, que tenham acometido ao menos 20% (vinte por cento) da área da superfície do corpo do Segurado ou pelo menos 20% (vinte por cento) da superfície do rosto ou da cabeça. O diagnóstico deverá ser confirmado por um especialista e evidenciado pelos resultados da carta de Lund Browder ou um calculador equivalente de áreas corporais queimadas e relatório do médio especialista sobre essa condição.

2.1.15 Esclerose Múltipla: Diagnóstico de certeza de esclerose múltipla, baseado nos critérios de McDonald e documentado através de:

a) Surto clinicamente bem documentado;
b) Ressonância magnética (RNM) que mostre pelo menos duas lesões desmielinizantes características da esclerose múltipla acometendo encéfalo / medula espinhal de idades e localizações diferentes;
c) Comprometimento atual da função motora ou sensorial que deve ter persistido continuamente por um período mínimo de 6 meses e/ou;
d) Alterações características no líquor (fluído cérebro-espinhal) com pesquisa de bandas oligoclonais e/ou de cadeias leves livres kappa.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

2.1.16 Doença De Alzheimer: Doença progressiva degenerativa do cérebro que se caracteriza por uma perda da capacidade intelectual e que deve ser confirmada por um Neurologista ou um Psiquiatra. O Segurado deve demonstrar alterações da memória, raciocínio e a capacidade de perceber, compreender, expressar ou concretizar as ideias. A solicitação do sinistro somente será procedente se a doença alcançou o ponto onde há sintomas clínicos permanentes por demência.

a) Alteração moderada ou grave da memória;
b) Dificuldade de comunicação e/ou dificuldade da fala com incapacidade de expressão verbal coerente e resposta adequada a estímulos externos;
c) Desorientação temporal e/ou espacial;
d) Dificuldade ou incapacidade para a realização das tarefas diárias;
e) Alterações do comportamento.

O diagnóstico e o estágio clínico deverão ser confirmados através de exame clínico (Miniexame do Estado Mental) e exames complementares confirmando o diagnóstico (PET Scan e detecção de biomarcadores no líquor ou sangue).

2.1.17 Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA): Diagnóstico inequívoco da Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), certificada por um médico neurologista, e que resulta em défices neurológicos significativos e apoiado por estudos de condução nervosa (NCS) e eletromiografia (EMG) que confirmem o diagnóstico.

2.1.18 Tumor Encefálico Benigno: Diagnóstico inequívoco de neoplasia cerebral benigna (não maligna), localizada dentro da caixa craniana (neuro crânio) e originada em tecido do cérebro, das meninges ou dos nervos cranianos. O Diagnóstico deve ser confirmado por Tomografia Computadorizada (TC), Ressonância Magnética (RM) ou Tomografia por Emissão de Positrões (PET) ou outras técnicas de imagem.

Pelo menos um dos seguintes critérios deverá ser preenchido:

a) Remoção cirúrgica total ou parcial do tumor cerebral;
b) Radioterapia subcutânea para o tumor cerebral.

Caso nenhuma das opções de tratamento citadas tenha sido possível por razões médicas, esta garantia só será caracterizada se a neoplasia cerebral benigna causar déficit neurológico permanente, que deve ser documentado por pelo menos 3 (três) meses após a data do diagnóstico.

2.1.19 Paralisia De Membros: Perda total, completa e irreversível da função motora de dois ou mais membros, decorrente de trauma (acidente pessoal coberto) ou doença que afete a medula espinhal ou o encéfalo. Por total, entende-se força muscular grau 0 (ausência de contração muscular) ou grau 1 (discreta contratilidade, sem movimento da articulação), conforme classificação de força muscular do MRC – Medical Research Council.

Por completa, entende-se que a paralisia motora deve afetar todo o membro (superior ou inferior) e não apenas parte deste. Por irreversível, entende-se que não é esperada recuperação relevante da paralisia motora com qualquer tratamento, sendo necessária demonstração de sua persistência por um período mínimo de 90 dias após a data do diagnóstico. Essa cobertura inclui a perda da função de membros ou extremidades classificada como diplegia, hemiplegia, tetraplegia ou quadriplegia.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista e embasado por exames de imagem.

O diagnóstico deve ser confirmado através dos seguintes requisitos:

a) Relatório do médico Especialista que certifique a perda total ou parcial da capacidade de movimento de uma ou mais extremidades, com demonstração da lesão cerebral ou da medula espinhal que tenha tido origem;
b) Exames de imagens.

