

APRESENTAÇÃO

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

INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco.
- O registro deste plano na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.
- O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

Condições Gerais - Versão 10/04/2017

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

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

OUVIDORIA

A Voz do Cliente na Empresa

A Ouvidoria é um canal de comunicação que colocamos à sua disposição, que tem por objetivo realizar análise das manifestações de forma isenta e imparcial, sendo o Ouvidor um defensor do cliente dentro da Seguradora.

Quando você pode recorrer a esse serviço?

A Ouvidoria está a sua disposição, sempre que necessário, sendo esta uma instância recursal. Desta forma, para acioná-la é imprescindível que já tenha contatado o canal de Sugestões, Reclamações e Elogios da Seguradora, através do Site ou Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC), e discorde ou tenha dúvida da decisão que foi apresentada.

O papel do Ouvidor

O Ouvidor é um profissional que possui profundo conhecimento da área de seguros. Ele atua de forma personalizada e independente e age ativamente como representante do cidadão, respeitando as condições dos contratos de seguros, os direitos humanos e o Código de Defesa do Consumidor.

Sua solicitação em boas mãos

Com sua solicitação em mãos, o Ouvidor poderá esclarecer, justificar ou reformar uma decisão adotada pela empresa. E tenha certeza que tudo será estudado com o mais absoluto cuidado. No prazo de até 30 (trinta) dias, contados a partir da data em que a Ouvidoria receber a manifestação, o nosso Ouvidor comunicará o parecer adotado para você e ao corretor de seguros da apólice.

Estamos prontos para ouvir você

A Ouvidoria está em conformidade com a regulamentação da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP. Para recorrer a esse serviço, que é gratuito, você deverá apresentar a solicitação/reclamação por escrito, informando seu nome completo, CPF/CNPJ, número da apólice e do registro do sinistro (se for o caso), telefone e e-mail, através dos canais informados no verso deste manual.

Como funciona a Ouvidoria

Você pode recorrer a este serviço sempre que não concordar ou tiver dúvida em relação a uma decisão adotada pela empresa. Todavia, para isso é imprescindível já ter acionado o Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC).

Assim, você registra sua manifestação nos seguintes canais:

www.tokiomarine.com.br através do formulário de Ouvidoria **ou**;

Através do 0800 449 0000 **ou**;

Caixa Postal 12829, São Paulo – SP, CEP: 04010-970

Ouvidoria Deficientes Auditivos e da Fala 0800 770 1523

SUMÁRIO

1.	OBJETIVO DO SEGURO	5
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	5
3.	CARÊNCIA.....	6
4.	FRANQUIA.....	6
5.	ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	6
6.	DA ACEITAÇÃO DO PROPONENTE	7
7.	INÍCIO DE VIGÊNCIA.....	8
8.	BENEFICIÁRIOS.....	8
9.	CAPITAL SEGURADO.....	8
10.	PRÊMIO DO SEGURO.....	9
11.	ATRASO NO PAGAMENTO DO PRÊMIO	9
13	ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIOS.....	10
14	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE	10
15	PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS	11
16	CESSAÇÃO DA COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO	12
17	PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO	13
18	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO.....	13
19	DISPOSIÇÕES GERAIS	14
20	PRESCRIÇÃO	14
21	FORO	14
22	GLOSSÁRIO – CONDIÇÕES GERAIS	14
I-	COBERTURA BÁSICA DE MORTE	19
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	19
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	19
3.	CAPITAIS SEGURADOS.....	19
4.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE.....	19
5.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	21
II-	COBERTURA ADICIONAL DE MORTE ACIDENTAL	23
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	23
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	23
3.	CAPITAIS SEGURADOS.....	23
4.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE.....	23
5.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	23
III-	COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE	25
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	25
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	28
3.	CAPITAIS SEGURADOS.....	28
4.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE.....	28
5.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	28
IV-	COBERTURA ADICIONAL DIAGNÓSTICO DE CÂNCER – FEMININO	30
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	30
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	30
3.	CAPITAIS SEGURADOS.....	30
4.	CARÊNCIA.....	31
5.	FRANQUIA.....	31
6.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE	31