2.1.20 Perda De Visão Ou Cegueira: Perda irreversível, total ou quase total, da visão de ambos os olhos causada por trauma (acidente pessoal coberto) ou doença, obedecendo aos seguintes critérios:

a) Acuidade visual para distância menor ou igual a 20/400 (0,05), no melhor olho, com a melhor correção possível; ou
b) Campo visual igual ou menor que 10 graus, no melhor olho, com a melhor correção possível.

O diagnóstico deve ser confirmado através dos seguintes requisitos:

a) Relatório do médico Oftalmologista;
b) Provas específicas demonstrativas da condição (prova de Snellen, campimetria).

2.1.21 Perda Da Audição Ou Surdez: Perda profunda e irreversível da audição de ambos os ouvidos, causada por trauma (acidente pessoal coberto) ou doença, obedecendo ao seguinte critério:

a) Os limiares auditivos sensorioneurais aferidos por audiograma devem ser maiores ou iguais a 90dB (decibéis), simultaneamente nas frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 3000Hz e em ambas as orelhas.

O diagnóstico deve ser confirmado através dos seguintes requisitos:

a) Relatório do médico Otorrinolaringologista;
b) Exames específicos demonstrativos da condição (audiograma, potenciais auditivos do tronco cerebral, registro de emissões otoacústicas).

2.1.22 Perda Da Fala: Perda total e irreversível da capacidade de falar causada por trauma (acidente pessoal coberto) ou doença que afete diretamente a laringe ou os seus nervos, comprometendo a função das pregas vocais. Por total, entende-se a incapacidade de compreensão da maior parte das palavras emitidas (p.ex.: voz muito rouca, voz com volume irregular, fala arrastada, ritmo irregular ou anormal da fala). Por irreversível, entende-se que não é esperada recuperação relevante com qualquer tratamento, sendo necessária demonstração de sua persistência por um período mínimo de 180 dias após a data do diagnóstico.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista

O diagnóstico deve ser confirmado através dos seguintes requisitos:

a) Relatório detalhado do médico especialista (otorrinolaringologista ou cirurgião de cabeça e pescoço) e embasado por exames especializados.

2.1.23 Doença De Parkinson: Diagnóstico inequívoco da doença de Parkinson primária ou idiopática, realizado por um médico Neurologista, baseado em sinais claros de estado neurológico progressivo, com alterações clínicas permanentes na função motora e rigidez muscular.

O diagnóstico clínico deverá ser confirmado por exame de imagem (ressonância magnética com sequências próprias para a doença ou cintilografia cerebral com TRODAT) e confirmado através dos seguintes requisitos:

a) Relatório do médico especialista que proporcione evidência clínica inequívoca de doença de Parkinson primária, com critérios positivos para o diagnóstico definitivo;
b) Resultados de estudos de neuroimagem (TC) ou de outros exames complementares (provas terapêuticas, neuroimagens funcionais, etc.) nos casos em que existem dúvidas diagnósticas.

2.1.24 Coma: Diagnóstico inequívoco de coma, que persista por pelo menos 96 (noventa e seis) horas, exclusivamente decorrente de traumatismo cranioencefálico causado por acidente pessoal coberto com necessidade de equipamentos médicos de suporte vital e pontuação de 8 ou menos na escala de Glasgow.

O diagnóstico deve ser confirmado através dos seguintes requisitos:

a) Deverá existir um déficit neurológico permanente confirmado por um médico Neurologista, que deve ser evidenciado por pelo menos 30 (trinta) dias após o início do coma.

2.2 O segurado somente terá direito a indenização se a doença grave for diagnosticada após o prazo de carência e desde que se encontre em vida após 30 (trinta) dias contados a partir da data do diagnóstico da doença.