7.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	32
V-	COBERTURA ADICIONAL DIAGNÓSTICO DE CÂNCER – MASCULINO	33
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	33
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	33
3.	CAPITAIS SEGURADOS.....	33
4.	CARÊNCIA.....	34
5.	FRANQUIA.....	34
6.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE	34
7.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	35
VI-	COBERTURA ADICIONAL DOENÇAS GRAVES – COMBO 1.....	36
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	36
2.	CAPITAIS SEGURADOS.....	38
3.	CARÊNCIA.....	38
4.	FRANQUIA.....	38
5.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE	38
6.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	40
VII-	COBERTURA ADICIONAL DOENÇAS GRAVES – COMBO 2.....	41
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	41
2.	CAPITAIS SEGURADOS.....	44
3.	CARÊNCIA.....	44
4.	FRANQUIA.....	44
5.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE	44
6.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	46
VIII-	COBERTURA ADICIONAL DOENÇAS GRAVES – COMBO 3.....	47
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	47
2.	CAPITAIS SEGURADOS.....	51
3.	CARÊNCIA.....	51
4.	FRANQUIA.....	51
5.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE	51
6.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	53

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

1. OBJETIVO DO SEGURO

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

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

1.2.1 Cobertura Básica:

- **Básica – Morte;**

1.2.2 Coberturas Adicionais:

- **MA – Morte Acidental;**
- **IPA – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente;**
- **DCF – Diagnóstico de Câncer Feminino;**
- **DCM – Diagnóstico de Câncer Masculino;**
- **DG – Doenças Graves – Combo 1;**
- **DG – Doenças Graves – Combo 2;**
- **DG – Doenças Graves – Combo 3;**
- **DIH – Diária de Internação Hospitalar;**
- **DUTI – Diária de Internação Hospitalar em Unidade Intensiva de Tratamento.**

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

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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



- b) De atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, ato terrorista e suas decorrências ou outras perturbações da ordem pública, exceto se decorrentes da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) De furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- d) De doenças ou lesões preexistentes à contratação do Seguro e de conhecimento do Segurado, não declaradas na proposta de contratação, tele-entrevista ou formulário para avaliação das condições de saúde do segurado;
- e) Da prática, por parte do Segurado, seu(s) beneficiário(s), ou do representante legal de um ou de outro, de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei;
- f) Suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Contrato de Seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;
- g) Epidemias, Endemias e Pandemias, declaradas por órgão competente;
- h) De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada;
- i) Ato terrorista, cabendo a Seguradora comprovar com toda a documentação hábil, acompanhada de laudo que caracterize a natureza do atentado, independente do seu propósito, desde que tenha sido devidamente reconhecido como atentado à ordem pública por autoridade competente;
- j) Acidentes ocorridos com o Segurado, na condição de condutor do veículo ou operador de equipamento que requeira aptidão, no qual o mesmo não possua habilitação legal para tanto;
- k) Intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, exceto quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico).

3. CARÊNCIA

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

4. FRANQUIA

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

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO

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

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

6. DA ACEITAÇÃO DO PROPONENTE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.5.2 A aceitação do Proponente se fará mediante aplicação de questionário para avaliação das condições de saúde e atividade do proponente, e ainda, quando a Seguradora julgar necessário, informações financeiras e relatório médico e/ou exames complementares, observadas as especificações dos itens 6.3.1 e 6.3.2.

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

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

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

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

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

7.3 O início de vigência é o dia da recepção da proposta pela Seguradora, desde que essa seja aceita pela mesma, ou outra data posterior, se solicitado pelo proponente.

8. BENEFICIÁRIOS

8.1 O Segurado poderá indicar livremente seus Beneficiários, ressalvadas as restrições legais, devendo fazê-lo por escrito à Seguradora.

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

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

8.2.2 **Não havendo Beneficiário indicado na ocasião do falecimento do Segurado Principal, o Capital Segurado será pago na forma da Lei.**

8.3 No caso das coberturas de Invalidez Permanente por Acidente, Diagnóstico de Câncer Feminino, Diagnóstico de Câncer de Masculino, Doenças Graves, Diária de Internação Hospitalar e Diária de Internação Hospitalar em UTI, previstas nestas Condições Gerais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado Principal.

9. CAPITAL SEGURADO

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

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

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

10. PRÊMIO DO SEGURO

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

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

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

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

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

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

10.5 Quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vincendas serão deduzidas integralmente do valor da indenização, considerando-se as proporções entre os beneficiários.

11. ATRASO NO PAGAMENTO DO PRÊMIO

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

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

11.1.2 A falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira no prazo estabelecido em Contrato, acarretará na cobrança da(s) parcela(s) do prêmio devido acrescido de multa de 2% e juros de mora de 0,116667% ao dia conforme permitido em lei de acordo com o subitem 11.1.2.2. Esta situação não acarretará na suspensão das coberturas, permanecendo o direito dos Segurados ou seus beneficiários ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro coberto, ocorrido durante o período de cobertura.

11.1.2.1 O prazo para o pagamento dessa parcela do prêmio em atraso será até a data do vencimento da próxima parcela do prêmio referente ao período de cobertura subsequente.

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

11.1.2.3 Caso essa parcela pendente não seja paga até a data limite especificada no subitem 11.1.2.1, as coberturas do seguro serão canceladas a partir das 24 (vinte e quatro) horas dessa mesma data, sendo devido o pagamento das parcelas de prêmio referentes a períodos de cobertura anteriores à data do cancelamento.

11.1.2.4 As parcelas do prêmio não pagas após 30 (trinta) dias do seu vencimento poderão ser cobradas judicialmente pela Seguradora.

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

12. O CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO

12.1 O Segurado em atraso com o pagamento dos prêmios do seguro será notificado sobre a(s) parcela(s) em atraso e cientificado de que o não pagamento de três parcelas acarretará o cancelamento automático, não havendo direito à indenização em caso de sinistro ocorrido no período de inadimplência.

13 ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIOS

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

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

14 REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

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

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

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

15 PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

15.1 Ocorrendo o Sinistro, desde que o seguro não esteja cancelado, a cobertura suspensa ou o evento previsto como Risco Excluído, este deverá ser comunicado imediatamente à SEGURADORA por qualquer meio disponível, podendo ser central de atendimento 0300 3386546 , carta, e-mail, etc.

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

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

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

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

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

15.5 Junta Médica

15.5.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza, diagnóstico ou extensão das lesões ou da doença, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

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

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

15.5.2 Perícia da Seguradora

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

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

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

16 CESSAÇÃO DA COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO

16.1 Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro:

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

16.1.1 Além das hipóteses já elencadas, a cobertura de Diagnóstico de Câncer Feminino, Diagnóstico de Câncer de Masculino, Doenças Graves, cessará quando o segurado completar 66 (sessenta e seis) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o segurado com os direitos preservados até o final de vigência da apólice.



17 PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO

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

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

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

17.1.2 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações mencionadas na alínea a) do subitem 17.1 não resultar de má-fé do Segurado, a sociedade Seguradora poderá:

I – na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

II – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

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

III – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o Seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

18 MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

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

19 DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

20 PRESCRIÇÃO

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

21 FORO

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

22 GLOSSÁRIO – CONDIÇÕES GERAIS

22.1 Acidentes Pessoal

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

22.1.1 Incluem-se nesse conceito:

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

22.1.2 Excluem-se desse conceito:

- a) **as doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as**

infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

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

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

d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no subitem 22.1, acima.

22.2 Agravamento de risco

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

22.3 Apólice de Seguro

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

22.4 Ato doloso

Ato intencional praticado no intuito de prejudicar a outrem.

22.5 Ato ilícito

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

22.6 Aviso de sinistro

Comunicação formal da ocorrência de um sinistro feito à Seguradora.

22.7 Beneficiários

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

22.8 Capital Segurado

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

22.9 Carência

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

22.11 Condições Contratuais

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

22.12 Condições Especiais

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

22.13 Condições Gerais

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

22.14 Contrato de Seguro

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

22.15 Corretor de seguros

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

22.16 Declaração Pessoal e Saúde

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

22.17 Doenças ou Lesões Preexistentes

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

22.18 Endosso

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

22.19 Endosso de reenquadramento

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

22.20 Evento coberto

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

22.21 Franquia

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

22.22 Hospital

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

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

22.23 Indenização

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

22.24 Má-fé

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

22.25 Médico Assistente

Profissional legalmente licenciado para a prática de medicina e que seja o responsável pelo tratamento de uma pessoa ou que esteja emitindo documentos médicos (relatórios, atestados, declarações, etc).

22.26 Período de Cobertura

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

22.27 Prêmio do Seguro

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

22.28 Proponente

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

22.29 Proposta de Contratação

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

22.30 Regime Financeiro de Repartição Simples

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

22.31 Regulação de Sinistros

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

22.32 Risco coberto

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

22.33 Riscos excluídos

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

22.34 Seguradora

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

22.35 Sinistro

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

22.36 Tele-entrevista

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

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

1. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

3. CAPITAIS SEGURADOS

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

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

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

4. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

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

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

Idade	Variação % Masculino
Até 18 anos	não se aplica
19 anos	3,40706840
20 anos	3,46692894
21 anos	3,96863118
22 anos	4,00000000
23 anos	4,39560440
24 anos	4,56842105

Idade	Variação % Masculino
51 anos	9,21971131
52 anos	8,59851049
53 anos	8,02244389
54 anos	7,56054205
55 anos	7,20724588
56 anos	6,92292292
57 anos	6,71060515