2.3 Não haverá a garantia de indenização se o diagnóstico de doença grave for após a morte do segurado.

2.4 Somente haverá cobertura para o primeiro diagnóstico definitivo de doenças graves previstas nestas condições especiais, estando excluída a possibilidade de acumulação de indenizações pelo diagnóstico definitivo de mais de uma doença grave. Esta garantia será cancelada após o recebimento da indenização ou no primeiro dia posterior à data em que o segurado completar 70 (setenta) anos, o que ocorrer primeiro, sendo o valor do prêmio do seguro relativo a esta cobertura deduzido do prêmio total.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Configuram riscos excluídos da cobertura de Diagnóstico de Doenças Graves:

3.1.1 Câncer:

a) Tumores histologicamente classificados como pré-malignos, não-invasivos ou in situ (incluindo carcinoma ductal ou lobular in situ da mama, e neoplasia intraepitelial cervical (LSIL ou HSIL ou NIC-1, NIC-2 e NIC-3).
b) Câncer de próstata com classificação histológica com escore de Gleason menor do que 7 ou estadiamento menos avançado que T2, N0, M0.
c) Leucemia linfocítica (ou linfoide) crônica – LLC no estádio A de Binet.
d) Carcinoma basocelular e carcinoma de células escamosas da pele, exceto se houver metástase e melanoma maligno de pele estádio IA (T1a, N0, M0)
e) Carcinoma papilífero da tireoide menor que 1cm de diâmetro e histologicamente classificado como T1, N0, M0.
f) Microcarcinoma papilífero da bexiga histologicamente classificado como Ta.
g) Policitemia rubra vera e trombocitemia essencial.
h) Gamopatia monoclonal de significado indeterminado.
i) Linfoma MALT gástrico responsivo à terapêutica de erradicação do H. pylori.
j) Tumor estromal gastrointestinal (GIST) estádios I e II, de acordo com o Manual do American Joint Committee on Cancer (AJCC), 7ª edição, 2010.
k) Linfoma cutâneo, exceto se houve tratamento com quimioterapia ou radioterapia.
l) Carcinoma micro invasivo da mama (classificado histologicamente como T1mic), exceto se foi realizada mastectomia, quimioterapia ou radioterapia.
m) Carcinoma micro invasivo do colo uterino (classificado histologicamente como estádio IA1), exceto se foi realizada histerectomia, quimioterapia ou radioterapia.
n) Qualquer tumor maligno na presença de qualquer Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), exceto se a infecção pelo HIV tenha sido contraída após o início de vigência da apólice.

3.1.2 **Cirurgia De Revascularização Miocárdica – Ponte Mamária Ou Safena (Bypass)**:

a) Angioplastia coronária, colocação de stents coronários ou qualquer procedimento intra-arterial com base em cateteres.
b) Revascularização com laser.
c) Técnicas cirúrgicas que não requerem a abertura do tórax ou outras cirurgias cardíacas que não sejam especificamente uma cirurgia de bypass coronário.

3.1.3 **Infarto Agudo do Miocárdio**:

a) Síndrome coronariana aguda (angina estável ou instável).
b) Elevação da troponina sem relação clara com cardiopatia isquêmica (p. ex. miocardite, aneurisma apical, contusão cardíaca, embolia pulmonar, intoxicação medicamentosa).
c) Infarto do miocárdio com artérias coronárias normais, ou causado por vaso espasmo coronariano, ponte miocárdica ou uso de drogas.
d) Infarto do miocárdio que ocorra até 14 dias após angioplastia coronariana ou cirurgia de revascularização do miocárdio.

3.1.4 Acidente Vascular Encefálico:

a) Achados de imagem incidentais (CT ou RNM) sem sintomas clínicos claramente relacionados (AVE silencioso).
b) Ataque isquêmico transitório (TIA) e déficit neurológico isquêmico reversível prolongado (PRIND).
c) Lesão traumática do tecido encefálico ou de vasos sanguíneos.
d) Hemorragias encefálicas pós-operatórias.
e) Déficits neurológicos decorrentes de: hipóxia, infecção, doença inflamatória, enxaqueca ou procedimentos médicos.
f) Déficits neurológicos decorrentes de: desordens isquêmicas do sistema vestibular (“labirinto”), morte de células da retina ou morte do tecido do nervo óptico.
g) Acidente vascular encefálico secundário ao uso de drogas ilícitas

3.1.5 Transplante de Órgãos - Demais:

a) Colocação de órgãos artificiais, ainda que em caráter temporário enquanto se aguarda de um doador humano.
b) Transplantes com órgão de animais, não humanos.
c) Autotransplantes (medula, mãos etc.).
d) Transplantes de córnea, pele e outros órgãos, partes corporais ou tecidos não especificados.
e) Transplante de células-tronco (células embrionárias que não as hematopoiéticas).

f) Transplante de células da ilhota de Langerhans do pâncreas.

3.1.6 Transplante de Órgãos - Coração:

d) Colocação de órgãos artificiais, como coração artificial, ainda que em caráter temporário enquanto se aguarda de um doador humano.

e) Transplantes com órgão de animais, não humanos.