Idade	Variação % Masculino
84 anos	9,64577665
85 anos	9,32000929
86 anos	8,94088166
87 anos	8,52984866
88 anos	8,12348364
89 anos	7,80460126
90 anos	7,57050577

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

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

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

Idade	Varição % Feminino
Até 18 anos	não se aplica
19 anos	6,55136268
20 anos	6,59124447
21 anos	6,13751731
22 anos	6,17391304
23 anos	6,14250614
24 anos	6,09567901
25 anos	5,74545455
26 anos	5,46767538
27 anos	5,15161396
28 anos	4,65116279
29 anos	4,44444444
30 anos	4,25531915
31 anos	4,29931973

Idade	Varição % Feminino
51 anos	10,16393443
52 anos	9,86904762
53 anos	9,52974320
54 anos	9,22985606
55 anos	9,09749581
56 anos	8,99053628
57 anos	8,91918653
58 anos	8,94405594
59 anos	9,14692856
60 anos	9,45953893
61 anos	9,87239758
62 anos	10,28850856
63 anos	10,66108007
64 anos	10,73381814

Idade	Varição % Feminino
84 anos	12,42460824
85 anos	12,31144563
86 anos	12,17235701
87 anos	12,00783095
88 anos	11,78236195
89 anos	11,38277118
90 anos	10,84379669
91 anos	10,23018713
92 anos	9,57867220
93 anos	8,91984990
94 anos	8,27768710
95 anos	7,65843824
96 anos	7,06370962
97 anos	6,49261672

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

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

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

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

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

I) Cópia Simples

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

II) Cópia Autenticada

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

III) Documento Original

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

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

1. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

3. CAPITAIS SEGURADOS

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

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

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

4. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

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

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

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

I) Cópia Simples

a) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência no mês do evento do Segurado e do beneficiário;

- b) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- c) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

II) Cópia Autenticada

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

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

1. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE IMPORTÂNCIA SEGURADA
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25



PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	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	9
	Perda total do uso de um dos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.	

PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	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	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente ½, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- de 4 (quatro) centímetros	10
- de 3 (três) centímetros	6	
Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização.		

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

3. CAPITAIS SEGURADOS

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

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

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

4. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

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

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

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

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

I) Cópia Simples

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

II) Cópia Autenticada

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

III) Documento Original

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

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

1. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

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

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

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

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

1.4 A cobertura de Diagnóstico de Câncer Feminino cessará quando o segurado completar 66 (sessenta e seis) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o segurado com os direitos preservados até o final de vigência da apólice.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

3. CAPITAIS SEGURADOS

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

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

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

4. CARÊNCIA

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

5. FRANQUIA

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

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

6. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

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

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

Idade	Variação %
Até 18 anos	não se aplica
19 anos	não se aplica
20 anos	não se aplica
21 anos	não se aplica
22 anos	não se aplica
23 anos	não se aplica
24 anos	não se aplica
25 anos	não se aplica
26 anos	30,02385759
27 anos	23,09103740
28 anos	18,75931659
29 anos	15,78642464
30 anos	13,64242829
31 anos	12,00469621

Idade	Variação %
45 anos	6,35973086
46 anos	-2,90304137
47 anos	-2,98983759
48 anos	-3,08198390
49 anos	-3,17999071
50 anos	-3,28234877
51 anos	-3,39590076
52 anos	-3,51527604
53 anos	-3,64334984
54 anos	-3,77870664
55 anos	-3,92959680
56 anos	1,46305969
57 anos	1,44196291
58 anos	1,42399071

32 anos	10,71802935	59 anos	1,40150855
33 anos	9,68047337	60 anos	1,38213777
34 anos	8,82606819	61 anos	1,36571664
35 anos	8,10529447	62 anos	1,34492726
36 anos	14,86678589	63 anos	1,32707901
37 anos	12,93864027	64 anos	1,30969828
38 anos	11,45634500	65 anos	1,29506315
39 anos	10,27877327	66 anos	-1,97442989
40 anos	9,32071782	67 anos	não se aplica
41 anos	8,52603057	68 anos	não se aplica
42 anos	7,85620788	69 anos	não se aplica
43 anos	7,28396449	70 anos	não se aplica
44 anos	6,78942517		

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

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

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

I) Cópia Simples

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

II Documento Original

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

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

1. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

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

1.2 Riscos Cobertos: Câncer Primário de Próstata e Testículo.

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

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

1.4 A cobertura de Diagnóstico de Câncer – Masculino cessará quando o segurado completar 66 (sessenta e seis) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o segurado com os direitos preservados até o final de vigência da apólice.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

3. CAPITAIS SEGURADOS

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

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

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

4. CARÊNCIA

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

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

5. FRANQUIA

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

6. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

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

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

Idade	Variação %
Até 18 anos	não se aplica
19 anos	não se aplica
20 anos	não se aplica
21 anos	não se aplica
22 anos	não se aplica
23 anos	não se aplica
24 anos	não se aplica
25 anos	não se aplica
26 anos	30,01834862
27 anos	23,08777872
28 anos	18,75716579
29 anos	15,77524619
30 anos	13,64242829
31 anos	12,00469621
32 anos	10,71802935
33 anos	9,68047337
34 anos	8,82606819

Idade	Variação %
45 anos	6,35960610
46 anos	-2,90298783
47 anos	-2,98978080
48 anos	-3,08192356
49 anos	-3,17992646
50 anos	-3,28436691
51 anos	-3,39590076
52 anos	-3,51527604
53 anos	-3,64334984
54 anos	-3,77630441
55 anos	-3,92949870
56 anos	1,46042305
57 anos	1,44452413
58 anos	1,42395476
59 anos	1,39898437
60 anos	1,38459272
61 anos	1,36568357

35 anos	8,11025183
36 anos	14,86610418
37 anos	12,93413174
38 anos	11,45987982
39 anos	10,27527591
40 anos	9,32359370
41 anos	8,52317567
42 anos	7,85863189
43 anos	7,28155340
44 anos	6,79152003

62 anos	1,34250633
63 anos	1,32943617
64 anos	1,30734158
65 anos	1,29506315
66 anos	-1,97216303
67 anos	não se aplica
68 anos	não se aplica
69 anos	não se aplica
70 anos	não se aplica

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

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

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

I) Cópia Simples

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

II Documento Original

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

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

1. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

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

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

1.3.1 DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

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

1.3.1.2 Riscos Cobertos: Os Linfomas, Sarcomas, Leucemias e demais neoplasias malignas de caráter invasivo e que necessitem de tratamento com quimioterapia, radioterapia ou tratamentos paliativos.

1.3.1.3 Riscos Excluídos:

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

1.3.2 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

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

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

1.3.2.3 Riscos Excluídos:

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

1.3.3 INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

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

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

1.3.4 TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

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

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

1.3.4.3 Riscos Excluídos:

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

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

1.5 A cobertura de Doenças Graves cessará quando o segurado completar 66 (sessenta e seis) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o segurado com os direitos preservados até o final de vigência da apólice.

1.6 O pagamento de qualquer Indenização decorrente da cobertura de Doenças Graves significa o cancelamento imediato desta cobertura, não havendo reintegração do Capital Segurado ou renovação da cobertura.

2. CAPITAIS SEGURADOS

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

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

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

3. CARÊNCIA

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

4. FRANQUIA

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

5. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

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

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

Idade	Varição % Masculino
Até 18 anos	não se aplica
19 anos	não se aplica
20 anos	não se aplica
21 anos	não se aplica
22 anos	não se aplica
23 anos	não se aplica
24 anos	não se aplica
25 anos	não se aplica
26 anos	4,09320865
27 anos	3,93225331
28 anos	3,78347740
29 anos	3,64554888
30 anos	3,51732315

Idade	Varição % Masculino
45 anos	6,59622441
46 anos	17,74708639
47 anos	15,07220852
48 anos	13,09804402
49 anos	11,58114106
50 anos	10,37912048
51 anos	9,40315563
52 anos	8,59495832
53 anos	7,91469370
54 anos	7,33421319
55 anos	6,83306186
56 anos	12,01476809
57 anos	10,72605719



31 anos	3,41053703
32 anos	3,28574945
33 anos	3,18122245
34 anos	3,08314088
35 anos	2,99092640
36 anos	16,22797477
37 anos	13,95283549
38 anos	12,25260737
39 anos	10,91520960
40 anos	9,83444364
41 anos	8,95988470
42 anos	8,22310406
43 anos	7,59319617
44 anos	7,06205330

58 anos	9,68581655
59 anos	8,83160832
60 anos	8,11492953
61 anos	7,50490242
62 anos	6,98185482
63 anos	6,52620468
64 anos	6,12562213
65 anos	5,77276645
66 anos	3,26593245
67 anos	não se aplica
68 anos	não se aplica
69 anos	não se aplica
70 anos	não se aplica