3.1.7 Transplante de Órgãos – Medula óssea:

b) Colocação de órgãos artificiais, ainda que em caráter temporário enquanto se aguarda de um doador humano.

c) Transplantes com órgão de animais, não humanos.

d) Autotransplantes de medula.

e) Transplantes de outros órgãos, partes corporais ou tecidos não especificados.

f) Transplante de células-tronco (células embrionárias que não as hematopoiéticas).

3.1.8 Cirurgia De Válvulas Cardíacas:

a) Reparos valvulares mediante procedimentos intravasculares (uso de clips ou dilatação com balão).

3.1.9 Cirurgia Da Artéria Aorta:

a) Cirurgia de qualquer ramo da aorta torácica ou abdominal, inclusive enxertos de bypass aorto-femoral e aorto-ilíaco;

b) Cirurgia da aorta relacionada com doenças hereditárias do tecido conjuntivo (por exemplo: síndrome de Marfan, síndrome de Ehlers-Danlos).

c) Cirurgia após lesão traumática da aorta decorrente de acidente pessoal.

3.1.10 Hepatite Aguda Fulminante:

a) Todas as outras causas não virais de insuficiência hepática aguda (incluindo intoxicação por paracetamol ou aflatoxina).

b) Hepatite viral fulminante associada ao uso de drogas/medicamentos intravenosos.

3.1.11 Doença Hepática Grave:

a) Doença hepática grave secundária ao uso de álcool ou drogas e/ou medicamentos (incluindo hepatites B e C adquiridas pelo uso de drogas e/ou medicamentos intravenosos).

3.1.12 Insuficiência Renal Crônica:

a) Quadros transitórios de insuficiência renal, ainda que seja realizado tratamento dialítico.

3.1.13 Queimadura Grave:

a) Queimaduras de primeiro e segundo grau;

b) Queimaduras ocorridas em consequência direta ou indireta de eventos decorrentes de autoagressão.

3.1.14 Esclerose Múltipla:

a) Diagnóstico provável de esclerose múltipla;

b) Síndromes neurológicas ou alterações em exames de imagem isoladas que sejam sugestivas, mas não conclusivas, de esclerose múltipla;

c) Neurite óptica e neuromielite óptica isoladas.

d) Casos nos quais a investigação diagnóstica tenha sido iniciada durante o período de carência de 12 (doze) meses contados a partir do início de vigência da cobertura.

3.1.15 Doença De Alzheimer:

a) Outras demências como demência vascular, demência frontotemporal, demência por corpos de Lewy, depressão grave.

b) Casos nos quais a investigação diagnóstica tenha sido iniciada durante o período de carência de 12 (doze) meses contados a partir do início de vigência da cobertura.

3.1.16 Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA):

a) Qualquer outra forma de doença do neurônio motor;

b) Neuropatia motora multifocal (NMM) e miosite por corpúsculos de inclusão;

c) Síndrome pós-pólio (SPP);

d) Atrofia muscular espinhal (AME);

e) Polimiosite e dermatomiosite.

f) Casos nos quais a investigação diagnóstica tenha sido iniciada durante o período de carência de 12 (doze) meses contados a partir do início de vigência da cobertura.

3.1.17 Tumor Encefálico Benigno:

a) Diagnóstico ou tratamento de qualquer cisto, granuloma, hamartoma ou malformação vascular (arterial ou venosa);
b) Neoplasias da glândula hipófise.

3.1.18 Paralisia De Membros:

a) Paralisias provocada por síndrome de Guillain-Barré;
b) Paralisias hereditárias ou congênitas;
c) Paralisias provocadas por distúrbios psiquiátricos ou psicológicos;

3.1.19 **Perda De Visão Ou Cegueira:** Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Doenças oftalmológicas ou neurológicas, agudas ou crônicas, preexistentes à contratação do seguro e que acarretem redução progressiva da acuidade visual;
b) Cegueira de origem central (sistema nervoso central).

3.1.20 Perda Da Audição Ou Surdez:

a) Doenças otorrinolaringológicas ou neurológicas, agudas ou crônicas, preexistentes à contratação do seguro e que acarretem redução progressiva da audição.