Idade	Variação % Feminino
Até 18 anos	não se aplica
19 anos	não se aplica
20 anos	não se aplica
21 anos	não se aplica
22 anos	não se aplica
23 anos	não se aplica
24 anos	não se aplica
25 anos	não se aplica
26 anos	18,81979695
27 anos	15,82826017
28 anos	13,66528354
29 anos	12,02238988
30 anos	10,73213122
31 anos	9,69197567
32 anos	8,83562869
33 anos	8,11832375
34 anos	7,50873993
35 anos	6,98430652
36 anos	14,51918418
37 anos	12,67453937
38 anos	11,24880513
39 anos	10,11446282
40 anos	9,18262130
41 anos	8,41288478
42 anos	7,75768706
43 anos	7,20138085
44 anos	6,71558137

Idade	Variação % Feminino
45 anos	6,29488159
46 anos	1,64762110
47 anos	1,62268220
48 anos	1,59503227
49 anos	1,57170251
50 anos	1,54738226
51 anos	1,52214328
52 anos	1,50095649
53 anos	1,47876093
54 anos	1,45562487
55 anos	1,43630503
56 anos	5,88906713
57 anos	5,56154406
58 anos	5,26853232
59 anos	5,00616103
60 anos	4,76624430
61 anos	4,54940839
62 anos	4,35144345
63 anos	4,16998875
64 anos	4,00306153
65 anos	3,84999244
66 anos	1,82402392
67 anos	não se aplica
68 anos	não se aplica
69 anos	não se aplica
70 anos	não se aplica

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

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

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

I) Cópia Simples

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

II) Documento Original

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

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

1. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

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

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

1.3.1 DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

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

1.3.1.2 Riscos Cobertos: Os Linfomas, Sarcomas, Leucemias e demais neoplasias malignas de caráter invasivo e que necessitem de tratamento com quimioterapia, radioterapia ou tratamentos paliativos.

1.3.1.3 Riscos Excluídos:

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

1.3.2 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

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

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

1.3.2.3 Riscos Excluídos:

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

1.3.3 INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

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

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

1.3.4 TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

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

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

1.3.4.3 Riscos Excluídos:

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

1.3.5 ALZHEIMER

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

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

1.3.6 INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

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

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

1.3.6.3 Riscos Excluídos:

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

1.3.7 DIAGNÓSTICO DE SURDEZ

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

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

1.3.7.3 Riscos Excluídos:

Surdez pré-existente à contratação do seguro.

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

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

1.3.8.2 Riscos Cobertos: As cirurgias tratadas com toracotomia.

1.3.8.3 Riscos Excluídos:

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

1.3.9 DIAGNÓSTICO DE CEGUEIRA

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

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

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

1.5 A cobertura de Doenças Graves cessará quando o segurado completar 66 (sessenta e seis) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o segurado com os direitos preservados até o final de vigência da apólice.

1.6 O pagamento de qualquer Indenização decorrente da cobertura de Doenças Graves significa o cancelamento imediato desta cobertura, não havendo reintegração do Capital Segurado ou renovação da cobertura.

2. CAPITAIS SEGURADOS

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

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

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

3. CARÊNCIA

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

4. FRANQUIA

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

5. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

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

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

Idade	Variação % Masculino
Até 18 anos	não se aplica
19 anos	não se aplica
20 anos	não se aplica
21 anos	não se aplica
22 anos	não se aplica
23 anos	não se aplica
24 anos	não se aplica
25 anos	não se aplica
26 anos	4,48969870
27 anos	4,30818327
28 anos	4,11931818
29 anos	3,95634379
30 anos	3,80577428

Idade	Variação % Masculino
45 anos	6,47627537
46 anos	16,79814535
47 anos	14,38495892
48 anos	12,57350815
49 anos	11,16915370
50 anos	10,04891576
51 anos	9,12956741
52 anos	8,36740912
53 anos	7,71985380
54 anos	7,16660256
55 anos	6,68862882
56 anos	11,14248297
57 anos	10,02540403



31 anos	3,66624526
32 anos	3,53658537
33 anos	3,42484371
34 anos	3,30267192
35 anos	3,19708277
36 anos	15,52305037
37 anos	13,43718879
38 anos	11,83921741
39 anos	10,59153350
40 anos	9,57716488
41 anos	8,74011012
42 anos	8,03761382
43 anos	7,43570556
44 anos	6,92474064

58 anos	9,11288183
59 anos	8,35089236
60 anos	7,70726680
61 anos	7,15652536
62 anos	6,67785162
63 anos	6,26050449
64 anos	5,89102181
65 anos	5,56328734
66 anos	3,45903372
67 anos	não se aplica
68 anos	não se aplica
69 anos	não se aplica
70 anos	não se aplica

Idade	Variação % Feminino
Até 18 anos	não se aplica
19 anos	não se aplica
20 anos	não se aplica
21 anos	não se aplica
22 anos	não se aplica
23 anos	não se aplica
24 anos	não se aplica
25 anos	não se aplica
26 anos	17,03795380
27 anos	14,55763130
28 anos	12,70769231
29 anos	11,27491127
30 anos	10,13248283
31 anos	9,20026732
32 anos	8,42513260
33 anos	7,77046096
34 anos	7,21019553
35 anos	6,72528904
36 anos	13,81980470
37 anos	12,14182781
38 anos	10,82720698
39 anos	9,76675206
40 anos	8,90018916
41 anos	8,17279495
42 anos	7,55322920
43 anos	7,02472128
44 anos	6,56364361

Idade	Variação % Feminino
45 anos	6,15936485
46 anos	1,79040420
47 anos	1,76048582
48 anos	1,73002891
49 anos	1,70060790
50 anos	1,67217083
51 anos	1,64319939
52 anos	1,61808086
53 anos	1,59231590
54 anos	1,56735860
55 anos	1,54317157
56 anos	6,17258801
57 anos	5,81500953
58 anos	5,49423981
59 anos	5,20924050
60 anos	4,95022546
61 anos	4,71777416
62 anos	4,50423666
63 anos	4,31104789
64 anos	4,13196844
65 anos	3,96888450
66 anos	1,95235416
67 anos	não se aplica
68 anos	não se aplica
69 anos	não se aplica
70 anos	não se aplica

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

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

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

I) Cópia Simples

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

II) Documento Original

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

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

1. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

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

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

1.3.1 DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

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

1.3.1.2 Riscos Cobertos: Os Linfomas, Sarcomas, Leucemias e demais neoplasias malignas de caráter invasivo e que necessitem de tratamento com quimioterapia, radioterapia ou tratamentos paliativos.

1.3.1.3 Riscos Excluídos:

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

1.3.2 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

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

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

1.3.2.3 Riscos Excluídos:

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

1.3.3 INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

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

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

1.3.4 TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

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

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

1.3.4.3 Riscos Excluídos:

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

1.3.5 ALZHEIMER

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

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

1.3.6 INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

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

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

1.3.6.3 Riscos Excluídos:

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

1.3.7 DIAGNÓSTICO DE SURDEZ

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

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

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

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

1.3.8.2 Riscos Cobertos: As cirurgias tratadas com toracotomia.

1.3.8.3 Riscos Excluídos:

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

1.3.9 DIAGNÓSTICO DE CEGUEIRA

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

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

1.3.10 EMBOLIA PULMONAR OU TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)

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

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

1.3.10.3 Riscos Excluídos:

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

1.3.11 ESCLEROSE MÚLTIPLA

1.3.11.1 Conceito: Doença que acomete o sistema nervoso central, lenta e progressivamente e que promove uma destruição da bainha de mielina que recobre e isola as fibras nervosas. A caracterização da

cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista e mediante a comprovação da necessidade do auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene. O Segurado deve apresentar anomalias neurológicas por um período contínuo de, pelo menos, 6 (seis) meses.

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

1.3.11.3 Riscos Excluídos:

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

1.3.12 PARALISIA DE MEMBROS

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

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

1.3.12.3 Riscos Excluídos:

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

1.3.13 DOENÇA DE PARKINSON

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

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

1.3.13.3 Riscos Excluídos:

Fase inicial da Doença de Parkinson.

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

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

1.6 A cobertura de Doenças Graves cessará quando o segurado completar 66 (sessenta e seis) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o segurado com os direitos preservados até o final de vigência da apólice.

2. CAPITAIS SEGURADOS

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

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

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

3. CARÊNCIA

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

4. FRANQUIA

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

5. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

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

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

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

Idade	Variação % Masculino
45 anos	6,30046660
46 anos	16,50107764
47 anos	14,16614024
48 anos	12,40637907
49 anos	11,03883546
50 anos	9,93983534
51 anos	9,04259915
52 anos	8,29140087

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

53 anos	7,65778401
54 anos	7,11194689
55 anos	6,64079025
56 anos	11,17315111
57 anos	10,05022436
58 anos	9,13239788
59 anos	8,36818219
60 anos	7,72199184
61 anos	7,16844510
62 anos	6,68895130
63 anos	6,26958201
64 anos	5,89969575
65 anos	5,57102238
66 anos	3,53457523
67 anos	não se aplica
68 anos	não se aplica
69 anos	não se aplica
70 anos	não se aplica