3.1.21 Perda Da Fala:

a) Perda da capacidade de falar psicogênica / psiquiátrica ou decorrente de lesões ou doenças no sistema nervoso central

3.1.22 Doença De Parkinson:

a) Doença ou Mal de Parkinson decorrente de uso crônico de medicamentos ou provocado por intoxicação por manganês, derivados de petróleo ou inseticidas;
b) Doenças neurológicas, agudas ou crônicas, que acarretem quadro clínico semelhante a Doença ou Mal de Parkinson;
c) Casos nos quais a investigação diagnóstica tenha sido iniciada durante o período de carência de 12 (doze) meses contados a partir do início de vigência da cobertura.

3.1.23 **Coma:**

a) Qualquer coma decorrente de ferimentos autoinfligidos ou medicamentoso.
b) Coma como resultado direto de abuso de álcool e/ou drogas.
c) Qualquer coma não decorrente de traumatismo cranioencefálico causado por acidente pessoal coberto.
d) Diagnóstico de morte cerebral.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 Para efeito do cálculo da indenização, será considerado o valor do capital segurado vigente na data de ocorrência do sinistro.

4.1.1 Para fins do disposto nesse item, considera-se data de ocorrência do sinistro a data do diagnóstico definitivo da doença grave coberta, comprovado por resultado de exame anatomopatológico ou de qualquer outro exame complementar específico.

4.1.2 **Em caso de redução do capital segurado por opção do segurado, da cobertura básica de Morte Natural ou Acidental, o capital segurado desta cobertura poderá ser revisto, de modo a se manter entre os limites mínimo e máximo estabelecidos pela seguradora.**

5. PRAZO DE CARÊNCIA

5.1 Somente serão garantidos por esta cobertura os eventos ocorridos a partir de 60 (sessenta) dias, contados do início da vigência desta cobertura.

5.1.1 Não há carência em caso de acidente pessoal coberto.

5.2 O período de carência também será aplicado aos casos de aumento de capital segurado após o início de vigência do seguro, para o capital aumentado.

6. FRANQUIA

6.1 O pagamento do capital segurado da cobertura de Diagnóstico Definitivo de 24 Doenças Graves serão condicionados ao período de franquia, sendo este a sobrevivência do segurado por 30 (trinta) dias após a ocorrência do diagnóstico de uma doença grave coberta, conforme previsto nas condições especiais das coberturas.

7. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.1 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 - Regulação e Liquidação de sinistros das Condições Contratuais, e quando for caso, os documentos requisitados para cada doença coberta, conforme descrito no item 2 dessa condição especial.

8. RATIFICAÇÃO

8.1 Ratificam-se as disposições constantes das Condições Contratuais desta apólice que não foram modificadas por estas condições especiais.

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, tem o objetivo de auxiliar nas despesas iniciais decorrentes do nascimento do(s) filho(s) ou adoção de filho(s) do Segurado.

1.2. Garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, a título de auxílio natalidade, em caso de filho(s) nascidos vivos ou em caso de adoção do filho(s), **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observado o limite contrato para esta cobertura e os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.3. **Será considerado para efeito de indenização desta cobertura o valor estabelecido em contrato multiplicado pelo número de filhos nascidos vivos no mesmo parto ou de filhos adotados.**

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Nascidos Vivos:** quando o recém-nascido respira ou mostra qualquer outra evidência vital, tais como: batimento do coração, pulsação do cordão umbilical ou movimento efetivo dos músculos da contração voluntária.

2.2. **Natimorto:** É a designação dada ao feto que morre ainda dentro do ventre da mãe ou durante o parto.

2.3. **Adoção:** procedimento legal pelo qual se cria um vínculo de filiação, até então inexistente, em que não há laço natural (genético).

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos mencionados nas Condições Contratuais, estão também expressamente excluídos:

Os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

k) Nascimento ou adoção fora da vigência do seguro;

l) Natimorto.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta Cláusula será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2. Para fins desta Cláusula, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data de registro do nascimento ou adoção do(s) filho(s) do Segurado.

5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

5.1. **A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 – Regulação e Liquidação de Sinistros das Condições Contratuais**.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

6.1. A liquidação do sinistro ocorrerá, prioritariamente, mediante pagamento de capital segurado ao segurado titular. Alternativamente, e mediante definição nas Condições Particulares, a liquidação do sinistro ocorrerá através da prestação de serviços por recursos disponibilizados em cartão magnético, o qual nesta hipótese será entregue por terceiro indicado e pago pela Seguradora.

7. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições constantes das Condições Particulares da Apólice que não foram revogadas por estas Condições Especiais.