Idade	Variação % Feminino
Até 18 anos	não se aplica
19 anos	não se aplica
20 anos	não se aplica
21 anos	não se aplica
22 anos	não se aplica
23 anos	não se aplica
24 anos	não se aplica
25 anos	não se aplica
26 anos	17,12773224
27 anos	14,61583321
28 anos	12,75837944
29 anos	11,30915449
30 anos	10,16519712
31 anos	9,22263109
32 anos	8,44809434
33 anos	7,78610539
34 anos	7,22726618
35 anos	6,73677844
36 anos	13,88862656
37 anos	12,19491970
38 anos	10,86940455
39 anos	9,80379086

Idade	Variação % Feminino
45 anos	6,17287405
46 anos	1,76053554
47 anos	1,72878195
48 anos	1,70067594
49 anos	1,67223662
50 anos	1,64350171
51 anos	1,61813866
52 anos	1,59117998
53 anos	1,56743122
54 anos	1,54324196
55 anos	1,51865039
56 anos	6,39721208
57 anos	6,01152173
58 anos	5,67063054
59 anos	5,36726616
60 anos	5,09297263
61 anos	4,84700808
62 anos	4,62212433
63 anos	4,41869645
64 anos	4,23096879
65 anos	4,05922428
66 anos	1,92857045

40 anos	8,92846302
41 anos	8,19662994
42 anos	7,57396247
43 anos	7,04229848
44 anos	6,57898661

67 anos	não se aplica
68 anos	não se aplica
69 anos	não se aplica
70 anos	não se aplica

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

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

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

I) Cópia Simples

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

II) Documento Original

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

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL – CONDIÇÕES ESPECIAIS

IX- COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

1.1.2 O período coberto, por ocasião da Hospitalização prevista para esta cobertura, está limitado em 100 dias de Internação (ões), consecutivas ou não, decorrente (s) de um mesmo evento coberto, considerando o período de 12 (doze) meses.

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

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

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

3. CAPITAIS SEGURADOS

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

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

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

4. CARÊNCIA

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

4.2 Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

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

5. FRANQUIA

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

6. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

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

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

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

Idade	Variação %
45 anos	10,20310933
46 anos	9,25845867
47 anos	8,47390562
48 anos	0,05737542
49 anos	0,05734252
50 anos	0,05730966
51 anos	0,05730033
52 anos	0,05724404
53 anos	3,63777419
54 anos	3,51008521
55 anos	3,39103437
56 anos	3,27983589
57 anos	3,17567883
58 anos	5,84459910
59 anos	5,52188681
60 anos	5,23291254
61 anos	4,97269573
62 anos	4,73713254
63 anos	3,52979390
64 anos	3,40944743
65 anos	3,29705105
66 anos	9,99999583
67 anos	9,99999621
68 anos	10,00000230
69 anos	10,00000418
70 anos	9,99999620

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

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

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

I) Cópia Simples

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

II) Documento Original

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

Em caso de Acidente:

Além dos documentos relacionados acima, encaminhar também:

I) Cópia Simples

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

II) Cópia Autenticada

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

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

1. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

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

1.1.2 O período coberto, por ocasião da Hospitalização prevista para esta cobertura, está limitado em 100 dias de Internação (ões), consecutivas ou não, decorrente (s) de um mesmo evento coberto, considerando o período de 12 (doze) meses.

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

1.3 A cobertura de Diária por Internação em UTI cessará quando o segurado completar 66 (sessenta e seis) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o segurado com os direitos preservados até o final de vigência da apólice.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

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

3. CAPITAIS SEGURADOS

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

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

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data da internação na Unidade Intensiva de Tratamento.

4. CARÊNCIA

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

4.2 Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

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

5. FRANQUIA

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

6. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

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

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

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

Idade	Variação %
45 anos	10,76938091
46 anos	9,72221110
47 anos	8,86075025
48 anos	0,79414927
49 anos	0,78789223
50 anos	0,78184302
51 anos	0,77566850
52 anos	0,76969820
53 anos	1,53312015
54 anos	1,51007635
55 anos	1,48761227
56 anos	1,46570399
57 anos	1,44463271
58 anos	7,89273224
59 anos	7,31525863
60 anos	6,81669248
61 anos	6,38159270
62 anos	5,99885118
63 anos	1,51704528
64 anos	1,49437494
65 anos	1,47237218
66 anos	9,99998631
67 anos	9,99998755
68 anos	10,00001698
69 anos	10,00001029
70 anos	9,99999532

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

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

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

I) Cópia Simples

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

II) Documento Original

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

Em caso de Acidente:

Além dos documentos relacionados acima, encaminhar também:

I) Cópia Simples

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

II) Cópia Autenticada

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